

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophie (Dr. phil.)

des Fachbereichs Erziehungswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg

**„gesund leben lernen“ –
Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen. Ein Forschungsprozess der Annäherung.**

vorgelegt von

Ulrike Seiffert-Petersheim

Diplom-Pädagogin
aus Wuppertal

Marburg/Lahn im November 2017

Gutachterinnen:

Betreuung und Erstgutachterin

Frau Prof. Dr. Susanne Maurer

Zweitgutachterin

Frau Prof. Dr. Heike Schnoor

zum Promotionsverfahren zugelassen

am 11.04.2017

als Dissertation angenommen

am 30.10.2017

mit Disputation abgeschlossen

am 14.11.2017

vom Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg als Dissertation
angenommen

Hochschulkennziffer 1180

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
1. Umrunden	6
2. Strukturieren	8
3. Einstimmen	9
Teil A: Standortgebundenheit der Forscherin	13
1. „gesund leben“	13
1.1 Gesundheit - Konstruktionen und Konzepte	13
1.2 Gesundheitsförderung - Konstruktionen und Konzepte	18
1.3 „gesund leben lernen“ - eine Komponente von Lebensqualität?	26
2. Lernen im Erwachsenenalter	32
2.1 Bildung und Lernen	32
2.2 Lernerfahrungen von Frauen	40
2.3 Lernen und Lehren	48
2.4 Lernen als Erwachsene	53
2.5 Beratung - ein beziehungsorientiertes Lernsetting?	59
3. Frauenleben rund um Entscheidungen zum Mutter-Werden	64
3.1 Spezifische biografische Phase	64
3.2 Entscheidungen: folgenreich und zeitgebunden	67
3.3 Weiblicher Körper und Körperlernen	77
3.4 Mutter als soziale Rolle	87
3.5 Schwangerschaft als Statuspassage	90
3.6 „gesund leben lernen“ in dieser Phase – wie läuft das?	95
4. Der Beruf Hebamme	98
4.1 Frauenwissen	98
4.2 Ein Beruf mit Geschichte	100
4.3 Der Gesundheitsfachberuf Hebamme	103
4.4 Familienhebamme	106
4.5 Ein Frauenberuf	112
4.6 Strukturelle Rahmenbedingungen	113
5. „begleiten“ als Kernelement beruflicher Praxen	122
5.1 Kernelemente beruflicher Praxen	122
5.2 Körper und Leib – Werkzeug und Werkstück	125
5.3 Professionelle Kompetenz – Wissen und Information für Frauen	128
5.4 Professionelle Kompetenz – Gestaltung von Frauenbeziehungen	130
5.5 Erfahrungswissen – trennen und verbinden können	131
6. Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf	134

6.1	Qualität im Gesundheitswesen	134
6.2	Reflexion beruflicher Praxen	138
6.3	Formate der Qualitätsentwicklung	141
6.4	„gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme	145
7.	Forschen mit Perspektiven	147
7.1	Öffnen und Schließen – Startmotivationen	147
7.2	Biografische Wurzeln – Begegnungen und Geschichten.....	149
7.3	Politisches wird privat – Begegnungen und Psycho-Strömungen.....	151
7.4	Privat ist politisch – Begegnungen und feministische Strömungen	151
7.5	Weg in der Institution – Begegnungen und Gouvernamentalität.....	156
7.6	work in progress - weitere Spuren und Anregungen	160
8.	Forschendes Lernen und Forschungsprozess –	
	Überleitung zum empirischen Teil	165

Teil B: Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen 183

1.	Überlegungen zum empirischen Teil.....	183
1.1	Fragende Annäherung an den Forschungsgegenstand.....	183
1.2	Feldzugänge.....	187
1.3	Methodische Zugänge im Forschungsprozess.....	187
1.4	Bausteine des empirischen Teils	195
2.	Baustein Dokumente	199
2.1	Überlegungen zum Vorgehen und zur Auswertung	199
2.2	Hebammengesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.....	200
2.3	Curricula für die Ausbildung als Hebamme bzw. Entbindungspfleger	205
2.3.1	Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes	206
2.3.2	Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW	212
2.4	Fortbildungscurricula für Familienhebammen	219
2.4.1	Kompetenzprofil Familienhebammen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen	219
2.4.2	Curricula zur Qualifizierung von Familienhebammen der Länder Hessen und NRW	226
2.5	Zusammenfassung von Erkenntnissen	241
3.	Baustein Interviews mit Hebammen	242
3.1	Überlegungen zum Vorgehen	242
3.1.1	Kriterien des Sampling	242
3.1.2	Kriterien für den Gesprächsleitfaden	243
3.2	Interviewpartnerinnen und Interviews.....	244
3.2.1	Gewinnung von Expertinnen	244

3.2.2	Informierte Einwilligung.....	245
3.2.3	Durchführung der Interviews.....	246
3.2.4	Ablauf eines Interviews.....	246
3.2.5	Grundhaltung der Interviewerin.....	247
3.2.6	Interviewpartnerinnen.....	247
3.3	Auswertung der Interviews mit Hebammen.....	248
3.3.1	Transkription der Interviews.....	248
3.3.2	Auswertung des Materials.....	249
3.4	Erkenntnisse aus der Auswertung des Materials.....	256
3.4.1	Die Interviewpartnerinnen stellen sich als Expertinnen vor.....	256
3.4.2	Die Interviewpartnerinnen stellen den Beruf Hebamme vor.....	257
3.4.3	Biografische Phase von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt.....	259
3.4.4	„gesund leben lernen“ – ein Thema mit vielen Aspekten, die wichtig sein können.....	261
3.4.5	Frauen, Männer - gibt es Unterschiede im „gesund leben lernen“?.....	263
3.4.6	Die Interviewpartnerinnen setzen „gesund leben lernen“ in ihrem Alltag um.....	264
3.4.7	Zur Qualitätsentwicklung - Einschätzungen für unterschiedliche Kontexte.....	265
3.4.8	Statements zum Abschluss.....	268
3.4.9	Erkenntnisse in Bezug auf Forschungsfragen.....	268
3.5	Interpretierende Auswertung einzelner Textpassagen.....	269
3.5.1	Beispiel einer Interpretation.....	270
3.5.2	Reflektierende Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben“.....	291
3.5.3	Steckbriefe zu „gesund leben“.....	301
3.6	„gesund leben lernen“ – Sichtweisen und Orientierungen von Hebammen.....	307
4.	Baustein Sichtweisen und berufliche Praxen von Hebammen im Spiegel von Supervision.....	315
4.1	Überlegungen zum Vorgehen.....	315
4.2	Onlinebefragung in der Deutschen Gesellschaft für Supervision.....	315
4.2.1	Vorbereitung der Onlinebefragung.....	315
4.2.2	Durchführung der Online-Befragung.....	317
4.2.3	Ergebnisse der Onlinebefragung.....	319
4.2.4	Fazit aus der Online-Befragung.....	322
4.3	Interviews mit Supervisor_innen.....	324
4.3.1	Vorüberlegungen.....	324
4.3.2	Kriterien für das Sampling.....	324
4.3.3	Methodische Überlegungen zum Interview.....	325
4.3.4	Gewinnung von Expert_innen für Interviews.....	325
4.3.5	Informierte Einwilligung.....	326
4.4	Interview und Interviewpartner_innen.....	327
4.4.1	Rahmen der Interviews.....	327

4.4.2	Ablauf eines Interviews.....	327
4.4.3	Grundhaltung der Interviewerin.....	328
4.4.4	Interviewpartner_innen.....	329
4.5	Auswertung der Interviews mit Supervisor_innen.....	329
4.5.1	Transkription der Interviews.....	329
4.5.2	Auswertung des Materials.....	330
4.6	Erkenntnisse aus der Auswertung des Materials.....	336
4.6.1	Einschätzungen zum Material.....	336
4.6.2	Rahmung von Supervision.....	338
4.6.3	Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen.....	340
4.6.4	Erkenntnisse in Bezug auf Forschungsfragen.....	351
4.7	Interpretierende Auswertung einzelner Textpassagen.....	352
4.7.1	Beispiel einer Interpretation.....	353
4.7.2	Reflektierende Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben lernen“.....	368
4.7.3	Steckbriefe zu „gesund leben lernen“.....	374
4.8	„gesund leben lernen“ – Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen.....	378
5.	Baustein Fokusgruppe „gesund leben lernen – wie?“.....	379
5.1	Überlegungen zum Vorgehen.....	379
5.2	Vorbereitung einer Fokusgruppe.....	380
5.2.1	Überlegungen nach Auswertung der Dokumente.....	380
5.2.2	Überlegungen nach Auswertung der Interviews mit Hebammen.....	382
5.2.3	Überlegungen nach Auswertung der Interviews mit Supervisor_innen.....	383
5.2.4	Entwicklung der Rahmung.....	384
5.2.5	Kriterien für das Sampling.....	384
5.2.6	Hürden in der Vorbereitung.....	385
5.3	Durchführung der Fokusgruppe.....	386
5.3.1	Räumlichkeiten.....	386
5.3.2	Elemente, die eingesetzt werden.....	386
5.3.3	Personen, die mitwirken.....	389
5.3.4	Beschreibung des Verlaufs.....	389
5.3.5	Eindrücke der Moderatorin.....	391
5.4	Auswertung der Fokusgruppe.....	391
5.4.1	Audioaufzeichnung und Transkription.....	391
5.4.2	Auswertung des gesamten Materials.....	392
5.5	Auswertung einzelner Textpassagen.....	401
5.6	Orientierungen im gemeinsamen Erfahrungsraum.....	419
	Teil C: Einbettung der Erkenntnisse.....	421
1.	Überlegungen zum Vorgehen.....	421
1.1	Anschlüsse an Pierre Bourdieu und Ralf Bohnsack.....	422
1.2	Anschlüsse an Hartmut Rosa.....	429

1.3 Methodische Überlegungen.....	431
2. Feldlogik im Beruf Hebamme	432
2.1 Selbst und Welt.....	432
2.2 Norm und soziale Identität	438
2.3 Machtverhältnisse in Beziehungen und Strukturen.....	443
2.4 Erkenntnisse zur Feldlogik.....	447
3. „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegungen.....	451
3.1 Resonanzbewegungen und ihre Reflexion.....	451
3.2 Rahmungen und Strukturen von Bewegungen.....	462
3.3 „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme	470
3.4 Erkenntnisse zu „gesund leben lernen“	476
 Fazit und Ausblick	 479
 Nachwort	 485
 Teil D: Anhang	 488
1. Zitierte und verwendete Quellen.....	488
1.1 Quellen in Einleitung und Teil A.....	488
1.1.1 zu Einleitung und Kapitel 1.....	488
1.1.2 zu Kapitel 2	490
1.1.3 zu Kapitel 3	492
1.1.4 zu Kapitel 4	493
1.1.5 zu Kapitel 5	496
1.1.6 zu Kapitel 6	496
1.1.7 zu Kapitel 7	497
1.2 Zitierte und verwendete Quellen in Teil B	499
1.2.1 zu Kapitel 1	499
1.2.2 zu Kapitel 2	500
1.2.3 zu Kapitel 5	501
1.3 Zitierte und verwendete Quellen in Teil C und Ausblick	502
2. Transkriptionsregeln.....	506
3. Verzeichnis der Abkürzung	507
4. Genderschreibweise.....	510
5. Literaturverzeichnis.....	512
6. Urheberschaftserklärung.....	561

Einleitung

1. Umrunden

Für das Leben von Frauen, in dem es auch um Weichenstellungen für oder gegen Kinder geht, sind unterschiedlichen Ebenen relevant wie eigene Wahrnehmungen und körperliche Befindlichkeiten, umgebende Lebenswelt mit ihrer Alltagsstrukturierung und soziale Beziehungsstrukturen zu anderen Menschen sowie gesellschaftliche Strukturen als Rahmenbedingungen. In dieser Lebensphase entwickeln sich neue Lebensaufgaben, für deren Gestaltung und Bewältigung Perspektiven und Lösungen gefunden werden. Die Lern- und Entwicklungsprozesse von Frauen in dieser Phase haben differente strukturelle Rahmungen und Verläufe. Gebunden an Merkmale wie Geschlecht, Ethnie oder soziales Milieu ist im gegenwärtigen Deutschland hierzu eine bunte Vielfalt von Lebensformen zu beobachten. Schwangerschaft, Geburt und der Beginn der Elternschaft bringen grundlegende Veränderungen im Alltag der Mutter mit sich. Bisherige Vorstellungen und Sichtweisen, Lebensziele und Handlungspraxen können sich bewähren und verfestigen oder werden in Frage gestellt und verändert.

In Deutschland hält der Gesundheitssektor eine große Anzahl von Dienstleistungen für diese Lebensphase bereit. Diese Dienstleistungen werden öffentlich über Krankenkassen oder andere Kostenträger finanziert oder sind als Eigenleistungen mit einer Orientierung an Wellness zusätzlich verfügbar. Neben medizinisch-ärztlichen Vorsorgeleistungen für Frau und Kind besteht ein gesetzlich geregelter Anspruch auf professionelle Unterstützung und Begleitung durch eine Hebamme und/oder Familienhebamme.

Die professionelle Begleitung durch eine Hebamme als Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung ist als Leistung der Krankenversicherung finanziert. Zusätzlich können weitere gesundheitsbezogene Leistungen privat gebucht und bezahlt werden. Der Markt der Möglichkeiten ist hierzu vielfältig und variabel.

Seit einigen Jahren ist zusätzlich die professionelle Begleitung durch eine Familienhebamme möglich, die den Auftrag hat, psychosoziale und gesundheitlich belastete Familien durch fachliche Beratung und Begleitung emotional und verlässlich zu unterstützen. Diese Leistung ist über die Jugendhilfe als Kostenträger finanzierbar und dient dem Schutz des Kindeswohls.

Die Begleitung und Unterstützung durch eine Hebamme findet im häuslichen Umfeld statt. Sie ist zeitlich begrenzt von Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des ersten Lebensjahres, bei Familienhebammen inzwischen bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes. In der Begleitung durch eine Hebamme oder Familienhebamme kommen Fragen des körperlichen und emotionalen Geschehens während Schwangerschaft und Geburt zur Sprache, es geht aber auch um die Entwicklung von Bindung und Erziehungskompetenz, um Fragen der Ernährung und des gesunden Lebens von Mutter und Kind. Hebammen oder Familienhebammen können in dieser Zeit Lernprozesse von Frauen anregen und begleiten. Eine gesundheitsbezogene Lebensgestaltung kann in dieser Lebensphase einen Anfang finden und in den Alltag integriert werden.

Es gibt aktuell eine Vielzahl von Erkenntnissen und Projekten, die dabei die Entwicklung des Kindes in den Mittelpunkt stellen. Beispiele dafür sind Programme wie „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“, der Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ oder die Bundesinitiative Frühe Hilfen. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes werden gesundheitsbezogene Aspekte der Frauen im Fokus stehen.

Frauen, die schwanger sind und Mütter werden, kommen mit Frauen in Kontakt, die sie als Hebammen oder Familienhebammen in dieser Zeit professionell begleiten. Das Forschungsinteresse dieses Projektes richtet sich in Eingrenzung dieser Überlegungen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen und zugehörige Lern- und Entwicklungsprozesse. Die beruflichen Praxen von Hebammen werden in Tätigkeiten am weiblichen Körper in reproduktiver Funktion vollzogen. Normative Positionen zeigen sich in Sichtweisen auf berufliche Praxen und in Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Hebammen. In dem Forschungsprojektes, auf dem diese Dissertationsarbeit basiert, geht es um eine Spurensuche und Annäherung mit folgenden Fragen: Welche Sichtweisen auf weibliche Lern- und Entwicklungsprozess sowie berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebamme zeigen sich?

Wie wirken strukturelle Rahmenbedingungen im Beruf auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebamme unter gesundheitsbezogenen Aspekten?

Wie wird berufliche Identität als Hebamme oder Familienhebamme durch Ausbildung, Berufspraxis, Fortbildung und berufsbegleitende Qualitätsentwicklung gefördert?

Welche Konsequenzen ergeben sich aus unterschiedlichen Arbeitsaufträgen und Kontexten?

Wie verbinden sich gesundheitsbezogene Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen zu Praxen in Alltagsleben und Beruf?

Wie können gesundheitsbezogene Lernprozesse von Hebammen oder Familienhebammen im Beruf eine strukturelle Rahmung finden, die diese Lernprozesse fördern?

Der Titel für das Forschungsprojekt kommt mit „gesund leben lernen – Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen“ plakativ und in aktuellen Diskursbezügen vielleicht provokant daher. Die Formulierung wurde zu Beginn des Projektes als Arbeitstitel gewählt. Anfänglich drückte sich darin Spielfreude der Forscherin aus, gepaart mit Zorn und Eigensinn, getragen von utopi-

schen Hoffnungen zu „gesund leben lernen“. Am Ende des Forschungsprojektes bleibt der Titel gesetzt und dient als Reibfläche für fachliche Diskurse. Mögliche Erwartungen auf ein konzeptionelles Programm werden nicht erfüllt. Denn der Forscherin geht es in Prozessorientierung um fragende Suchbewegungen in Annäherung an „gesund leben lernen“ als Sinn-Container für mögliche Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, wie sie im empirischen Material des Forschungsprojektes sichtbar werden.

2. Strukturieren

Das Forschungsprojekt ist als ein Dissertationsvorhaben in die universitäre Fachdisziplin Erziehungswissenschaften eingebunden. Die Darstellung der Forschungsarbeit wird von einer öffnenden Einleitung und einem schließenden Ausblick gerahmt und ist in mehrere Teile gegliedert.

Teil A versucht die Standortgebundenheit der Forscherin transparent zu machen. Ausgehend vom Titel werden in den einzelnen Kapiteln Bezüge aufgerollt zu „gesund leben“ (vgl. Teil A Kapitel 1), zu „Lernen im Erwachsenenalter“ (vgl. Teil A Kapitel 2) und zu „Frauenleben rund um eine Entscheidung zum Mutter-Werden“ (vgl. Teil A Kapitel 3). In weiteren Kapiteln dieses Teils kommen Hebammen in den Fokus. Es wird der „Beruf Hebamme“ (vgl. Teil A Kapitel 4) und „Begleiten als Kernelement der beruflichen Tätigkeiten“ (vgl. Teil A Kapitel 5) ebenso beleuchtet wie „Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf“ (vgl. Teil A Kapitel 6). Diesen Teil abschließend wechselt der Fokus auf die Forscherin und ihre Relation zum Forschungsgegenstand. Im Kapitel „Forschen mit Perspektiven“ (vgl. Teil A Kapitel 7) wird auf biografische Wurzeln der Forscherin Bezug genommen. Im Kapitel „Forschendes Lernen und Forschungsprozess“ (vgl. Teil A Kapitel 8) wird der Forschungsprozess mit dem Lernprozess der Forscherin im Forschungsprojekt in Verbindung gesetzt und als überleitende Brücke zum empirischen Teil genutzt.

Der Teil B widmet sich empirischen Materialien, die erhoben oder herangezogen werden, um sich den Forschungsfragen zu „gesund leben lernen“ von Frauen anzunähern und in diesen Materialien nach Spuren von Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zu suchen. Teil B beginnt mit einem einführenden Kapitel (vgl. Teil B Kapitel 1), in dem es um Überlegungen zu Forschungsfragen, Forschungszugängen, Forschungsmethoden und den empirischen Bausteinen des Projektes geht. Die folgenden Kapitel (vgl. Teil B Kapitel 2, 3, 4, 5) beziehen auf einzelne empirische Bausteine des Forschungsprojektes.

Im „Baustein Dokumente“ (vgl. Teil B Kapitel 2) werden gesetzliche Grundlagen, Curricula und Kompetenzprofile für den Beruf Hebamme bzw. Familienhebamme exemplarisch herangezogen, um in der Analyse strukturelle Rahmenbedingungen sowie Normen und Normierungen herauszuarbeiten.

Der „Baustein Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen“ (vgl. Teil B Kapitel 3) basiert auf der Erhebung und Auswertung von Material, in dem Hebammen als Interviewpartnerinnen über ihre Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sprechen.

Im „Baustein Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen im Spiegel von Supervision“ (vgl. Teil B Kapitel 4) geht es um Interviews mit Supervisor_innen. In der Erhebung und

Auswertung dieses Materials wird in einer Außenperspektive auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen geschaut: Wie Hebammen oder Familienhebammen sich in Supervisionsprozessen einbringen, wie Supervisor_innen sie sehen und erleben, wenn sie mit ihnen in diesem Setting arbeiten.

Der „Baustein Fokusgruppe – gesund leben lernen wie?“ (vgl. Teil B Kapitel 5) nimmt wieder die Perspektive von Hebammen oder Familienhebammen auf ihre Sichtweisen und beruflichen Praxen als Hebammen oder Familienhebammen auf, um Erkenntnisse aus den anderen empirischen Bausteinen mit einer Gruppendiskussion zu „gesund leben lernen“ ergänzend zu verdichten.

Die Materialien der einzelnen empirischen Bausteine werden erhoben, ausgewertet und nach inhaltlichen Aspekten sowie interpretierend analysiert. In den Kapiteln des Teil B werden Prozess und Erkenntnisse mit Bezug auf das jeweilige Material dokumentierend dargestellt.

In Teil C geht es dann um Erkenntnisse, die sich übergreifend aus den Materialien der einzelnen empirischen Bausteine ergeben. Die Erkenntnisse werden in Anknüpfung an Pierre Bourdieu, Ralf Bohnsack und Hartmut Rosa eingebettet. Überlegungen dazu (vgl. Teil C Kapitel 1) werden in einem Kapitel dargestellt, das Teil C einleitet. In erneuter Analyse des Materials werden diese Anknüpfungen für Kommentierungen von Beispielen aus den Materialien herangezogen. In einem Kapitel wird der Aspekt „Feldlogik im Beruf Hebamme“ (vgl. Teil C Kapitel 2), in einem weiteren der Aspekt „gesund leben lernen als Resonanzbewegungen“ (vgl. Teil C Kapitel 3) in den Blick genommen.

Mit einem Ausblick (vgl. Fazit und Ausblick) findet die Dissertationsarbeit einen Abschluss, und gleichzeitig geht der Blick darüber hinaus. Auch hier geht es um einen vorläufigen Zwischenstand als Annäherung, die an anderem Ort und zu anderer Zeit sowie durch andere Akteur_innen fortgesetzt werden kann. Befindlichkeiten und utopischen Hoffnungen werden hier im Rückbezug auf „Forschen mit Perspektiven“ (vgl. Teil A Kapitel 8) und als „Lernprozess der Forscherin“ (vgl. Teil A Kapitel 7) noch einmal Raum gegeben und verbunden.

3. Einstimmen

Im Zusammenhang mit dem gewählten Titel ergaben sich für die Forscherin Irritationen, die auch dazu führten, im Internet als Alltagsinstanz für Rückversicherung zu suchen. Diese Spur wird hier aufgenommen. Mit reflektierender Interpretation erfolgt eine erste Annäherung an das Thema. Am Beispiel dieser Einstimmung ist bereits nachvollziehbar, wie Bewegungen des Suchens verlaufen können.

„gesund leben lernen“ ist kein Fachbegriff sondern eine alltagssprachliche Formulierung. Da das Internet als Informationsquelle im Alltag eine wichtige Rolle spielt, erfolgt dort eine erste Suche. Drei Suchmaschinen des Internets ergeben dazu jeweils eine Vielzahl von Treffern. Die Suchmaschinen Fireball und Yahoo zeigen jeweils 6.210 Ergebnisse an, bei Google sind es sechzehn Seiten mit jeweils zehn Ergebnissen (vgl. „gesund leben lernen“ bei Google 2015). Wenn man sich die ersten zehn Ergebnisse der Google-Suche anschaut, handelt es sich bei allen

Ergebnissen um Projekte zum Gesundheitsmanagement im Schulbereich. Eins dieser Ergebnisse ist ein Eintrag bei Wikipedia: es wird ein Projekt zum schulischen Gesundheitsmanagement in Niedersachsen beschrieben, das im Jahr 2003 gestartet wurde und an dem sich mittlerweile zweihundert Schulen aller Schulformen beteiligt haben. „gesund leben lernen“ ist eine Formulierung, die als Motto für Projekte im Schulbereich gebräuchlich zu sein scheint und auffordert, sich für die Thematik zu engagieren.

Eine weitere alltagssprachliche Annäherung stellt eine Internetabfrage zu „gesund leben lernen“ in Duden-Online (vgl. „gesund leben lernen“ in Duden-Online 2015) dar. Die Abfrage zu dieser Formulierung ergibt keine Treffer als Ergebnis. Deshalb werden im Folgenden einzelne Begriffe dieser Formulierung abgefragt. Zum Begriff „gesund“ (vgl. „gesund“ in Duden-Online 2015) werden folgende Hinweise angezeigt: es handelt sich um ein Adjektiv, beschreibt also Eigenschaften von Menschen, Objekten und Phänomenen, beschreibt Ereignisse, Zustände und Verläufe. Zu inhaltlichen Bedeutungen ist dort vermerkt: „keine Störung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens“; „Gesundheit fördernd, ihr zuträglich sein“; „der allgemeinen menschlichen Beurteilung nach richtig, vernünftig, normal“.

In der Bedeutung „keine Störung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens“ wird Gesundheit mit dem Begriff „Störung des Wohlbefindens“ in Zusammenhang gebracht, die eine negativ bewertete Veränderung des Wohlbefindens in den Fokus stellt. Der Begriff „Störung“ weckt Assoziationen zu Maschinen oder Abläufen der Produktion. „Wohlbefinden“ ist in dieser Lesart als ein Produkt zu verstehen, bei dessen Herstellung „Störungen“ auftreten können. Die „Störung“ wird durch das Begriffspaar „körperlich“ und „psychisch“ spezifiziert als getrennte Bereiche, in denen Störungen auftreten können. Bei durch die Eigenschaft „gesund“ beschriebene Menschen, Objekte und Phänomene können Teile unterschieden werden, die in einer funktionalen Beziehung stehen. „Störungen“ sind in verschiedenen Bereichen möglich und beeinflussen das „Wohlbefinden“.

In der Bedeutung „Gesundheit fördernd, ihr zuträglich sein“ wird der Fokus mit „fördernd“ und „zuträglich“ auf eine Einwirkungsmöglichkeit gelegt, die positiv bewertet wird. Die Formulierung ist passiv beschreibend, etwas ist „fördernd“, etwas ist „zuträglich“. Das Phänomen, auf das eingewirkt wird, ist „Gesundheit“. Voraussetzung dieser Lesart ist, dass „Gesundheit“ sich abgrenzen und beschreiben lässt. Die Formulierung verweist darauf, dass es Möglichkeiten gibt, auf „Gesundheit“ einzuwirken und positiv bewertete Veränderung herbei zu führen.

In Duden-Online werden beim Aufruf von „gesund“ zusätzlich vielfältige Wortkombinationen gelistet wie „gesund werden“, „gesund machen“, „kerngesund“, „gesundstoßen“, „gesundeden“, „gesundbeten“, „gesundschreiben“, „gesundschumpfen“. Diese Kombinationen weisen auf weitere alltagssprachliche Lesarten des Begriffes hin, denen hier nicht weiter nachgegangen wird. Eine Kombination „gesund leben“ wird nicht gelistet. Eine direkte Suche nach „gesund leben“ ergibt in Duden-Online wenige Treffer, die in Verbindung zu Begriffen stehen wie „gesund“, „Leben“, „weiterleben“, „auferstehen“, „blühend“, „aufleben“, „durchkriechen“, „Gesundheit“, „regenerieren“ usw., die Kombination „gesund leben lernen“ erscheint nicht als Suchergebnis.

Die Formulierung „gesund leben lernen“ kann daher als eine im alltäglichen Sprachgebrauch eher ungewöhnliche Wortkombination angesehen werden, die beim Hören oder Lesen irritieren

und sich an Sinnkonstruktionen der Adressat_innen reiben könnte. Die Formulierung „gesund leben“ verbindet sich in meiner Lesart mit „Erleben“ und „Lebendigkeit“ und ist von normativ positiver Färbung getragen. Zu Beginn der thematischen Auseinandersetzung habe ich „gesund“ als eine Zustandsbeschreibung im Sinne von „gesund sein“ verstanden, die durch Personen selbst vorgenommen wird, und „gesund leben“ als eine Beschreibung von Prozessen, die durch Erleben und Erfahrungen bestimmt sind. Gesundheitsbezogenes Handeln hat so eine Zielsetzung, hat einen Sinn, den Sinn „leben zu wollen“ und zwar „lebendig, erfüllt und gut“. Das Ziel „gesund zu bleiben“ gibt dem Handeln von Akteur_innen somit eine Richtung und einen positiven Sinn. Für Individuum und Gesellschaft hat „gesund sein“ Wert. Dieser Wert basiert auf einem Verständnis von menschlichem Leben in der Gemeinschaft und in einer Gesellschaft, die historisch, räumlich und kulturell bestimmt ist. „gesund sein“ kann dann, insbesondere bezogen auf Arbeitsleben und Erwerbstätigkeit, als Kapital verstanden werden, denn nur gesund ist ein Mensch in der Lage dauerhaft zu arbeiten und Leistungen zu erbringen, die gesellschaftlich verwertbar sind oder durch Bezahlung individuell zur Existenzsicherung beitragen. „gesund sein“ beinhaltet Ressourcen, die Menschen unter spezifischen sozialen Bedingungen zur Verfügung stehen und es bestehen Möglichkeiten zur Gestaltung. Dieses Verständnis bindet „gesund sein“ als Ziel an die Erfüllung normativer Erwartungen und Anforderungen. Auf Ebene der Interaktion kann die Formulierung „gesund leben lernen“ eine normative Anrufung transportieren, die Wirkung entfaltet und im Forschungsprozess spezifische Aufmerksamkeit erfordert. Von den Mitwirkenden in Interviews und Fokusgruppen kann die Formulierung „gesund leben lernen“ als herausfordernder Impuls verstanden werden, der von Adressat_innen auf der Basis ihrer spezifisch biografischen und historischen Rahmungen interpretiert und normativ beantwortet wird.

Dass diese Reaktionen auch mit Kolleg_innen im Forschungskontext auftreten können, wie bei anfänglichen Vorstellungen des Forschungsprojektes eingetreten, hat mich erst irritierend überrascht und dann neugierig gemacht. Die Reaktionen anderer auf den Impuls „gesund leben lernen“ reichten von Ärger bis Unverständnis. Erwartungen machten sich daran fest, nach einem möglichen „Programm zur Zielerreichung“ oder „Konzept zu ...“ zu fragen. Meine Reaktion auf diese Lesarten waren die oben beschriebenen Suchbewegungen, die sich an die Irritation anschloss. Diese Interaktionen können reflektierend interpretiert werden. Antworten sind im Zusammenhang mit dem normativen Gehalt der Anrufung und der exponierten Position im Titel des Projektes zu sehen. Norm und Normativität erweisen sich als kontextabhängig und können interpretativ als Lesarten eingeordnet werden. Die Irritationen haben einen Lernprozess ermöglicht und zu einer Schärfung meines Forschungsinteresses geführt. Die Reflexion der Interaktionen hat dazu geführt, die Wirkung von sprachlichen Impulsen in den Blick zu nehmen und diesem Aspekt in der Analyse von Materialien nachzugehen.

Wie sich Lernen gestaltet, zeigt sich nachvollziehbar an diesem Beispiel und bildet den Einstieg in einen Prozess, der sich im Verlauf des Forschungsprojektes fortsetzt. Die Formulierung „gesund leben lernen“ stellt einen inhaltlichen Impuls dar, der alltagssprachlich und kontextbezogen von Adressat_innen interpretiert wird. Der Impuls „gesund leben lernen“ setzt auf normativen Sinnkonstruktionen auf, hat Aufforderungscharakter, kann Fragen, Irritationen, emotional gefärbte Interaktionen bewirken, die in einem bestimmten Kontext stehen. Kontexte und Interpre-

tationszusammenhänge sind im Forschungsprozess relevant und hilfreich, wenn sie transparent bleiben und reflektiert werden. Einen solchen Impuls für empirisches Arbeiten zu verwenden, ist eine Entscheidung, die einer Begründung bedarf. Diesen Impuls in den Interviews zu nutzen, ist mit der Vorstellung verbunden, dass der Kontext des jeweiligen Interviews Raum für unterschiedliche Sinnkonstruktionen gibt, die sich in der Interaktion durch eine mögliche Irritation und Reibung an diesem Impuls ausgestalten und klären werden. Die Auswertung des empirischen Materials bietet hierfür Raum.

In der Arbeit mit dem empirischen Material geht es nicht darum, ein spezifisches Konzept für „gesund leben“ zugrunde zu legen oder vorzugeben, sondern nachzuvollziehen, wie die jeweiligen Interviewpartner_innen den Impuls „gesund leben“ aufnehmen, wie Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sich als Phänomene mit der sprachlichen Formulierung „gesund leben lernen“ als Sinn-Container verbinden und sich im Anschluss an theoretische Überlegungen konzeptionell einbetten lassen.

Im Fokus des Forschungsprojektes steht also nicht das „Was“, sondern stehen Fragen nach dem „Wie“. Es geht um Erkenntnisse zu beruflichen Situationen und beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, die auf Interaktionen mit Partner_innen in Interviews oder Gruppendiskussionen basieren. Es geht um eine Vielfalt möglicher Antworten auf die normativ geprägte Anrufung, die mit dem Impuls „gesund leben lernen“ verbunden wird. Es geht um Sinn- und Handlungskonstruktionen von Hebammen in spezifischen beruflichen Kontexten, die sozial und gesellschaftlich, historisch und gegenwartsbezogen gerahmt sind. Vergleichend geht es um Sinn- und Handlungskonstruktionen in Außenperspektive durch von Supervisor_innen im Kontext ihrer beruflichen Erfahrung in Supervisionsprozessen mit Angehörigen einer Berufsgruppe, mit Hebammen oder Familienhebammen. Diese Erkenntnisse des Forschungsprojektes werden durch eine Gruppendiskussion als Fokusgruppe von Hebammen, die sich anschließt, noch einmal ergänzend verdichtet.

Das Forschungsprojekt wurde Anfang des Jahres 2014 begonnen und Ende des Jahres 2016 als Dissertationsarbeit abgeschlossen. Die Dokumente zur Aus- und Fortbildungen von Hebammen, die in dem Projekt als empirisches Material ausgewertet werden, haben in Deutschland Gültigkeit. Die Interviewpartner_innen und Mitwirkende der Fokusgruppe sind in Deutschland beruflich tätig. Die Materialien der empirischen Bausteine sind während der Laufzeit des Projektes erhoben und ausgewertet worden. Die dargestellten Erkenntnisse sind im Zusammenhang mit diesen zeitlichen und räumlichen Kontexten sowie den zugehörigen strukturellen Rahmenbedingungen zu sehen.

Teil A: Standortgebundenheit der Forscherin

1. „gesund leben“

Im Kapitel „gesund leben“ beschäftige ich mich mit Konstruktionen und Konzepten zu Gesundheit, Gesundheitsförderung und Lebensqualität. Es dient einer Standortbestimmung als Forscherin und macht die Standortgebundenheit transparent, die sich in langjähriger Berufspraxis im Zusammenhang mit kommunaler Gesundheitsplanung entwickelt hat. Fragestellungen zu Beginn des Forschungsprojektes sind dadurch geprägt. In fachlicher Auseinandersetzung mit Begriffen wie Gesundheit und Gesundheitsförderung in Verbindung mit Lebensqualität wird nach einer Ausgangsposition gesucht, von der aus Materialien des Forschungsprojektes in den Blick genommen werden.

Bereits vor Beginn der Auswertungen des empirischen Materials ist durch die Forscherin eine erste Verschriftlichung dieses Kapitels erfolgt. Der folgende Text ist eine straffende Überarbeitung, ohne hier Erkenntnisse aus den Materialien aufzunehmen, die sich im Laufe des Projektes zu „gesund leben“ eingestellt haben. Das Kapitel dient also in erster Linie dazu, die Standortgebundenheit der Forscherin zu „gesund leben“ transparent zu machen. Die Auswahl der dargestellten Aspekte ist selektiv, eine umfassende Würdigung des Forschungsstandes zu dieser Thematik findet nicht statt.

1.1 Gesundheit - Konstruktionen und Konzepte

Gesundheit und Krankheit sind beobachterabhängige Konstruktionen, die durch subjektive und soziale Systeme bestimmt sind. Der Begriff Gesundheit ist empirisch schwer zu fassen, medizinorientierte Konzepte von Gesundheit und Krankheit setzen häufig an Symptom-Erklärungen auf körperlicher und psychischer Ebene an.

Als alltagsbezogener Einstieg wird auch hier auf ein im Alltag gebräuchliches Medium zurückgriffen und eine Suche bei Wikipedia zum Begriff „Gesundheit“ durchgeführt (vgl. „Gesundheit“ in Wikipedia 2015). Neben der Definition der Weltgesundheitsorganisation, auf die an anderer Stelle eingegangen wird, sind dort Hinweise auf Definitionen aus unterschiedlichen Perspektiven zu finden:

Gesundheit ist das Maß an Krankheit, was es mir erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen (zugeschrieben Friedrich Nietzsche aus philosophischer Perspektive).

Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist (zugeschrieben Talcott Parson aus soziologischer Perspektive).

Gesundheit wird als mehrdimensionales Phänomen verstanden und reicht über den Zustand der Abwesenheit von Krankheit hinaus (zugeschrieben dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technik 1996 aus bildungspolitischer Perspektive).

Wohlbefinden und Unabhängigkeit sind subjektiv empfundene Teile der Gesundheit. Krankheit und Gesundheit sind dynamische Prozesse, (...) die als Fähigkeiten und Defizite erkennbar sind (zugeschrieben Monika Krohwinkel 1992 aus pflegewissenschaftlicher Perspektive).

Gesundheit bedeutet eine zufriedenstellende Entfaltung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden in den Aktivitäten des Lebens (zugeschrieben Reinhard Lay 2004 und 2012 aus pflegewissenschaftlicher Perspektive).

Gesundheit ist ein Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen Lebensbedingungen befindet (zugeschrieben Klaus Hurrelmann 1999 und 2010 aus sozial- bzw. gesundheitswissenschaftlicher Perspektive).

Diese Zusammenstellung macht bereits deutlich, wie unterschiedlich der Begriff Gesundheit definiert wird. Die einzelnen Beschreibungen sind abhängig von den Perspektiven auf ein Phänomen, das mit dem Begriff „Gesundheit“ gekennzeichnet wird. Disziplinäre und wissenschaftstheoretische Ausrichtung prägen den Wortsinn, die Beispiele verdeutlichen philosophische, soziologische, medizinische, psychologische, sozialwissenschaftliche, pflegewissenschaftliche und bildungspolitische Perspektiven auf dieses Phänomen.

Fachlichen Entwicklungen und Diskurse unterschiedlicher Sichtweisen in historischer Dimension sowie der Ausgestaltung medizinischer Modelle und ihrer Diskurse in anderen wissenschaftlichen Fachdisziplinen wird nicht in Ausführlichkeit nachgegangen, einige Modelle werden beispielhaft angeschaut, um in einer Suchbewegung sich der Standortgebundenheit als Forscherin anzunähern. Ausgehend von einem biomedizinischen Modell werden anschließend Modelle in den Fokus genommen, auf denen in Deutschland staatliche Programme zur Gesundheitsförderung basieren.

Als Vertreter der Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie bezieht sich Josef W. Egger (vgl. Egger 2010 S. 38 – 48) auf fünf verschiedene Ansätze, die in eine biopsychosoziale Theorie als Basis für ein Konstrukt Gesundheit einmündet: die sozialpolitische Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das biomedizinische Konzept, das soziologisch-sozialmedizinische Konzept (public health), das genuin psychologische Konzept, das umfassende biosoziale

Konzept mit multidimensionalem Wirkungsgeschehen und Risiko- und protektiven Faktoren auf allen beteiligten externen wie organismus-internen Systemebenen als Produkt Gesundheit fasst.

Eine biomedizinische Perspektive ist in ihrem Kern krankheitsbezogen. Krankheiten werden als Störungen verstanden, die mit Symptomen einhergehen, mit objektiv beschreibbaren Verlaufsmustern und funktionalen Folgen. Störungen kommen von außen durch Bakterien und Viren, durch Einwirkungen von Hitze, Kälte, Giften und mechanischen Kräften. Sie führen zu Schädigungen auf körperlicher Ebene. Behandlung hat das Ziel, diese Schädigungen aufzuheben oder zu mildern.

Bei gesundheitspsychologischen Ansätzen steht Gesundheitsverhalten im Zentrum, das von Motivation bestimmt ist. Gesundheit ist Ergebnis der Wechselwirkung von äußeren und inneren Anforderungen und protektiven Faktoren sowie verfügbaren Bewältigungskompetenzen mit dynamischen Risiko- und Schutzfaktoren.

Beim umfassenden biosozialen Konzept wird Gesundheit als selbstregulative Fähigkeit eines menschlichen Organismus verstanden, mit Veränderungen und Störungen umzugehen. Das Verstehen dieser Prozesse gestaltet sich schwierig, da Einflussgrößen parallel verschaltet und nicht in einzelnen Dimensionen zu beeinflussen sind. Die Ressourcen eines Organismus mit protektiven oder salutogenen Faktoren sind ebenso ausschlaggebend wie die Kontrollierbarkeit eines Störpotentials durch den jeweiligen Organismus. Das Ausmaß der Störung wird vom jeweiligen Organismus interpretiert und mit jeweils eigener Bewältigungskompetenz beantwortet.

Als Vertreterinnen der Health Promotion beziehen sich Jennie Naidoo und Jane Wills (vgl. Naidoo, Wills 2010, S. 17 f) ihrerseits auf verschiedene Ansätze zur Konzeptionierung im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung:

Gesundheit als Zustand eines umfassenden Wohlbefindens: Die Wechselwirkung zwischen verschiedenen Dimensionen wird einbezogen, es wird zwischen persönlichem Empfinden und Diagnose unterschieden. Vollkommenes Wohlbefinden ist unerreichbar. Die Definition ist von der WHO entwickelt und ist von wissenschaftlicher Seite als zu idealistisch und vage kritisiert worden.

Gesundheit als geistige und körperliche Fitness: Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit vorliegt, solange jemand die von ihm erwarteten Alltagsaufgaben und sozialen Rollen noch erfüllen kann. Diese Definition erfolgt auf Basis einer strukturfunktionalen Theorie. Individuelle Unterschiede treten hinter sozialen Normen zurück. Der Soziologe Talcott Parson hat im Jahr 1951 diese Definition entwickelt. Kritik daran ist, dass Menschen, die ihrer sozialen Rollenerwartung nicht nachkommen können, wie zum Beispiel Behinderte, dadurch ausgeschlossen sind.

Gesundheit als Ware: Dieses Verständnis basiert auf einer Zerlegung in Teile, die produziert werden können, und steht im Widerspruch zur ganzheitlichen Erfahrung von Gesundheit und Krankheit und führt zu der Illusion, dass man Gesundheit käuflich erwerben kann.

Gesundheit als persönliche Stärke: Es wird von der Vorstellung ausgegangen, dass jemand durch Selbstverwirklichung und Selbstentdeckung gesund werden kann. Diese Definition wurde von dem Psychologen Abraham Maslow im Jahr 1970 in der Humanpsychologie entwickelt. Kritik daran ist, dass Einflüsse des gesellschaftlichen Umfeldes zu wenig berücksichtigt werden.

Naidoo und Wills beziehen sich in ihrer Darstellung dann auf eine Definition von Seedhouse aus dem Jahr 1986, der diese vier Gesundheitskonzepte zu einem einheitlichen Konzept der Ge-

sundheit zur Selbstverwirklichung des Menschen zusammengefasst hat. Sie verfolgen damit das Ziel, die unterschiedlichen Perspektiven ausreichend und verbindend abbilden zu können (vgl. ebenda S. 20, Abb. 1.6 Konzepte von Gesundheit, entnommen Seedhouse 1986).

Seit den 1980er Jahren ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein Motor für die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Konzepte für die Praxis. Neben vielfältigen Projekten und Forschungsaktivitäten werden von dieser Institution „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention 2010 - ein Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden“ herausgegeben. Diese Veröffentlichung ist ein Sammelband mit Beiträgen unterschiedlicher Wissenschaftler_innen zu einzelnen Stichworten und eine Zusammenschau bisheriger Ansätze und Forschungsergebnissen.

In dem Glossar der BZgA haben Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak (vgl. Hurrelmann, Franzkowiak 2011, S. 100 ff) den Beitrag zum Stichwort „Gesundheit“ verfasst. Sie umschreiben „Gesundheit als ein nicht eindeutig definierbares, schwer zu erfassendes Konstrukt“ und „Gesundheitsvorstellungen als soziale Konstruktionen“. Auch sie nehmen Bezug auf die von Seedhouse in den 1980er Jahren erarbeiteten, wissenschaftlichen Kernvorstellungen (ebenda S. 100):

„Gesundheit als Idealzustand mit völligem Wohlbefinden ohne jede körperliche, psychische und soziale Störung, Gesundheit als persönliche Stärke, die auf körperlichen und physischen Eigenschaften beruht, Gesundheit als Leistungsfähigkeit der Erfüllung von gesellschaftlichen Anforderungen, Gesundheit als Gebrauchsgut (Ware), das hergestellt und eingekauft werden kann.“

Zusätzlich beziehen sie sich auf einen Einteilungsversuch von Alexa Franke aus dem Jahr 2010, der mit „Dimensionen Störungsfreiheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung, Gleichgewichtszustand (Homöostase), Flexibilität (Heterostase) oder Anpassung“ arbeitet.

Zu beiden Ansätzen erfolgt der Hinweis, dass jede Begriffsbestimmung durch die zugrunde liegende disziplinäre Sichtweise und Orientierung geprägt ist. Zur Annäherung an eine Definition schlagen Hurrelmann und Franzkowiak eine Orientierung vor an

„Göckens Systematik von drei dominanten Deutungsfigurationen:
Gesundheit als Abgrenzungskonzept ist eng mit medizinischer Deutung und Diagnostik von Krankheit verknüpft (...)
Als Funktionsaussage steht Gesundheit einerseits für Leitungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht bzw. als Rollenerwartung (...)
Gesundheitsdefinitionen auf der Grundlage von Wertaussagen enthalten einen positivierenden Kern. Ein Verständnis von Gesundheit als höchstem Wert, (...)
(vgl. Göckejan 2010).“

Hurrelmann und Franzkowiak (vgl. ebenda S. 101) bauen ihre Überlegungen auf dem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahr 1948 auf:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (engl.: well-being) und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Gesundheit wird hier multidimensional definiert. In den 1990er Jahren erfolgt die Ergänzung einer spirituellen Dimension im Sinne von „Lebensinn“. Gesundheit ist gekennzeichnet von einem „lebensgeschichtlich und alltäglich sich immer neu regulierenden Potential, einer beständig

aktiv herzustellende Balance“. Gesundheit ist nach diesem Verständnis „in allen Dimensionen des täglichen Lebens verankert.“ Als Kritikpunkte dieser Definition kennzeichnen Hurrelmann und Franzkowiak „die Einseitigkeit einer subjektiv akzentuierten Sichtweise, die ungenaue, kaum zu operationalisierende Mehrdimensionalität, das noch unausgereifte Denken in Extrempolen“ sowie die Ausrichtung an einer „unerreichbaren Utopie“. Für sie ist aber die weitreichende Ausstrahlung dieser Definition in Politik und Praxis hervorzuheben. Die WHO-Definition ist als ein historischer Meilenstein für die Bewegung der Gesundheitsförderung seit den 1970er Jahren zu sehen, die in wissenschaftliche Diskursen eine Weiterentwicklung finden.

Hurrelmann (ebenda S. 101 f) leitet Grundsätze für Module eines wissenschaftlich haltbaren und belastbaren Gesundheitsbegriff ab, die Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Sozialisationstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien sowie Public-Health-Theorien einbeziehen, und formuliert

„acht interdisziplinäre Maximen von Gesundheit und Krankheit:

1. Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
2. Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum zur Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
3. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
4. Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.
5. Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit das Ergebnis einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
6. Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
7. Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegen einer subjektiven Bewertung.
8. Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen – der körperlichen, der psychischen und der sozialen – voneinander unterscheiden.“

Im Anschluss an diese Leitsätze formulieren Hurrelmann und Franzkowiak (ebenda S. 103) einen verbindenden Vorschlag zur Definition von Gesundheit:

„Als konsensfähige Definition von Gesundheit wird vorgeschlagen: Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, der einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“

Menschen haben Kompetenzen, sich als Individuen mit inneren und äußeren Anforderungen auseinander zu setzen und in Gestaltung von und mit ihren Lebenswelten Lösungen zu finden, die ihnen Wohlbefinden und Lebensfreude ermöglichen. Individuelle Verhaltens- und Lebensweisen

verändern sich im Rahmen von Biografien.

„gesund leben“ in diesem Forschungsprojekt kann darauf Bezug nehmen. Gesund zu leben ist als „gelungene Verbindung von zugleich (selbst-)bewusster und lustvoller Lebensführung“ vorstellbar. Lern- und Entwicklungstheorien verwenden dafür den Begriff „Selbstwirksamkeit“, die salutogenetische Theorie den Begriff „Kohärenzgefühl“ und die Sozialisationstheorien den Begriff „produktive Realitätsverarbeitung“ (vgl. Hurrelmann, Franzkowiak 2011, S. 103).

Dieser Spur folgend wird im Glossar der Leitbegriffe der BZgA (vgl. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2011) dem Begriff „Kohärenzgefühl“ nachgegangen. Zur salutogenetischen Perspektive nach Antonovsky führt Alexa Franke (Franke 2011, S. 488) in einem Beitrag zum Kohärenzgefühl aus: es handelt sich um

„eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und das man es meistern kann, auch wenn es manchmal schwierig ist. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Teilkomponenten zusammen: dem Gefühl der Verstehbarkeit der eigenen Person und der Umwelt (comprehensibility), dem Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (manageability), dem Gefühl der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Das Kohärenzgefühl ist ein dynamisches Verständnis der eigenen Person, dass man mit den Anforderungen zurecht kommen kann, dass man in der Lage ist, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können.“

Franke (ebenda S. 488) sieht in Antonovskys Modell der Salutogenese eines der wichtigsten interdisziplinären, integrierenden Gesundheitskonzepte und erweitert das Kohärenzgefühl um die Fähigkeit, „sich mehr gesundheitsförderliche Ressourcen zu erschließen bzw. diese besser zu nutzen: Humor, Optimismus, Genussfähigkeit und die Fähigkeit zu verzeihen sind beispielsweise Variablen, die nachweislich nicht nur als Puffer gegen Stress wirken, sondern aktiv direkt zu einem größeren Maß an Gesundheit beitragen.“

Die hier dargestellten Perspektiven auf Gesundheit können als Anschlüsse für „gesund leben“ im Forschungsprojekt und für die Standortgebundenheit der Forscherin als Einstieg genutzt werden. Überlegungen zu Konstruktionen und Konzepten der Gesundheitsförderung in Verbindung mit Lebensqualität und menschlichem Glückserleben können sich daran anschließen.

1.2 Gesundheitsförderung - Konstruktionen und Konzepte

Wenn es Einflussfaktoren auf und Gestaltungsräume für Gesundheit gibt, stellt sich die Frage nach einer Förderung von Gesundheit. Naidoo und Wills (Naidoo, Wills 2010, S. 26) beziehen sich dazu auf ein Modell von Dahlgren und Whitehead aus dem Jahr 1991, das Determinanten und Einflussebenen veranschaulicht:

„die Verhaltens- und Lebensweisen der Individuen, die über Wissen, Bewusstsein und Kompetenzen verändert werden können, z. B. in Bezug auf eine gesunde Ernährung oder mehr körperliche Bewegung, die Unterstützung und Beeinflussung des sozialen Umfeldes des einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann, die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen und deren Zugang zu unterstützenden Gesundheitseinrichtungen und sozialen Diensten, die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z. B. der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.“

Auf Gesundheitsförderung wird auch im Glossar-Beitrag von Hurrelmann und Franzkowi-

ak (Hurrelmann, Franzkowiak 2011, S. 105), der bereits vorgestellt wurde, Bezug genommen mit Hinweis auf „praktische Ansatzpunkte des ökologischen Mandala-Modells“ des Kanadiers Hancock aus dem Jahr 1990, das von vier interagierenden Ebenen ausgeht und mögliche Gestaltungsräume in den Blick nimmt:

„Humanbiologie (genetische Anlagen, Immunsystem, Physiologie und Anatomie eines Menschen), Lebensstile/Lebensweisen (Gesundheitsorientierungen, Risikoverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und -versorgung, Krankheits- und Krisenbewältigung, Ernährung, Bewegung), psychosoziale und kulturelle Umwelt (sozioökonomischer Status, Milieueinbindungen, Peergruppen, soziale Unterstützungsnetzwerke), physikalische Umwelt und Biosphäre (Wohn- und Arbeitsbedingungen, natürliche Umwelt, klimatische Bedingungen).“

Die Darstellung des Modells (vgl. ebenda S. 104) verweist auf einen Menschen, der mit „Körper“, „Geist“ und „Seele“ ausgestattet ist. Dieser begriffliche Dreiklang enthält eine mitweltliche Öffnung auf der Ebene Kultur mit Religion und Spiritualität.

Unterschiedliche Wissensbestände werden in diesen breit angelegten Konzeptionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung verbunden. Einzelne wissenschaftliche Disziplinen wie Biologie, Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik und Medizin mit Bereichen der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Qualitätsentwicklung leisten zwar Beiträge, die jedoch einzeln nicht hinreichend und interdisziplinär auf einen gemeinsamen Gegenstand zu beziehen sind.

Um Erkenntnisse zielführend zu bündeln, hat Klaus Hurrelmann in den 1990er Jahren begonnen, an der Bielefelder Universität eine Fakultät Gesundheitswissenschaften mit interdisziplinärer Ausrichtung aufzubauen. Auf der Internetseite der Fakultät (vgl. Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld 2015) heißt es dazu:

„Der Objektbereich Gesundheitswissenschaften erfordert eine gleichberechtigte Kooperation zwischen wissenschaftlichen Disziplinen.“

Gesundheitsförderung ist ein Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften. Konzepte der Gesundheitsförderung sind von Konzepten der Gesundheitserziehung zu unterscheiden. In seinem Beitrag im Glossar der Leitbegriffe der BZgA bezeichnet Guido Nöcker (vgl. Nöcker 2011, S. 106 f) Konzepte der Gesundheitserziehung oder der gesundheitlichen Aufklärung als Vorläufer für Konzepte der Gesundheitsförderung. Der Begriff Gesundheitserziehung ist in den 1960er Jahren für die Entwicklung von Unterrichtseinheiten unterschiedlicher Multiplikator_innen aufgekommen. Inzwischen hat Gesundheitserziehung Eingang in Lehrpläne aller Schulformen gefunden. Seit den 1980er Jahren sind eine vielfältige und unüberschaubare Anzahl von Programmen und Projekten in Schulen hinzugekommen, die in Verbindung von Theorien unterschiedlicher Fachdisziplinen auf pädagogischen Theorien basieren.

„Im Zentrum stehen dabei weiterhin das Individuum sowie die Steigerung psychosozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten (life skills) mit dem Ziel eines verbesserten Gesundheitshandelns.“

Mit dieser Bezugnahme auf Wulfhorst, der Gesundheitserziehung als Anwendungsebene einer sich erst langsam entwickelnden Theorie der Gesundheitspädagogik verstanden und damit den Weg geöffnet hat, wird der Begriff einer Klärung zugeführt (vgl. ebenda S. 107). Erziehung wird als ein Konzept zur Verhaltensänderung verstanden, das Werte und Normen vermitteln will und

insbesondere für die Altersgruppe Kinder und Jugendliche Anwendung findet. Mit dem Begriff „Aufklärung“ wird eine neutrale Haltung verbunden, Informationen haben Sachbezug und überzeugen, Adressat_innen dieser Informationen haben Entscheidungsmacht über ihr Verhalten. Strategien der Aufklärung müssen „im Kontext medialer Interventionen“ verstanden werden und werden als „bevölkerungsweite Gesundheitskampagnen“ gestaltet. Leitgedanken sind (ebenda S. 107), dass ein „Recht auf vollständige und angemessene Informationen“ besteht und der „Vorstellung eines aufgeklärten Menschen mit autonomen und angemessenen Entscheidungen bezüglich seines Verhaltens“. Nöcker wirft in diesem Zusammenhang die Frage auf, wann Informationen vollständig und angemessen sind, und weist auf die Kritik hin, dass Verhalten nicht nur als Ergebnis rationaler und aufgeklärter Entscheidungsfindung zu sehen ist.

Neben dem Begriff „Gesundheitserziehung“ gibt es im Glossar der Leitbegriffe zum Begriff „Gesundheitsbildung“ einen eigenen Beitrag (vgl. Blättner 2011, S. 129 ff), der sich ebenfalls im Wissenschaftsfeld der Pädagogik verortet. Beate Blättner definiert (ebenda S. 129):

„Gesundheitsbildung bezeichnet organisierte Lern- und Entwicklungsprozesse, die Menschen ermöglichen gezielt Einfluss auf Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen,...“

Sie differenziert „Gesundheitsvorstellungen“, „die Art der Kommunikation“, „Handeln und Bewältigungsstrategien“ sowie „Lebensbedingungen“. Blättner sieht Chancen, wenn mit geeigneten Konzepten Lern- und Bildungsprozesse zu gesundheitlichen Belangen in Gruppen ermöglicht werden. Nach Blättner haben sich seit Mitte der 1980er Jahre in Verbindung mit selbstbestimmter, individueller Verarbeitung und Aneignung im Rahmen von Persönlichkeitsbildung Konzepte der Gesundheitsbildung etabliert. Der Einbindung in Theorien der Erwachsenenbildung folgte die Kritik, dass die Marktorientierung der Erwachsenenbildung zu konzeptioneller Unschärfe geführt hat. Ein anderer Kritikpunkt ist, dass mit diesen Konzepten vorrangig bildungsnahe Bevölkerungsgruppen erreicht worden sind, was der ursprünglichen sozialpolitischen Intention widerspricht.

Die Umsetzung sozialpolitischer Ziele und Konzeptentwicklungen der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO stehen in Verbindung. Thomas Altgeld (vgl. Altgeld 2011, S. 110 f) behandelt dies in dem Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit des Glossars der Leitbegriffe der BZgA. Die Ziele der WHO sind auf „Chancengleichheit“ und als „Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen“ gerichtet und proklamieren in diesem Sinne: alle Menschen haben ein „Recht, gesund zu sein und gesund zu bleiben“. Ziel von Gesundheitsförderung ist dann, Menschen zu „befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen (WHO 1986)“. Nach Altgeld wird das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitspotentials als fundamentales Recht aller Menschen gefasst, das durch spätere Erklärungen der WHO Bestätigung erfährt wie zum Beispiel der Bangkok-Charta aus dem Jahr 2005.

In zwei Beiträgen des Glossars der Leitbegriffe der BZgA geht es um Strategien und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO (vgl. Kaba-Schönfeld 2011, S. 137 ff und 145 ff). Im ersten Beitrag fasst Lotte Kaba-Schönstein (vgl. Kaba-Schönstein 2011, S. 137) Gesundheitsförderung als „komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz zur Verbesserung der Lebensweisen und Lebensbedingungen“. Dies bezieht individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten von Menschen ebenso mit ein wie ökonomische, soziale, ökologischen und kul-

turelle Faktoren und geht von politischer Gestaltbarkeit gesundheitsrelevanter Faktoren aus.

Im zweiten Beitrag gibt Kaba-Schönfeld (vgl. Kaba-Schönfeld 2011, S. 145 ff) einen Überblick zur internationalen Entwicklung auf der Ebene der WHO. Die Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahr 1986 definiert:

„Gesundheitsförderung als der Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

In der Jakarta-Erklärung aus dem Jahr 1997 wird diese Definition weiterentwickelt zu:

„Gesundheitsförderung als Prozess, der Menschen befähigt, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.“

Seit Ende des Jahrtausends wurden weitere Rahmenstrategien zur Gesundheitsförderung wie „Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert“ verabschiedet. Es wurden landesweite Aktionspläne sowie Aspekte der globalisierten Welt in den Blick genommen. Strategische Bemühungen in dieser Richtung können in Deutschland auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen als jeweilige Programme von Bund, Ländern oder Kommunen nachgezeichnet werden.

Nach Altgeld (vgl. Altgeld 2011, S. 111) wird das Prinzip der Chancengleichheit von Kritikern der WHO-Forderungen immer noch hinterfragt, insbesondere wenn es um Konflikte mit liberalen Werten wie Freiheit von Individuen und Recht auf Eigentum geht. Eine andere Kritik hebt darauf ab, dass „Postulate und Strategien soziale Fragen verdecken“ und keine Lösungen für die dahinterstehenden gesellschaftlichen Konflikte darstellen. Altgeld verbindet das mit einem Hinweis auf den Begriff „Bildungsparadox“ und weist auf die Forschungen von Pierre Bourdieu hin, der gezeigt hat, dass Bildung die Berufschancen schlechter gestellter Bevölkerungsgruppen nicht grundlegend verbessert hat. Traditionelle Privilegien blieben erhalten und haben sich verstärkt. Dieser Hinweis wird hier als Anschlussmöglichkeit für das Forschungsprojekt gekennzeichnet. Machttheoretische Aspekte sind in der Standortgebundenheit der Forscherin von Bedeutung, denen im Rahmen des Forschungsprojektes Raum gegeben wird, indem Verbindungslinien aufgespürt und transparent nachgezeichnet werden.

Nach Altgeld (vgl. ebenda S. 211 f) ist das Konzept der Chancengleichheit von Amartya Sen in ein „Konzept der Verwirklichungschancen“ erweitert worden. Sen nutzt Begriffe wie „individuelle Potentiale“ und „instrumentelle Freiheiten“, die für gesellschaftlich bedingte Chancen stehen. Beide Ebenen sind für den Zugang zum Gesundheitssystem entscheidend. Individuelle Potentiale und instrumentelle Freiheiten stehen in Wechselwirkung. Unter diesem Aspekt hat Sen unterschiedliche Gesundheitssysteme untersucht, um das Konzept zu konkretisieren. In Deutschland ist die Forderung nach Chancengleichheit oder nach Verwirklichungschancen durch Gesundheitsförderung über die Jahre politikfähig geworden. Auch ökologisch orientierte Konzepte haben in Verbindung mit Bewegungen wie Agenda 21 auf der Ebene von Gesellschaft und Politik einen Platz gefunden. Seit 2000 hat ein politisches Bemühen um die sozialgesetzliche Verankerung in Deutschland begonnen. Prävention findet in den Rahmen des SGB V eine erste Einordnung, die Umsetzung wird als Aufgabe der Krankenversicherung gesehen. Der Beitrag von Altgeld (vgl. ebenda S. 112 f) ermöglicht einen Einblick zu sozialgesetzlichen Entwicklungen.

Hier wird mit Stand November 2016 ein kurzer Exkurs zum Präventionsgesetz eingefügt.

Denn die sozialgesetzlichen Entwicklungen in Deutschland sind inzwischen in die Verabschiedung des Gesetzes Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention durch den Bundestag eingemündet. Nachdem die Initiativen, einen angemessenen gesetzlichen Rahmen für gesundheitsfördernde Anliegen zu schaffen, sich über mehrere Runden von Gesetzgebungsverfahren hingezogen haben, kann nun eine Phase der Umsetzung des neuen Gesetzes beginnen.

Exkurs zum Präventionsgesetz

Im politischen Diskurs ging es jahrelang um ein eigenständiges Gesetz zur Gesundheitsförderung und dessen Ausgestaltung. Das jetzt gültige Gesetz ist als Rahmen für Gesundheitsförderung in vieler Hinsicht nicht hinreichend und als Kompromiss zu werten. Das folgende Zitat des amtierenden Bundesministers für Gesundheit anlässlich der ersten Lesung zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes (Pressemitteilung des Ministeriums vom 20.03.15) mag das illustrieren: „Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie überhaupt entstehen. Deshalb müssen wir die Umgebung, in der wir leben, lernen und arbeiten, so gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützt. Mit dem Präventionsgesetz gehen wir jetzt einen wichtigen Schritt hin zu mehr Gesundheitsförderung.“

Krankheiten zu vermeiden, ist nach wie vor das Ziel des Präventionsgesetzes. Der Name des Gesetzes lautet „Präventionsgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung“ und nicht Gesetz zur Gesundheitsförderung. Die Formulierung kennzeichnet einen Schritt in Richtung Prävention und weist auf eine Orientierung an medizinischen Modellen hin. Vom Menschen gestaltbare Lebensräume werden erst im zweiten Satz angesprochen, um mit der Formulierung Anchlüsse an ökologische Aspekte einzubinden. Das Gesetz ist als sehr bescheidener Schritt einzuordnen, wenn man berücksichtigt, was das neue Gesetz in der Praxis regeln wird: Impfungen, Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, standardisierte Präventions- und Vorsorgeangebote in unterschiedlichen Settings etc. Dieser Maßnahmenkatalog steht im Dienst der Minimierung von gesundheitsbezogenen Risiken und weist auf individuelle Verantwortung für Gesundheit hin.

Fachverbände wie die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) haben anlässlich der aktuellen Anhörung im Bundestag erneut Stellung bezogen (vgl. Stellungnahme 2015). Dort wird darauf hingewiesen, dass der Leitgedanke „Förderung der Gesundheit“ sich „auf alle Politikfelder beziehen“ muss. Neben der „Förderung eines selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ muss „eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten“ im Gesetzestext ausdrücklich benannt sein.

Kritikpunkte dieser Art blieben unberücksichtigt. Das Gesetz ist im Juni 2015 durch den Bundestag beschlossen worden und in Kraft getreten. Die vielfältigen Akteur_innen im Gesundheitssektor entwickeln Umsetzungsstrategien und beginnen inzwischen auf verschiedenen Ebenen die Anwendung des Gesetzes zu erproben.

Nach diesem Exkurs zu Entwicklungen auf Ebene nationaler Gesundheitspolitik wende ich mich noch einmal Konzepten der Gesundheitsförderung zu, um einen Gegenhorizont zur angesprochenen Zuweisung individueller Verantwortung zur Risikominimierung durch den Staat zu skizzieren. Die folgende Suchbewegung nach anderen Sinnzusammenhängen, die sich zu „gesund leben“ erschließen lassen, verbindet sich mit utopischen Hoffnungen, die sich auch in der Standortgebundenheit der Forscherin verorten und auf Raum für Utopisches im strukturellen Ge-

füge sozialer und kultureller Rahmungen gerichtet ist, der Subjekten einen Handlungsspielraum in ihrer Lebenswelt einräumt.

In dem schon erwähnten zweiten Beitrag von Kaba-Schönstein im Glossar Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (vgl. Kaba-Schönfeld 2011, S. 140) werden fünf Handlungsebenen unterschieden. Eine dieser Ebenen ist „persönliche Kompetenzen entwickeln (develop personal skills)“. Kaba-Schönstein führt dazu aus:

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will Menschen dadurch helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben. Sie will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. In diesem Zusammenhang sollen Menschen zu lebenslangem Lernen befähigt werden und ihnen soll geholfen werden, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können.“

In diesem Forschungsprojekt geht es um gesundheitsbezogene Lernprozesse von Frauen, um Voraussetzung und Entwicklung von beruflichen Kompetenzen als Hebamme oder Familienhebamme, um Spielräume für die Gestaltung dieser Prozesse. Als Fragen lassen sich anschließen: Wie vollzieht sich Lernen von Erwachsenen? Wie werden gesundheitsbezogene Lernprozesse in einer biografischen Phase, in der es für Frauen ums Mutterwerden geht, gestaltet? Welche Bedingungen unterstützen biografische und berufliche Lernprozesse dieser Art im Berufsfeld von Hebammen?

Meine Suchbewegung zur Standortgebundenheit als Forscherin nimmt erneut Bezug auf das bereits erwähnte biopsychosoziale Modell von Egger (vgl. Egger 2010, S. 41), der sich auf vielfältige Studien bezieht, die einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alltagsbelastungen (daily hassles) sowie belastenden Lebensereignissen (life events) empirisch belegen und psychologische Schutzfaktoren für Gesundheit nachweisen wie „Kohärenzerleben (Antonovsky 1987), dispositionaler Optimismus (Carver & Schleier 1987), Selbstachtsamkeit (Lange 1989), Kompetenzerwartung (Bandura 1986, Schwarzer 1993/94), Widerstandsfähigkeit (Kobasa 1982), Gesundheitsbewusstsein (Kendall 1992), positive Selbstverbalisation (Ingram & Wisnicke 1988), vernunftgeleitetes Denken (Epstein & Meyer 1989)“. Zur Salutogenese führt Egger aus (ebenda S. 42), dass die positive Einstellung des Menschen zu sich selbst und zu seiner Umwelt in Korrelation zu einem positiven Gesundheitszustand steht. Er versteht unter Kohärenzerleben:

„umfassendes und überdauerndes Erleben des Vertrauens, das die inneren und äußeren Gegebenheiten im Lebenslauf strukturiert und erklärbar macht (Verstehbarkeit)“.

Ressourcen sind ausreichend verfügbar, um die an die Person gestellten Anforderungen zu bewältigen, Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit werden erlebbar als „Handhabbarkeit, Machbarkeit“. Anstrengungen und Engagement zur Bewältigung der Anforderungen werden als sich lohnend bewertet und mit „Bedeutsamkeit“ belegt. „Protektive Faktoren als Widerstandsfaktoren“ können von Individuen genutzt werden. Das „Modell seelische Gesundheit“ kennzeichnet Egger (ebenda S. 42):

„Wohlergehen ist darin nicht allein durch eine Reduktion von negativem Befinden zu erreichen. Das Konstrukt Wohlbefinden (wellbeing) wird in Zusammenhang mit dem Konstrukt Glück gesehen“.

Nach Egger sind psychologische Konzepte zu Glück, Zufriedenheit und subjektiver Lebensqualität jedoch bisher wenig ausgereift und empirische Befunde dürftig. Er sieht in soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Bildung keine signifikanten Beiträge zum Verstehen der Phänomene Glückserleben oder Zufriedenheit. Als maßgebliche Merkmale werden Güte von Sozialkontakten, Ausmaß von Depressivität, individuelle psychische Verarbeitung von objektiven Gegebenheiten, Bedingungen für Einschätzungen und Bewertungen und davon abhängige Erwartungen gesehen.

Egger bezieht auch das „Konzept Optimismus“ (vgl. ebenda S. 43) in seine Überlegungen ein „als intervenierendes Konstrukt, das die Wahl der Bewältigungsstrategien bestimmt“. Der Fokus dieses Konzeptes richtet sich auf Pläne und konkrete Ziele vorab im Gegensatz zu aver-siven Gefühlen im Augenblick des Handelns. Aktivität wird betont. Egger kritisiert an diesem Konzept, dass der Begriff Optimismus relativ unspezifisch in Bezug auf Erwartungen ist. Mit Bezugnahme auf Seligman und dessen „Theorie der Kontrolle“ führen die Art und das Ausmaß an Kontrollierbarkeit zur „individuellen Erfahrung der Hilflosigkeit“. Es entstehen „ein depressiver Attributionsstil und die zukünftige Erwartung von Unkontrollierbarkeit als habitueller Pessimismus“. Die Kontrollierbarkeit wird zwischen den „Polen totale Kontrolle und totale Hilflosigkeit“ aufgespannt. Der Attributionsstil wird verstanden als potenter Vorhersageparameter für Auffälligkeiten und Wirkung von Optimismus-Variablen. Im Zusammenhang mit dem Konzept Optimismus weist Egger (ebenda S. 43) hin auf

„Pfade in der Diskussion: Wirkung direkt über das Immunsystem, Motivation zu gesünderer Lebensweise, adäquates bzw. aktives Coping als Folgewirkung von günstigem Kohärenzerleben, mehr soziale Unterstützung von Optimisten.“

Das Konzept basiert auf der positiven Illusion. Geringere Angstentwicklung und besser angepasstes Gesundheitsverhalten begründen eine positive Entwicklung, auf eine einfache Formel gebracht: Optimismus ist immer gesund. Die Wirkung von Optimismus zeigt sich körperbezogen direkt und indirekt vermittelt über adaptives Verhalten. Sowohl flexible individuelle Fähigkeiten, mit belastenden Situationen umzugehen, als auch vermittelbare Strategien lassen Wirkung erkennen, die Gesundheit fördern.

Mit dem Konzept „Glück“ in Verbindung mit Glücksempfinden oder Flow stellt Egger (vgl. ebenda S. 44 f) ein psychologisches Konzept vor, das als „menschliches Erleben krönend“ gekennzeichnet wird. Dieses Glückserleben „übersteigt das Erleben von Wohlbefinden und Zufriedenheit in Intensität und Bewertung“. Flow wird verstanden als „Zustand der Involviertheit in eine Aktivität“, sodass nichts anderes mehr zählt. Die Empfindung ist so intensiv angenehm, dass man um des Tuns willens auch Nachteile in Kauf nimmt. Dem Konstrukt Glück liegt nach Egger ein theoretisches Konzept zugrunde, das an Ressourcen ansetzt, die eine Person hat. Ursachen und Relationen von Glück werden vom Individuum konstruiert. Hohe Extraversion und niedriger Neurotizismus begünstigen das Empfinden von Glück ebenso wie Kontrollüberzeugung und Optimismus. Zusammenhänge zwischen Glück und einem positiven Selbstwertgefühl sind nach Egger empirisch belegt. Handlungsorientierte Konzepte sehen das Tun oder Handeln an sich und nicht die Befriedigung eines Bedürfnisses oder das Erreichen eines Ziels im Mittelpunkt menschlicher Aktivitäten. Mit dem Begriff Flow fasst Egger (vgl. ebenda S. 45) in Bezugnahme auf die von Csikszentmihalyi beschriebene Beziehung zwischen Aktivität und Glück:

„optimale Herausforderung einer Aktivität an das Können und Wissen eines Menschen und seine Absorption durch diese Aufgabe. (...) In dem Ausmaß, in dem ein Mensch in eine ihn interessierende und seine ganze Aufmerksamkeit fordernde Tätigkeit involviert ist, wird er sein Leben als glücklich erfahren.“

Affektive Konzepte gehen davon aus, dass Glücksgefühle

„intensive, positive Emotionen sind, die mit einer Öffnung der Sinne einher geht, die mit Harmonie und Spannungslösung verbunden werden und stark an intensive menschliche Beziehungen gebunden sind“.

Aus dieser Perspektive geht es um Spannung und Erregung, um Sinnesrausch und Freudentaumel in Wohlgefühl und Heiterkeit. Bei kognitiven Konzepten, die Egger heranzieht, sind kognitive Komponenten im Fokus, die Glück bewirken als

„Prozesse der Wahrnehmung innerer Zustände und äußerer Reize, die mit einer Bewertung, Verarbeitung, Erinnerung und Kontrolle einher gehen“.

Zugänge zu Glück erschließen sich in Prozessen des Vergleichens. Egger differenziert Erinnerungsprozesse, in denen Glück und Unglück in einer Zeitdimension kontrastieren werden: Glück als Summe von positiver Erfahrung, die der Logik „mehr erzeugt mehr“ folgt, Glück als kognitive Prozesse mit Indikatoren für Stimmungen und Befinden, die Glück an Gefühl binden, Glück als Positionierung des Wohlbefindens in sozialem Vergleich von eigenem Status und Bevölkerungsdurchschnitt, Glück als Maß für Selbsteinschätzung basierend auf Erfahrung in Relation zu Standards, Glück als Bedürfnisbefriedigung und Zielerreichung nach vorgelagertem Mangel-erleben oder Deprivation, Glück als Anker für individuelle Bewertungsprozesse von Erlebnissen im Sinne von Kontrast, Gewöhnung oder Neubewertung.

Nach Egger (ebenda S. 48) haben weder Lebensalter, Geschlecht, Intelligenz oder physische Attraktivität bedeutsamen Einfluss auf Glückserleben. Auch zwischen kollektivem Reichtum und Wohlbefinden gibt es wenig Zusammenhang, die Abwesenheit kann Leid hervorrufen. Es gibt keine Garantie für Glückserleben und Gesundheitsempfinden. Glück ist an menschliche Flexibilität gebunden, sich an schwierige Lebensumstände anzupassen und trotzdem Zuversicht zu entwickeln. Die Begriffe Wohlbefinden, Lebensqualität, Zufriedenheit, psychische Gesundheit und positive Affekte sind wenig abgegrenzt. Wissenschaftliche Studien nähern sich Glückserleben häufig mit einem Global-Ranking, das ohne Kontextvorgabe generalisiert. Erleben von Glück in verschiedenen Lebenssituationen und die Selbstdefinition der Proband_innen wird so nicht deutlich. Da emotionale Komponenten und individuelle Vorstellungen von Glück im Vordergrund stehen, die als kognitive Komponenten markiert werden, werden Glückskonzepte von Menschen durch diese Studien nicht abgebildet. Aus verhaltenspsychologischer Perspektive weist Egger hier auf Forschungslücken hin.

Auch wenn meine Standortgebundenheit als Forscherin eher in Ansätzen der humanistischen Psychologie verortet ist, bietet die von Egger geäußerte Kritik am Stand der Forschung eine Basis für Überlegungen des Forschungsprojektes und Anschlussmöglichkeiten für eine Spurensuche zu „gesund leben lernen“, denen am empirischen Material (vgl. Teil B und C) dann nachgegangen wird, insbesondere wenn es um biografische Lernprozesse geht.

1.3 „gesund leben lernen“ - eine Komponente von Lebensqualität?

Um das Thema „gesund leben lernen“ zu umrunden, erfahren die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin eine erneute Wendung und richtet sich fragend auf Lebensqualität von Individuen. Das Robert Koch Institut (vgl. Suchbegriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ RKI 2015) als institutionelle Fachinstanz des öffentlichen Gesundheitswesens formuliert dazu:

„Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) ist ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch den Probanden.“

Für Lebensqualität wird der subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes hier ein Stellenwert zugewiesen.

Zum Stichwort „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ gibt es auch im Glossar Leitbegriffe der BZgA ein Beitrag (vgl. Kurth, Ravens-Sieberer 2011, S. 125 ff), der die Frage behandelt, inwiefern der Gesundheitszustand Einfluss auf das Erleben und Verhalten einer Person hat. Bärbel-Maria Kurth und Ulrike Ravens-Sieberer sehen in Lebensqualität „ein Gegenkonzept zum quantitativen Verständnis von Lebensstandard“. Dieses Konzept (ebenda S. 125) hat sich seit den 1970er Jahren entwickelt:

„Eine von der WHO eingesetzte Quality of Life Assessment Group geht von drei Charakteristika für das Konstrukt gesundheitsbezogene Lebensqualität aus: Lebensqualität ist eine subjektive Kategorie. Lebensqualität umfasst verschiedene Dimensionen wie: die körperliche Verfassung (...), das psychische Befinden (...), die sozialen Bedingungen (...), die funktionale Kompetenz (...) Lebensqualität bezieht sowohl positive als auch negative Dimensionen mit ein und muss die diesbezügliche individuelle Wahrnehmung enthalten.“

Die Relation quantifizierbarer Lebensbedingungen sowie subjektiver Wahrnehmung dieser Bedingungen und das damit verbundene Wohlbefinden stehen für Lebensqualität im Fokus. Unter gesundheitsbezogener Perspektive ist menschliches Leben in seiner Qualität auf einem Kontinuum verortet, das chronische Krankheiten und Behinderungen einbezieht. Es gibt insofern keine allgemein akzeptierte und verbindliche Definition von Lebensqualität und deren Bewertung. Als wesentlich wird die Orientierung an subjektiver Wahrnehmung herausgestellt, die mess- und vergleichbar gemacht werden soll. Die Qualität von zusätzlich gewonnenen Lebensjahren bei Erkrankungen oder Behinderungen wird als Vergleichshorizont für eine Normierung herangezogen. Im Laufe der Zeit wurde eine Vielzahl krankheitsübergreifender und krankheitsspezifischer Instrumente zur Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität entwickelt. Kurth und Ravens-Sieberer (ebenda S. 127) bewerten Lebensqualität als

„Konzept, durch das die psychische und soziale Dimension von Gesundheit eine neue Leitfunktion in der Medizin und der Prävention erhalten kann.“

Diese Einschätzung enthält mehrere Hinweise. Prävention wird mit medizinischer Leitfunktion verbunden, erst im Hinblick auf die medizinisch-präventive Leitfunktion spielen psychische und soziale Dimensionen von Gesundheit eine Rolle. Prävention ist auch hier auf medizinisch orientierten Gesundheitsgewinn gerichtet.

Mit dieser Perspektive wird die weitreichende Sicht auf Gesundheitsförderung in Relation

zu Lebensqualität eingeschränkt und führt zu einer Ausweitung der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin in einen anderen Politiksektor. Das folgende Beispiel nähert sich Lebensqualität über einen öffentlichen Diskurs zum Wohlergehen von Familien.

Im Jahr 2015 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Dossier „Wohlergehen von Familien“ herausgegeben. Dort wird ein Überblick zu unterschiedlichen Konzepten von Lebensqualität und Wohlergehen gegeben und im Ergebnis festgestellt (BMFSFJ Dossier 2015, S.11):

„Das Konzept Lebensqualität umfasst objektive Faktoren, welche die Lebensbedingungen einer Gesellschaft beschreiben. Diese objektiven Faktoren, zu denen beispielsweise materieller Wohlstand, Gesundheit und Bildung zählen, lassen sich über statistische Daten erfassen, die gesellschaftliche Durchschnittswerte abbilden. Diese Durchschnittswerte werden, in Lebensqualitätskonzepten mit dem auf individueller Ebene erfassten Wohlbefinden und dem Glücksempfinden in Beziehung gesetzt. Wohlbefinden bildet nach diesem Verständnis die subjektiven Komponenten der Lebensqualität ab und wird durch die individuellen Situationswahrnehmungen und -deutungen bestimmt. Das individuelle Wohlbefinden kann nur auf dem Wege der Befragung ermittelt werden, (...) da der Befragte dabei nicht nur als Informant, sondern auch als eine Instanz angesprochen wird, die persönliche Bewertungen abgibt oder Präferenzen äußert. (...) Zusammenfassend lässt sich Lebensqualität somit als ein multidimensionales Konzept beschreiben, das materielle wie nichtmaterielle Aspekte, objektiv wie subjektiv messbare Faktoren berücksichtigt. All diese Merkmale werden auch im Zusammenhang mit Wohlergehens-Konzepten diskutiert. Insofern gibt es zwischen beiden Konzepten enge Überschneidungen oder sie werden sogar als inhaltsgleich angesehen und synonym verwendet. Lebensqualität und Wohlergehen können somit beide als Ansätze verstanden werden, die klassische, auf materiellen Wohlstand beschränkte Konzepte überwinden und um weitere Dimensionen erweitern.“

Wissenschaftlich wurden verschiedene Versuche unternommen, Lebensqualität mit einem mehrdimensionalen Kategoriensystem zu fassen, das über eine Unterscheidung zwischen materiellen und immateriellen sowie objektiv messbaren und subjektiv bewerteten Dimensionen hinausgeht. Das Dossier bezieht sich im Weiteren auf das Konzept der Verwirklichungschancen von Sen (ebenda S.13), der davon ausgeht, dass Verwirklichungschancen von Menschen definiert sind als „Umfang der ihnen offenstehenden Möglichkeiten und Chancen und ihre Freiheit, daraus die geeigneten Möglichkeiten zu wählen, um das Leben zu führen, das sie anstreben. Kurz gesagt geht es somit um die Frage, was Menschen mit und aus denen ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen machen können. Der Umfang der Verwirklichungschancen steht nach Sen einerseits in Zusammenhang mit individuellen Potenzialen (z. B. Einkommen, Gesundheit, Bildung), andererseits mit gesellschaftlich bedingten Chancen. Hierzu gehören beispielsweise der Zugang zum Bildungs- und Gesundheitssystem, zu angemessenem Wohnraum oder zum Arbeitsmarkt. (...) Sens Ansatz weist somit darauf hin, dass Konzepte zur Bestimmung der Lebensqualität neben individuellen Potenzialen bzw. Ressourcen auch gesellschaftlich bedingte Chancen berücksichtigen sollten. Diese Vorstellung wird in einer von dem Glücksforscher Veenhoven entwickelten Herleitung der unterschiedlichen Bedeutungen von Lebensqualität aufgegriffen. Auch hier wird unterschieden zwischen Lebenschancen bzw. Lebensbedingungen

bezogen auf die Umwelt bzw. Gesellschaft (äußerer Lebensqualität) und Lebenschancen bezogen auf das Individuum (innerer Lebensqualität). Hierunter versteht Veenhoven, wie gut Menschen gerüstet sind, um mit den Problemen des Lebens fertigzuwerden. Neben den Lebenschancen steht bei Veenhoven noch der Begriff der Lebensergebnisse. Bezogen auf das Individuum ist hiermit im Grunde die subjektive Wahrnehmung und Zufriedenheit mit dem eigenen Leben gemeint (subjektives Wohlbefinden).“

Beide Konzepte werden dann zusammengeführt (ebenda S.50):

„Wohlergehen ist demnach abhängig von

1. Potenzialen bzw. Ressourcen der Individuen in verschiedenen Lebensbereichen,
2. gesellschaftlich bedingten Chancen in verschiedenen Lebensbereichen sowie
3. subjektiven Bewertungen des Lebens als Ganzes sowie von einzelnen Lebensbereichen durch die Individuen (Lebensergebnisse).“

Das Dossier kommt zum Zwischenfazit (vgl. ebenda S. 40), dass sich die gesichteten Konzepte und Studien mehrheitlich mit kindlichem Wohlergehen und weniger mit elterlichem Wohlergehen befassen und ein Konzept zum Wohlergehen der gesamten Familie fehlt. Auch hier wird auf eine Lücke verwiesen, die es konzeptionell zu schließen gilt. Auch hier erfolgt der Hinweis auf die subjektive Bewertung der Lebenssituation (ebenda S. 51)

„als Ergebnis von individuellen Ressourcen (im materiellen wie im immateriellen Bereich) der einzelnen Familienmitglieder sowie von gemeinsamen Ressourcen der gesamten Familie (im materiellen wie im immateriellen Bereich) und subjektiven Bewertungen ihrer Lebenssituation durch die einzelnen Familienmitglieder.“

Wohlergehen von Familie wird dann mit sieben Dimensionen differenziert (ebenda S. 55),

„die für das Wohlergehen der einzelnen Familienmitglieder sowie der Familie insgesamt relevant sind: Einkommen/Vermögen, Wohnen/Wohnumfeld, Erwerbstätigkeit, Bildung und Betreuung, Gesundheit, Beziehungen/Netzwerke und die subjektive Lebenszufriedenheit.“

Als Erläuterung wird hinzugefügt (ebenda S. 53f):

„Jede dieser Dimensionen beeinflusst das individuelle Wohlergehen der Mutter, des Vaters und der Kinder. Welche Bedeutung den einzelnen Dimensionen für das Wohlergehen dabei jeweils zukommt, darüber entscheiden letztlich die individuellen Präferenzen. Beispielsweise können Familien, denen nur ein vergleichsweise geringes Einkommen und Vermögen zur Verfügung steht, ein hohes Wohlergehen haben, weil ihnen materielle Dinge nicht wichtig sind. Die Gewichtung der Wohlergehensdimensionen ist somit stets individuell. Die vorgestellten empirischen Befunde zeigen darüber hinaus, dass die einzelnen Dimensionen des Wohlergehens nicht unabhängig voneinander sind, sondern zwischen ihnen starke Wechselbeziehungen bestehen. Die einzelnen Dimensionen können sowohl Voraussetzung (Input) als auch Ergebnis (Output) einer oder mehrerer anderer Dimensionen des Wohlergehens sein. So können beispielsweise die sozialen Beziehungen der Mutter ihr subjektives Wohlbefinden beeinflussen. Gleichzeitig kann ihr subjektives Wohlbefinden auf die Beziehungsdimension zurückwirken. Darüber hinaus beeinflussen sich die Wohlergehensdimensionen der einzelnen Familienmitglieder auch wechselseitig. So hat etwa die Lebenszufriedenheit der Mutter Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung ihrer Kinder.“

Zum Wohlergehen von Familien tut sich hier eine Gemengelage auf, die von unterschiedli-

chen Sichtweisen und normativen Orientierungen geprägt ist. Familie als strukturelle Rahmung von Subjekten in Relation, Wechselwirkungen und feminisierende Zuweisungen von Verantwortung klingen an. Im Dossier wird anschließend die Frage aufgeworfen, wie einzelne Dimensionen von Wohlergehen in Relation stehen, und auf Forschungsbedarf hingewiesen.

Für mich verbindet sich die Selbstläufigkeit von Formulierungen und Wendungen in Perspektiven struktureller Kontexte im Feld der Politik häufig mit Unbehagen. Dieses Unbehagen hat die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit auch zu dem Beispiel geführt, das im Folgenden als ein thematischer Exkurs dargestellt wird.

Exkurs zum Projekt „gut leben in Deutschland“ (vgl. „gut leben in Deutschland“ 2015)

Ein aktuelles Projekt im politischen Raum beschäftigt sich mit Lebensqualität und „gut leben“. Von April 2015 bis Oktober 2015 lief auf Bundesebene ein Online-Dialog „gut leben – Vorstellungen von Lebensqualität in Deutschland“. Das Projekt der Bundesregierung ist darauf gerichtet, zu einer gesellschaftspolitischen Thematik mit Bürger_innen in den Dialog zu treten, die für wichtig angesehen wird. Die Aktion wird als Einladung gekennzeichnet, mit der Bundesregierung über Vorstellungen von Lebensqualität zu diskutieren. „Lebensqualität messbar machen“ ist das Motto. Das Bruttoinlandsprodukt wird zwar als ein wichtiger Gradmesser für die Produktivität einer Volkswirtschaft vorgestellt. Aber die Werte aller Güter und Dienstleistungen, die ein Land erwirtschaftet, und die tatsächlichen Lebensverhältnisse werden dadurch als nicht hinreichend abgebildet bewertet. Als Impuls für den Dialog wird die Frage gestellt:

„Sozialwirtschaftlicher und sozialer Fortschritt reichen als Indikator für Lebensqualität nicht aus. Was genau bedeutet es also, gut zu leben?“

Durch politische und wissenschaftliche Diskussion hat eine „Neuvermessung von Wohlstand und Lebensqualität“ begonnen, der Online- und Bürgerdialog wird als ein Schritt auf diesem Weg ausgewiesen. Lebensqualität ist das Territorium, um das es geht, und es besteht ein staatliches Interesse zur Vermessung. Es wird aufgerufen, dabei mitzumachen. Die Bundesregierung wünscht mit ihren Bürger_innen zu sprechen. Ein Dialog per Internet wird als Kontakt angeboten.

Der angebotene Dialog bezieht unterschiedliche thematische Bereiche ein. In diesem Zusammenhang taucht auch der Begriff Gesundheit auf und wird am Thema Ernährung durchbuchstabiert. Auf der Startseite war der Hinweis zu finden:

„Du bist, was du isst Auf der Suche nach Lebensqualität beschäftigen sich viele Menschen intensiv mit ihrer Ernährung. Aber führen Ernährungstrends tatsächlich zu mehr Lebensqualität im Alltag? ... Das weiß Prof. Dr. Helmut Hesecker, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ... Lesen Sie mehr...“

Normative Anrufungen dieser Art wecken unterschiedliche Assoziationen und Interpretationen. Lebensqualität ist im politischen Raum angekommen und wird gesundheitsbezogen in einen spezifischen Kontext gesetzt: Gesundheit wird als gesellschaftlicher Wert vorgestellt; zwischen Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensweise wird eine Verbindungslinie gezogen; Ernährung wird zum Ausdruck von Lifestile, folgt Trends, ist die Basis für eine subjektive Bewertung von Lebensqualität im Alltag; Experten wissen Bescheid und geben Informationen, die nützlich sein können. Antworten in diesem Dialog könnten interessante Erkenntnisse dazu liefern, wie Menschen in Deutschland aktuell den Begriff Lebensqualität für sich füllen, wie subjektive Konstruktionen von Lebensqualität gestaltet werden. Es besteht ein gesellschaftliches Interesse,

hier gewinnbringende Ergebnisse zu erzielen und für die Gestaltung von Zukunft zu nutzen.

In Ergänzung des ursprünglichen Textes wird diesem Exkurs ein Hinweis auf den aktuellen Stand im November 2016 hinzugefügt, ohne Ergebnisse der Aktion kommentieren zu wollen. Denn die Aktion ist inzwischen abgeschlossen. Die Internetseite trägt jetzt den Titel: „gut leben in Deutschland – was uns wichtig ist“. Dort heißt es (<https://www.gut-leben-in-deutschland.de/static/LB/index.html>):

„Die Bundesregierung hat 12 Dimensionen mit 46 Indikatoren ausgewählt, um den Stand und die Entwicklung der Lebensqualität in Deutschland zu beschreiben. Familie, Gesundheit, Bildung, Arbeit und Einkommen sind Dimensionen, die unser Leben sehr unmittelbar betreffen.“

Die Darstellung von „unser Leben“ erfolgt mit farbigen Feldern. Ein Feld ist gelb und beschriftet mit „gesund durchs Leben“. Beim Anklicken vergrößert sich das Feld zu einer gelben Karte, auf der unter dem Titel fett gedruckt „3 Monate“, darunter kleiner gedruckt der Satz „Jedes Jahr leben Menschen in Deutschland drei Monate länger“ steht. Auf der Karte sind zwei Buttons zu sehen, die man klicken kann, ein interaktiver Bericht (<https://www.gut-leben-in-deutschland.de/static/LB/bericht/gesundheit>) und Indikatoren (<https://www.gut-leben-in-deutschland.de/static/LB/indikatoren/gesundheit>). Beim Anklicken des Buttons Indikatoren wird sofort eine Auswahl sichtbar, weitere Dimensionen können aufgerufen werden. Die Auswahl zeigt als Indikatoren mit Schaubildern „Lebenserwartung bei Geburt“, „Verbreitung von Fettleibigkeit“, „Versorgung mit Haus- und Fachärzten“, „Qualität der Pflege“, „Verhältnis von subjektiv eingeschätzter Gesundheit und Einkommen“.

Auf eine Kommentierung wird hier verzichtet, auf die Wirkung in der Suche nach Standortgebundenheit als Forscherin möchte ich jedoch kurz eingehen. Zuerst war ich überrascht von einem solchen Projekt, das mich als Bürgerin zum Dialog einlädt. Und ich war erfreut, für einige meiner Forschungsfragen Anschluss an den Zeitgeist zu finden, der sich möglicherweise in dieser Aktion ausdrückt. Dann trübte sich mein Wohlbefinden, es tauchten Unbehagen und Zweifel auf, die sich um die Frage rankten, ob das vermeintlich „Gemeinsame“ eine gemeinsame Basis hat. Zur Einordnung dieser reflexiven Bewegungsfigur vielleicht ein paar biografische Angaben zur Erläuterung: Studium der Erziehungswissenschaften Anfang der 1970er Jahre, berufliche Lehr- und Wanderjahre bis Ende der 1980er Jahre, geprägt von Engagement in sozialen Bewegungen dieser Zeit mit Kinderladen-, Frauen-, Friedens-, Anti-Atom-Kraft-, Öko-Bewegung und Forderungen nach gesellschaftlicher Veränderung, berufliche Tätigkeit ab Anfang der 1990er Jahre im institutionellen Rahmen kommunaler Verwaltung speziell im öffentlichen Gesundheitswesen. Über die Jahre der Berufstätigkeit hat sich meine anfängliche Begeisterung für institutionelle Ressourcen und Umsetzungschancen in Skepsis gewandelt. Gesundheitsorientierte Projekte und Programme haben einen eher bitteren Beigeschmack entwickelt, der sich für mich auch an Sprachlichkeit festmacht. Die beschriebene Aktion der Bundesregierung zur Lebensqualität kann als ein Beispiel für Unbehagen gelten, das sich im Zusammenhang mit staatlichem Handeln dieser Art bei mir entwickelt. Die Perspektive auf Utopien hat sich verändert. Die Perspektive als Forscherin ist durch biografische Erfahrungen mitbestimmt. Wie können Phänomene gesehen werden, wie wird das interpretiert, was in einem Kontext sichtbar wird? Diese Fragen haben sich für mich intensiviert und den Grundstein zu diesem Forschungsprojekt gelegt. Die Formulierung

„gesund leben lernen“ hat für mich einen Kontext, den es transparent zu machen gilt. Die ange-deutete Reflexion biografischer Erfahrungen und deren historischen Rahmung sind Spuren, um die Standortgebunden für das Forschungsprojekt auszuloten und zu skizzieren. Diesen Spuren ist am Material in ihrer Bedeutung nachzugehen.

Für die Forscherin hat die Formulierung „gesund leben lernen“ nach wie vor eine utopische Färbung, die sich mit Selbstbestimmung und Autonomiebestreben, mit Neugier und Gestaltungsfreude verbindet. Die Formulierung markiert den normativ positiv besetzten Horizont eines Kontinuums, auf dem sich „gesund“ abbildet. Das ist eine mögliche Lesart, die Adressat_innen jedoch nicht teilen müssen. Diese Formulierung in dem Forschungsprojekt zu verwenden hat Konsequenzen. In diesem Verständnis ist „gesund leben lernen“ ein Sinn-Container für unterschiedliche Sichtweisen, denen sich das Forschungsprojekt mit Aufmerksamkeit und Respekt nähern wird. Die empirischen Materialien ermöglichen Erkenntnisse zu folgenden Fragen: Wie füllen Frauen „gesund leben“? Wie konstruieren sie „gesund leben lernen“ für die biografische Phase, in der es für Frauen um Entscheidungen zum Mutterwerden geht? Diese Fragen werden in der Auswertung der Materialien auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen in spezifischen beruflichen Kontexten ausgerichtet.

2. Lernen im Erwachsenenalter

Im Kapitel „Lernen im Erwachsenenalter“ werden die Überlegungen zu „gesund leben“ als Prozesse des Lernens fortgeführt. Lernen wird in Zusammenhang mit Bildung verortet. Lernen erfährt eine Eingrenzung, indem biografische Lernprozesse von Frauen und Spezifika weiblicher Lernprozesse in den Fokus gerückt werden. Im nächsten Schritt richten sich die Überlegungen auf Verbindungslinien oder Wechselwirkungen von Lernen und Lehren, um sich der Frage zuzuwenden: wie lernen Erwachsene eigentlich? Zum Abschluss des Kapitels werden am Beispiel von Beratung Fragen eines beziehungsorientierten Lernsettings erörtert.

Dieses Kapitel ist der Weiterführung der Standortbestimmung als Forscherin in Bezug auf Pädagogik und Erwachsenenbildung gewidmet. Standortgebundenheit in Verbindung mit wissenschaftlicher Ausbildung wird transparent. In suchender Auseinandersetzung mit fachlichen Begriffen wie Lernen und Bildung wird die Ausgangsposition sichtbar, von der aus auf die empirischen Materialien des Forschungsprojektes geschaut wird.

Eine erste Verschriftlichung hierzu ist bereits vor Beginn der Auswertungen von Materialien erfolgt. Der Text dieses Kapitels wurde gegen Ende des Forschungsprojektes einer straffenden Überarbeitung unterzogen und dient in erster Linie dazu, die Standortgebundenheit der Forscherin transparent zu machen. Die Auswahl der dargestellten Aspekte folgt den Suchbewegungen und ist insofern selektiv. Eine umfassende Würdigung des breiten Forschungsstandes zu der Thematik kann hier nicht geleistet werden.

2.1 Bildung und Lernen

Wenn in dem Forschungsprojekt Fragen darauf gerichtet sind, wie Hebammen oder Familienhebammen berufliche Kompetenzen entwickeln und wie sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen anderen Frauen vermitteln, rücken Transformationsprozesse in den Fokus, die sich mit den Begriffen Lernen und Bildung verbinden. Beide sind zentrale wissenschaftliche Begriffe, zu denen es vielfältige Definitionen und Theorien gibt.

In Deutschland ist der Begriff Bildung ein Leitbegriff in Erziehungswissenschaften, der fachliche Diskurse durchlaufen hat. Bildung wird zum Beispiel gefasst als Transformationsprozess bei der Erkennung und Bewältigung von Selbst- und Weltverhältnissen (vgl. Marotzki 2006) oder als Transformation von Lebensorientierungen und Tradierung von Erfahrungs- bzw. Wissensbeständen im Zusammenspiel (vgl. Rosenberg 2011).

Der Begriff Lernen hat wissenschaftliche Verortungen in Soziologie, Psychologie und aktuell zunehmend in Neurowissenschaften. Lernen wird als Prozess der Veränderung von Verhalten, Denken und Fühlen aufgrund von Erfahrung gefasst. Auch hier geht es um Transformationsprozesse. Menschliches Leben ist an Lernfähigkeit gebunden. Die Fähigkeit zu lernen ist insofern als Voraussetzung für Bildung und ein reflexives Verhältnis zu sich und der Welt anzusehen. Als Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten hat Lernen insbesondere in Aus- und Weiterbildung einen Platz. In Erwachsenenbildung haben lerntheoretische Ansätze Eingang gefunden (vgl. Pätzold). Selbstgesteuertes Lernen in Verbindung mit struktureller Transformation (vgl. Schöffter) und Lernen als selbstgesteuerte Aneignungsprozesse und deren Gestaltung (vgl. Arnold) sind hierzu Bei-

spiele, auf die zurückzukommen ist.

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin in Bezug auf den Begriff Bildung starten mit einem Unbehagen. Assoziationen und Zuschreibungen des Bildungsbürger-tums stellen sich ein und bewirken eine Bewegung, sich abgrenzen zu wollen. Der Begriff Lernen erscheint mir weniger emotional aufgeladen und umfassender zu sein. Da die wissenschaftliche Ausbildung und theoretische Beschäftigung mit diesen Begriffen in den 1970er Jahren erfolgt ist, tut sich eine Kenntnislücke auf. Orientierung in den unterschiedlichen Strömungen zu finden, gestaltet sich als eine Lernherausforderung, die anregt und irritiert. Als Einstieg werden aktuelle Studien anderer Forscherinnen herangezogen, um im Lesen zu erfassen, wie im wissenschaftli-chen Kontext mit dieser begrifflichen Gemengelage umgegangen wird.

Die Studie von Maren Zeller (vgl. Zeller 2012) nimmt Bildungsprozesse von Mädchen in den Erziehungshilfen in den Blick. Die Studie erscheint mir interessant, weil weibliche Bildungs-prozesse zum Thema gemacht werden. Es könnten sich hier theoretische Anschlüsse für die Fra-gstellungen des Forschungsprojektes ergeben, insbesondere da Zeller auch in eine Studie zu Familienhebammen (vgl. Zeller u.a. 2014) im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) involviert ist.

Zeller (vgl. Zeller 2012, S. 31) versteht mit Bezug auf Marotzki „Bildung als eine Transfor-mation von Selbst- und Weltverhältnissen“. Orientiert an Denkweisen von Humboldt und Klafki macht Marotzki einen transformatorischen Bildungsbegriff für Bildungsforschung und -praxis anschlussfähig (vgl. ebenda S. 11 – 45). Nach Marotzki geht es um eine reflexive Verortung eines Subjektes in der Welt (ebenda S. 31):

„Bildungstheorie beschäftigt sich mit der zentralen reflexiven Verortung der Menschen in der Welt, und zwar in einem zweifachen Sinne: zum einen hinsichtlich der Bezüge, die er zu sich selbst entwickelt (Selbstreferenz) und zum anderen hinsichtlich der Bezüge, die er auf die Welt entwickelt (Weltreferenz). Bildung ist aus dieser Perspektive der Name für den reflexiven Modus des menschlichen In-der-Welt-Seins.“

Das Subjekt wird als „Ort des Aufbaus von Selbst- und Weltbild“ (vgl. ebenda S. 32) gefasst, es ist zur „Selbsttätigkeit“ befähigt, strukturiert und ordnet als „Akteur“ mithilfe von „Deutungs-mustern“ die Welt.

„Im Hinblick auf die gesellschaftliche Zeitdiagnose wird der Aufbau eines möglichst flexiblen und differenzierten Weltverhältnisses als pädagogisches Ziel formuliert.“

Nicht jeden Austauschprozess zwischen Subjekt und seiner sozialen Umgebung sieht Zeller als Bildungsprozess. Erst wenn es durch Veränderungen des Selbst- und Weltverhältnisses zu Transformationen des Rahmens kommt, also eine Strukturtransformation erfolgt, handelt es sich bei diesen Prozessen in Abgrenzung zu Lernprozessen um Bildungsprozesse. In diesem Ver-ständnis sind Bildungsprozesse durch Strukturtransformationen gekennzeichnet, die Lernprozes-se nicht aufweisen müssen. Sie (ebenda S. 33) weist auf ein Spannungsverhältnis hin, das zu Suchbewegungen führt:

„Einerseits stellen Bildungsprozesse anknüpfend an die Idee der Selbsttätigkeit des Subjektes Suchbewegungen dar. Andererseits beinhaltet jedoch der aufgrund gesellschaftlicher Wandlungsprozesse immer offen zutage liegende

Kontingenzcharakter (Marotzki 1988: 323) des Lebens für die Subjekte immer eine Herausforderung.“

Im Sinne von Marotzki fasst Zeller (vgl. ebenda S. 34) Bildung „als eine dialektische Figur der Herstellung von Bestimmtheit und Ermöglichung von Unbestimmtheit“. Ein Teil dieser Figur ist „die Notwendigkeit, Deutungsmuster oder Kategorien der Erfahrungsverarbeitung aufzubauen“, um Sicherheit und Stabilität zu gewährleisten. Ein anderer Teil dieser Figur sind „gleichzeitige Suchbewegungen“, um neue Orientierungen zu entwickeln. Daraus ergeben sich pädagogische Rahmungen, die diese Bewegungsfiguren als Bildungsprozesse ermöglichen (ebenda S. 34):

„Pädagogisch gewendet bedeutet diese dialektische Figur, dass Bildungsprozesse ermöglicht werden, indem einerseits auf Stabilität gesetzt wird und andererseits die Adressat/innen zu Suchbewegungen und dem Umgang mit Differenzenerfahrungen ermutigt werden. Erst diese Verbindung ermöglicht Transformationen von Deutungsmustern.“

Hans-Christoph Koller (vgl. Koller 2012, S. 20 f) bezieht sich ebenfalls auf die Definition Bildung als Transformationsprozess des Selbst- und Weltverständnisses. Er fragt nach dem Anlass für solche weitreichenden Prozesse und markiert Krisenerfahrungen als Anlass, die Figur des Welt- und Selbstverständnisses einer Person zu verändern, da bestehenden Figuren in einer Situation in Frage gestellt werden. In diesem Verständnis benötigen Bildungsprozesse eine Irritation, die mit vorhandenen Deutungsmustern nicht auflösbar erscheint. Wenn Situationen der Schwangerschaft oder Geburt als solche Erfahrungen eingeordnet werden, bieten sich theoretische Anschlussmöglichkeiten für das Forschungsprojekt, denen am Material nachzugehen ist.

Zwischenfazit zu Transformationsprozessen von Selbst- und Weltverhältnis

Nach diesen Überlegungen zu Bildung als Transformationsprozess von Selbst- und Weltverhältnis, in denen ich mich verorten kann, werden für die Standortgebundenheit im Forschungsprojekt folgende Punkte festgehalten.

Im Verlauf eines Lebens findet während der gesamten Lebenszeit Lernen in unterschiedlichen Rahmungen statt. Bereits vor der Geburt als Embryo, nach der Geburt als Säugling, in der Kindheit als Kind und Jugendlicher, als erwachsener Mensch in Zeiten der Ausbildung und beruflichen Tätigkeit sowie in Situationen wie Leben in Partnerschaft, mit Kinder oder des Älterwerdens. Diese spezifischen Lebenssituationen stellen Herausforderungen dar, die Lernen erfordern. Lernprozesse sind davon begleitet, Fähigkeiten der Übersetzung und Passung zu entwickeln. Transformationsprozesse des Selbst- und Weltverhältnisses können als spezifische Lernprozesse eines Individuums als Subjektes gefasst werden, die Orientierungen und Deutungsmuster grundlegend verändern.

Diese Überlegungen gehen davon aus, dass Subjekte in Relation von Selbst und Welt konstruiert werden. Individuen werden als Akteur_innen gesehen, die befähigt sind auf Selbst- und Weltverhältnisse einzuwirken. Lebenswelt und gemeinschaftliches Leben fordern von Individuen ständig neue Lernprozesse. Die Tiefenwirkung dieser Prozesse kann unterschiedlich sein, sich nur auf einzelne Situationen beziehen oder Transformationsprozesse der Selbst- und Weltverhältnisse zur Folge haben. Veränderungen des Selbst- und Weltverhältnisses sind an eine anschlussfähige Veränderung der Deutungsmuster gebunden. Sie können unterschiedlich weitreichend sein und strukturelle Rahmungen einbeziehen. Die Reichweite von Veränderungen, die im Material des

Forschungsprojektes auszumachen sind, könnte zur Einordnung möglicher Lernprozesse herangezogen werden.

Nach diesem Zwischenfazit werden Lernprozesse aus anderer Perspektive in den Blick genommen. Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wenden sich lerntheoretischen Ansätzen zu. Aus lerntheoretischer Perspektive vollzieht sich Sozialisation in Lernprozessen. Dazu wurden unterschiedliche Lernmodelle entwickelt, die sich als mechanische, organismische, systemische oder interaktive Modelle einordnen lassen.

Eines dieser Lernmodelle wurde von Gregory Bateson entwickelt. Er war Strukturalist, von Bertrand Russell inspiriert und hat Einfluss auf die Entwicklung von System- und Familientherapie genommen. Auf seinen Theorien basieren auch die Überlegungen von Marotzki. Zu seinem Lernmodell folgt ein kurzer Exkurs.

Exkurs zum Lernmodell von Bateson (vgl. „Bateson“ in Wikipedia 2015)

In diesem Lernmodell werden fünf Lerntypen unterschieden. Wie im Modell der Bedürfnispyramide von Maslow bauen die einzelnen Lerntypen aufeinander auf. Mit jedem Lerntyp wird eine weitere Ebene für das Subjekt versteh- und gestaltbar. Lernen des Typs 0 ist Lernen als eine Reaktion in Verbindung mit einem bestimmten Reiz. Lernen als „Proto-Lernen“ ist eine bestimmte Reaktion auf einen bestimmten Kontext, wobei sich der Kontext aus der wechselseitigen Klassifikation der Reize ergibt. Lernen als „Deutero-Lernen“ ist Lernen des Proto-Lernens und bezieht sich auf Gewohnheiten und Geisteszustände, die Auswirkungen auf Charakter und Kommunikation haben. Das Lernen des dritten Typs erfolgt in Reorganisation des Erlernten durch Deutero-Lernen und ist die Folge subjektiver Entscheidungen oder Widersprüchlichkeiten. Beim Lernen des vierten Typs geht es um Veränderungen des Lernens in phylogenetisch-ontogenetischen Wechselwirkungen.

Bateson hat dieses Modell zu einer Kommunikationstheorie weiterentwickelt. Er geht dabei von einem Organismus aus, der in einem Subjekt-Objekt-Verhältnis existiert. Zu diesem Verhältnis gehört Kommunikation. Menschliche Organismen sind durch Intraspektion zu Gestaltwahrnehmung und Abstraktion fähig. Sie kommunizieren mit interagierenden anderen Organismen, Gruppen und Kulturen. Nach der Kodierung der Kommunikation erscheint die Welt als Bild im Subjekt. Dieses Weltbild besteht aus einzelnen Teilen, die subjektiv ausgewählt und gewichtet zusammengesetzt werden. So entwickelt sich ein Kontext als Muster mit Zeit- und Raumdimensionen. Erst der Kontext gibt Kommunikation, Zuständen und Handlungen ihre Bedeutung, setzt sie in Relation zueinander. In dieser kybernetischen Begriffsdefinition wird Geist als Welt der Information, als Welt des Unterscheidens verstanden. Der Organismus reagiert nicht primär auf einen Energieimpuls, sondern auf die Wahrnehmung eines Unterschiedes. In geistigen Prozessen, die Lernen zugrunde liegen, werden diese Unterschiede wahrgenommen und Informationen zu diesen Unterschieden ausgetauscht.

Nach Bateson sind Organismen oder Systeme zu geistigen Prozessen befähigt, um Wahrnehmungen einzelner Teile zu einem Ganzen zusammensetzen zu können, wenn sie durch folgende Merkmale kennzeichnet sind: unterschiedliche Teile oder Komponenten wirken zusammen, die Wechselwirkung zwischen den Teilen wird durch Unterschiede ausgelöst, es sind kollaterale Energien erforderlich, Selbstregulation und Rückkopplungen zur Stabilisierung oder Anpassung

des Organismus erfolgen in zirkulären oder noch komplexeren Determinationsketten, Auswirkungen der Unterschiede sind Transformationen, die analog, digital oder schablonenhaft kodiert sein können. Eine analog kodierte Transformation ist an die Größe der Differenz gebunden, eine digital kodierte Transformation bedeutet zwei mögliche Wege, einen Bewegungsraum zwischen zwei Polen. Bei einer schablonenhaft kodierten Transformation folgt ein Zustand auf einen vorherigen Zustand in zeitlicher Folge.

Marotzki (vgl. Zeller 2012, S. 32 ff) knüpft an das Lernmodell von Bateson an und unterscheidet zwei Ebenen des Lernens und zwei Ebenen der Bildung. Lernen der ersten Ebene vollzieht sich in der Kopplung einer bestimmten Reaktion an einen bestimmten Reiz. Lernen der zweiten Ebene erschließt einen Gestaltungsspielraum durch eine Reaktion auf einen Reiz ohne starre Kopplung in der Bestimmtheit. Der Gestaltungsspielraum ist durch Kontextmarkierungen bestimmt. Zwischen dem Lernen der ersten und zweiten Ebene kommt es zu einer Flexibilisierung der Reizreaktion in einer bestimmten Rahmung, jedoch ohne Neu- und Umorientierung des Selbst- und Weltverhältnisses. Bei Bildung der ersten Ebene kommen gelernte Muster aufgrund von Erfahrungen in eine Orientierungskrise. Es ergeben sich Widerstände und das Subjekt lernt mit diesem Kontext umzugehen. Bei Bildung der zweiten Ebene entwickelt sich die Weltsicht zum Selbstbezug. Im Subjekt finden Reflexionen über sich selbst statt als jemanden, der immer und grundsätzlich die Welt in einer bestimmten Weise ordnet. Auf den Ebenen von Bildung entwickelt sich die Möglichkeit der Flexibilisierung der Rahmung als Selbst- und Weltverhältnis.

Lernen und Bildung werden von Marotzki in ihrem Bezug zu Bestimmtheit und Unbestimmtheit differenziert. Bei Lernen geht es um die Entwicklung von Ordnungskategorien, während es bei Bildung um die Anpassung des Selbst- und Weltverhältnisses bei grundlegender Irritation geht. Für Lernen benötigt das Subjekt Bestimmtheit, um Ordnungsschemata zu erkennen und Erfahrungsmuster auszubilden. Im Rahmen von Bildung als Anpassungsprozess ist Unbestimmtheit erforderlich, um für Veränderungen flexibel zu bleiben.

Zwischenfazit zu Lernebenen

Im Anschluss an diese Überlegungen zu Lernebenen können Lernprozesse in ihrer Reichweite differenziert werden. Auf der Grundlage dieser Folie könnten Suchbewegungen in den empirischen Materialien des Forschungsprojektes eingeordnet werden. In Dimensionierung von bestimmt und unbestimmt könnte die Reichweite als Lernprozesse ausgelotet werden.

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin werden entlang der Frage fortgesetzt, wie es in Lernprozessen möglicherweise zu Erkenntnissen kommt. Dazu werden konstruktivistische Grundpositionen in der Pädagogik in ihrer Verbindung zu Lerntheorien herangezogen.

Hennig Pätzold greift diesen Aspekt auf (vgl. Pätzold 2012, S. 102 ff). Für ihn sind Erkenntnistheorien dadurch gekennzeichnet, dass sie Fragen des Status von Erkenntnissen zu beantworten suchen und sich dazu philosophischer Ableitungen bedient. Die gegenwärtige Psychologie hat nach seiner Einschätzung keinen ausgearbeiteten Begriff von Erkenntnis. Dort wird zentral mit dem Begriff Lernen gearbeitet. Pätzold (ebenda S. 104) sieht die Pädagogik in Übereinstimmung mit anderen in einer Zwischenposition:

„Einerseits verfügt sie nicht über einen eigenständigen Begriff der Erkenntnis, andererseits ist der Begriff Lernen bei ihr stärker an eine bewusste, leiblich

und kulturell gebundene Person geknüpft, was ihn wiederum in die Nähe des philosophischen Verständnisses von Erkenntnis rückt.“

Nach Pätzold bieten Lerntheorien für eine pädagogische Perspektive sowohl Anwendbarkeit als auch Widersprüchlichkeiten. Er (ebenda S. 109) führt das am Konzept des Lerndreiecks von Illeris und am Konzept des mimetischen Lernens von Wulf aus. Für das Konzept des Lerndreiecks von Illeris ist wesentlich, dass Lernen

„zwei ganz verschiedene Prozesse umfasst, die beide aktiviert werden müssen. Einerseits bedeutet Lernen einen Vorgang der Aneignung, andererseits einen der Interaktion mit der Umwelt.“

Wie Illeris sieht Pätzold in Emotionen den „Antriebsmotor des Lernens“, betont die Wechselwirkung zwischen Wissen und Fühlen für Lernprozesse, hält jedoch die leibliche Dimension von Lernen für eher nachgeordnet. Als anthropologisches Konzept hat das Konzept des mimetischen Lernens von Christoph Wulf (vgl. Pätzold 2012, S. 113) seine Wurzeln in der Biologie und Philosophie und geht eine enge Verbindung mit Leiblichkeit ein. Mimetische Prozesse sind „nicht bloße Imitations-, Reproduktions- und Prägungsprozesse“, sie erfahren „eine individuelle Gestaltung“ durch Personen.

„Mimetisches Lernen ist also verwandt mit Konzepten wie dem Lernen durch Nachahmung oder dem Lernen am Modell. Seine Eigenheit besteht aber in einer spezifischen schöpferischen Komponente“.

Gemeint ist:

„ein Nachmachen, in dem das Machen eine gestaltend-erschaffende Dimension hat. Mimetisches Lernen bedeutet, Rollenvorbilder mimetisch zu verändern, statt sie einfach zu kopieren.“

Nach Pätzold geht die Theorie des mimetischen Lernens von einem Prozess der subjektiven Konstruktion aus, die sich an einem Vorbild ausgestaltet. Mit Bezug (ebenda S. 213) auf Wulf ist der leibliche Zugang zur Welt immer auch

„Resultat des mimetischen Lernens: Die mimetische Begegnung mit der Welt erfolgt mit allen Sinnen, die im Verlauf dieses Prozesses ihre Sensibilität entfalten und so zur Voraussetzung für die Qualität der sinnlichen und emotionalen Empfindungsfähigkeit werden.“

Körperliche bzw. leibliche Prozesse rücken damit ins Zentrum des Erkenntnisgeschehens. Für mimetisches Lernen ist der gesamte Leib konstitutiv, eine vorreflexive Dimension wird in diese Lernprozesse einbezogen. Es geht nicht um die kognitive Übernahme von Vorbildern, sondern um „eine Form der Resonanz mit Sichtweisen, Haltungen und Handlungen anderer“ (ebenda S. 214), die einen ganzheitlichen Ausdruck in Körper, Sprache und Interaktion finden.

Zwischenfazit zu Erkenntnissen durch Resonanz

In diesen Überlegungen wird bei Lernen zwischen einem Prozess der Weltaneignung und einem emotionalen Prozess als Motor differenziert. Das Subjekt kann im Weltverhältnis als leibliches Subjekt gekennzeichnet werden, dessen Leib in Lernprozessen involviert ist. Der Leib ist Resonanzboden für Bewegungen im Selbst- und Weltverhältnis. Lernen vollzieht sich im, am und durch den Leib. Dieser Aspekt bietet sich an, um ihm in den empirischen Materialien des Forschungsprojektes nachzugehen, da berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen auf den weiblichen Körper gerichtet sind, leiblich am Leib anderer vollzogen werden. Sichtwei-

sen auf berufliche Praxen und Orientierungen von Hebammen werden am Körper und mit dem Körper gelernt und leiblich vermittelt. Daran schließen sich die Fragen an, wie diese Beziehungen gestaltet werden und welche Bedeutung Emotionen für Lernprozesse haben.

Diese Fragen stellt sich auch Wiltrud Gieseke (vgl. Gieseke 2012) und hat sich mit der Bedeutung von Emotionen auseinandergesetzt. Emotionen geben Beziehungen eine Färbung, die auf Lernprozesse wirken. In einem historischen Aufriss geht Gieseke dem Verständnis von Emotionen in Wissenschaften nach und setzt sich mit Befunden der Neurobiologie, Philosophie und Kulturwissenschaft auseinander.

Gieseke geht von einem Individuum aus, das die Fähigkeit hat, mit der Welt zu kommunizieren, zu lernen und zu entscheiden. Nach Gieseke (ebenda S. 67) wirken in diesen Prozessen menschliche Emotionen und Kognitionen untrennbar aufeinander bezogen. Emotionszentren und Kognitionszentren „agieren in nichthierarchischen Beziehungen“ miteinander, die „sich über relationale Beziehungen zur Außenwelt ausdifferenzieren und mit Folgen für Kommunikation, das Lernen, Entscheiden und Behalten der Individuen wirken“. Gieseke geht davon aus, dass diese Zentren im Hirn zu verorten sind und dort Beziehungen produziert werden:

„Weder hat das Gehirn Abbildungs- und Repräsentationsfunktionen, noch arbeitet das Hirn in sich geschlossen, für sich allein, selbstreferenziell. Im Gehirn werden vielmehr Beziehungen zwischen Körper, Leib und Geist hergestellt, wobei der Geist nicht für sich allein wirkt.“

Mit Bezug auf Überlegungen von Welsch und Fuchs kommt Gieseke (ebenda S. 73) zu der Aussage, „dass der Mensch sein gesamtes Tun nicht allein geprägt durch kulturelle Schemata oder genetisch-biologische Einflüsse bestimmt sehen kann. Die Natur hält ihn offen für selbst-, d.h. kulturgestaltete Evolution, die durch Lernen und beziehungsstiftende Emotionen bestimmt sind.“

Der menschliche Organismus hat körperliche, leibliche, geistige und spirituelle Dimensionen. Lernprozesse finden auf allen diesen Ebenen statt und beeinflussen sich gegenseitig in der Wirkung (ebenda S. 77):

„Erst wenn das Gelernte berührt, erfasst, im Dialog durchdacht und geübt wird sowie ins Können übergeht, wächst weiteres Interesse, so wie Interesse erst entsteht, wenn ich mich meiner emotionalen Grundlagen, zumindest was Lernen und Handeln betrifft, bewusst werde. Dieses erklären neurobiologische Befunde besonders deutlich.“

Exkurs zu Emotionen in Lernprozessen (vgl. Gieseke 2009)

In anderem Zusammenhang erläutert Gieseke, wie „Erlernen und Ausdifferenzieren von Emotionalität als emotionale Schemata“ erfolgen. Sie (vgl. Gieseke 2009, S. 49 ff) stützt sich dabei auf Forschungen aus der Neurobiologie und Psychologie. In Bezugnahme auf die differenzielle Emotionstheorie nach Izard markiert sie (ebenda S. 50) Gestaltungsspielräume für Lernprozesse:

„Freiheiten des Emotionssystems, die insbesondere die individuelle Freiheit des Menschen markieren. (...) Freiheit der Emotionen heißt auch, in Möglichkeiten zu investieren, also Wirklichkeit zu antizipieren. Hier stellt Izard besonders die Bedeutung von Lernprozessen heraus.“

Nach Gieseke (vgl. ebenda, S. 51 f) haben auch in anderen theoretischen Fundierungen „Emotionskonstruktionen affektive, kognitive und körperrezeptive Komponenten“, mit deren Hilfe sich einzelne Emotionen herstellen, indem sie „alle körperlichen und psychischen Funktio-

nen miteinander verbinden“. Aus psychoanalytischer Sicht entwickeln sich zum Beispiel Emotionsmuster in der Kindheit. Mit zitierender Bezugnahme sagt Gieseke (ebenda S. 53):

„Kindheitsmuster bleiben und verändern sich, sie aktivieren sich anders und neu in späteren Lebensphasen.“

Nach Gieseke (vgl. ebenda S. 53 f) erhalten „Beziehungen von innen und außen“ lebenslang „neue Bedeutungen und Objekte entweder innerhalb der eigenen Person oder in der äußeren Welt als internalisiertes Selbst oder internale andere“. Bedeutungen sind nicht an Sprache gebunden. „Sprache und Kognition“ sind nach Gieseke von Beginn ihrer Entwicklung an „von Emotionen durchdrungen und werden in interpersonellen Kontexten, aber auch intrapsychisch (objektbezogene) Kontexten verortet.“ Lebendigkeit ist „immer entsprungen aus einer Beziehungsmatrix.“ In dieser Beziehungsmatrix ist das Individuum verortet:

„Der erlebende, interpretierende, sich selbst involvierende Bezug zur Welt, also die Lebendigkeit des Individuums in Beziehung zu anderen, wird in den Emotionen des Individuums zum Ausdruck gebracht, egal ob diese in den Handlungen und im Denken eingelassen sind oder nicht.“

In der Aufmerksamkeit für Emotionen sieht Gieseke (ebenda S. 54) eine Perspektiverweiterung für Lern- und Bildungsprozesse.

„Die Emotionen sind dann sowohl als habitueller Ausdruck, als Seismografen der Verarbeitung von neuen Eindrücken als auch als Orientierung gebende, bewertende Instanz zu sehen.“

Im Folgenden bezieht sie sich auf Ordnungssysteme von wenigen Emotionen mit Ausdifferenzierungen durch Sozialisation und Lernen. Dies wird dann an Beispielen wie Freude und Angst oder Angst und Furcht für Lern- und Bildungsprozesse anschaulich gemacht.

Zwischenfazit zu Emotionen

Nach Gieseke sind im Prozess der Sozialisation „Selbstorganisation und Selbststeuerung lernrelevante Modi“. Lernen basiert auf emotionaler Kompetenz, die von Beziehungserfahrungen abhängig ist. Individuelle Emotionsmuster, die sich biografisch aufgeschichtet haben, bilden die Basis für weitere Emotionserfahrungen, die sich in Sichtweisen und Praxen des Handelns zeigen. Emotionen haben für Selbstorganisation und Selbststeuerung von Lernen entscheidende Relevanz und Wirkungen auf Lernende und Lehrende.

Fazit zur Standortgebundenheit

Nach Hurrelmann (Hurrelmann 2001, S. 14) ist:

„Sozialisation ein Prozess, in dessen Verlauf sich der mit einer biologischen Ausstattung versehene Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet, die sich über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen entwickelt.“

Durch Sozialisation wird aus einem menschlichen Organismus eine sozial handlungsfähige Persönlichkeit. Lernprozesse werden durchlaufen, Selbst- und Weltverhältnis entwickeln sich und werden transformiert. Individuen als Subjekt sind relational in die Welt eingebunden. Ihre Lebendigkeit basiert auf einer Beziehungsmatrix. Suchbewegungen auf unterschiedliche Ebenen werden zu einem Ganzen zusammengesetzt. Selbstorganisation und Selbststeuerung des Subjektes sind für Lernprozesse relevant. Lernprozesse können Selbst- und Weltverhältnis transformieren.

Wechselwirkungen körperbezogener und emotionaler Prozesse leiblicher Subjekte haben Relevanz für das Forschungsprojekt. Berufliche Praxen von Hebammen werden als Handwerk am Körper und mit dem Körper gelernt und vermittelt, was am Material zu zeigen wäre.

Suchbewegungen des Lernens lassen sich mit Dimensionen differenzieren (vgl. Schäffter 2012, S. 40 f). Es entstehen Bewegungsmodi. Beispiele für diese Dimensionierungen sind bestimmt und unbestimmt, offen und geschlossen, getrennt und verbunden. Emotionen wirken auf unterschiedlichen Ebenen als Resonanzträger nach innen und nach außen. Bewegungen werden leiblich erfahren, Bewegungsfiguren verdichten sich zu habituellen Mustern oder Schemata. Das Selbst- und Weltverhältnis von Individuen ist durch historische und kulturelle Rahmung bestimmt und in einem Gestaltungsspielraum veränderbar.

Wenn es bei Lern- und Bildungsprozessen um Transformationen des Selbst- und Weltverhältnisses geht, stellt sich die Frage, wie die Transformation von Relationen darstellbar ist. Die oben angesprochene Verortung von Bewegungen in Dimensionen könnten als Folie für relationale Beziehungsstrukturen genutzt werden. Berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, die sich in den Materialien des Forschungsprojektes zeigen, könnten möglicherweise als Bewegungsfiguren mit Modi des Trennens und Verbindens, des Einschließens und Ausschließens geordnet und differenziert werden.

Wenn die Überlegungen zu Bildung und Lernen auf die empirischen Materialien bezogen werden, ist das Forschungsinteresse auf Lernprozesse gerichtet. Aus unterschiedlichen Perspektiven wird es darum gehen, in Sichtweisen und beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen Suchbewegungen oder Bewegungsfiguren als Muster zu identifizieren, die mit Selbst- und Weltverhältnis in Verbindung stehen, und nach deren strukturellen Kontexten und Rahmungen zu fragen. Als Frage schließt sich an, wie beruflichen Praxen von Hebammen transformative Lernprozesse bei anderen Frauen anregen.

2.2 Lernerfahrungen von Frauen

Lernerfahrungen schichten sich auf und werden von Individuen in Biografien verarbeitet. In lebensbegleitenden Lernsituationen erfolgen soziale Adressierungen zum Geschlecht, die in das Selbst- und Weltverhältnis als Subjekt im Sinne von Identität der Persönlichkeit eingebaut werden.

Im biografischen Erzählen werden Erfahrungen aus Lernsituationen konstruierend geordnet und andern präsentiert. Das Erzählen ist als Interaktionsprozess zu verstehen, in dem geschlechtsgebunden konstruiert wird. In Biografien werden Konstruktionen von Geschlecht eingelagert, die von andern interpretierend rekonstruiert werden können. Geschlechtsgebundene Spezifika im biografischen Erzählen von Frauen weisen auf soziale Adressierungen im Kontext von Lernprozessen hin.

In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wird Überlegungen zu Konstruktionen von Weiblichkeit und deren soziale Rahmung in Lernprozessen nachgegangen. Im ersten Schritt nehme ich noch einmal auf die schon erwähnte Studie von Zeller Bezug.

Nach Zeller (vgl. Zeller 2012, S. 46 ff) hält die erziehungswissenschaftliche Biografie-For-

schung ein Instrumentarium bereit, um Lern- und Bildungsprozesse fassen zu können. Dies basiert in geisteswissenschaftlicher Tradition auf Überlegungen „zur Zusammenhangsbildung und Sinnherstellung von Subjekten im Verlauf ihres Lebens“. Biografie wird verstanden als eine „vom Subjekt hervorgebrachte Konstruktion“ eines Zusammenhangs, „Lebensgeschichten (sind) immer auch Lern- und Bildungsgeschichten“. Im Rückbezug auf Theorien des Symbolischen Interaktionismus verweist Zeller darauf, „dass der Mensch jede soziale Situation jeweils für sich deuten muss“. Biografie ist dann „als eine soziale Konstruktion“ zu verstehen. In Biografien wird eine „Prozessstruktur einer Verlaufskurve des Erleidens“ erkennbar. Lern- und Bildungsprozesse können als biografische „Erleidensprozesse“ verstanden werden. Lebenslauf und Biografie sind zu unterscheiden. Ein Lebenslauf ist die Gesamtheit der Ereignisse, Erfahrungen und Empfindungen, die entlang bestimmter Karrieremuster oder Positionen chronologisch geordnet werden. In einer Biografie wird der Lebenslauf vom Individuum selbst geordnet, indem „erlebte Ereignissen und gemachte Erfahrungen in einen sinnhaften Bedeutungszusammenhang“ gestellt werden, „als Reflexion über getroffene Entscheidungen“ im Erzählen. Erlebnisse und Erfahrungen werden verknüpft zum „Geworden-Sein einer Person“, gemachte Erfahrungen werden zu „biografischen Wissensbeständen“, strukturieren den „Verlauf der Lebensgeschichte“, es kommt zu einer „subjektiven Erfahrungsaufschichtung“ als Basis für „Zukunftspläne und Lebensentwürfe“. Biografie kann auch verstanden werden als das „was nicht geworden ist“. Diese Erfahrungsaufschichtungen stehen als implizites Wissen zur Verfügung, sind dem Subjekt jedoch nur zum Teil bewusst. Das Erzählen ist eine „individuelle selbstreflexive Leistung des Subjektes zur Schaffung der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens“.

Zu den Leistungen des Subjektes (ebenda S. 49 f) gehört die Strukturierung von Erfahrungen als biografische Entwürfe:

„Deutungsmuster und biografische Entwürfe, die ein Subjekt hervorbringt, sind nicht beliebig, sondern an bisherige Erfahrungsaufschichtungen gekoppelt, (...) verbleiben innerhalb der Gestalt ihrer bereits strukturierten Erfahrungen.“

Ein Subjekt sucht nach Anschlüssen an bisherige Erfahrungen und Muster. Biografien verdeutlichen auch Differenzierungen, die gesellschaftlich vorstrukturiert sind. Ein Subjekt ist „mit Erwartungszwängen konfrontiert“ und reflektierend in der Lage, „eigene Handlungspläne zu entwerfen und zu verfolgen“. Ein Subjekt hat die Fähigkeit, Vergangenes zu reflektieren und Zukünftiges zu visionieren. Das Subjekt lernt, sich in zeitlicher Dimension zu verorten und zu bewegen. Mit biografischem Erzählen werden diese Bewegungen kommuniziert.

Zeller (ebenda S. 50 f) weist darauf hin, dass mit dem Merkmal Geschlecht weitreichende soziale Differenzierungen und Ungleichheiten verknüpft sind. In Bezugnahme auf Bereswill und Ehlert

„ist Geschlecht aus dieser Perspektive als Ergebnis von Konstruktions- und Zuschreibungsprozessen, in deren Verlauf die Bedeutung von Geschlecht immer wieder ausgehandelt und interaktiv abgesichert werden muss, zu verstehen. Geschlecht kann im Anschluss daran als biografische Herausforderung interpretiert werden.“

In von Frauen erzählten Biografien werden geschlechtsgebundenen Mustern und Schemata sichtbar. Weiblich Biografien weisen Sichtweisen und Handlungspraxen auf, die als durch Geschlecht gerahmte Aneignungs- und Transformationsprozesse kommuniziert werden. Durch Analysen biografischer Erzählungen werden Konstruktionsprozesse von Geschlecht sichtbar ge-

macht. Kontinuität, Veränderungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume sind unter diesem Aspekt zu interpretieren (ebenda S. 51):

„Denn jede neue biografische Erfahrung birgt das Potential, die bis dahin bestehende biografische Sinnstruktur zu verändern. Zum anderen können die geschlechtsgebundene soziale Konstruktion von dem Subjekt selbstreflexiv eingeholt werden.“

Dies kann in Selbstreflexion und in Kommunikation mit anderen erfolgen. Weibliches Verhalten folgt sozialen Orientierungen, deren Muster im Laufe der Biografie Verfestigungen oder Wandlungen erfährt. Strukturelle Rahmungen dieser Bewegungen sind spezifische Lern- und Bildungssituationen. Herkunftsmilieu oder Lernarrangements können Lernbewegungen verhindern oder anregen. Neben elterlichen Bezugspersonen können auch andere Personen im Verlauf des Lebens für Anregung oder Verhinderung dieser Art entscheidend sein. Nach Zeller (ebenda S. 55) wird in Biografien von diesen Personen oder Personengruppen erzählt, es werden Verbindungen hergestellt, die mit Erfahrung von Emotionen verknüpft sind:

„Die Anregungsmilieus können durch unterschiedliche Personen(gruppen) bedeutend geprägt sein. Als häufige Beispiele gelten: gleichgesinnte Peers, persönliche Vorbilder, verständnisvolle, einen begleitende signifikante Andere und Professionelle.“

Wenn Lernen in sozialen Anregungsmilieus erfolgt, ist davon auszugehen, dass ein solches Lernmilieu Konstruktionsprozesse von Geschlecht in dialektischer Weise rahmt und davon gerahmt ist. An dieser Stelle ist auf Gieseke zurückzukommen, die Wechselwirkungen dieser Art aufzeigt. Am Beispiel Forschung skizziert sie (vgl. Gieseke 2009, S. 17 ff), wie geschlechtsgebundene Bewertungen wissenschaftliche Forschung beeinflusst und geprägt haben. Sie geht der Frage nach, wie Emotionen im Vergleich zu Kognitionen wissenschaftstheoretisch bewertet wurden. „Bildung als intellektueller Entwicklungsprozess, der sich an Inhalten orientiert“, ist historisch durch männliche Forschende ausgestaltet worden. Konstruktionen der Geschlechterdualisierung sind allein auf „Mensch Mann“ ausgerichtet. Geschlecht wird als Merkmal zwischen männlich und nicht männlich aufgespannt. Diesem Merkmal wird Kognition und Emotion in spezifischer Weise zugeschrieben. Die Zuschreibung dient dem machtvollen Einschluss oder Ausschluss von Gruppierungen:

„Durch die polarisierende Zuschreibung von Vernunft und Gefühlen auf die Geschlechter wurden Hierarchisierungsprozesse formiert, die zur Prägung eines bestimmten Menschenbildes beitragen, dass auf den Mann zugeschnitten war, mit Folgen für beide Geschlechter und einem Stillstand in der Erforschung der Emotionen.“

In einer historischen Perspektive zeigt Gieseke (ebenda S. 29) Entwicklungslinien auf:

„Nach der Französischen Revolution waren Frauen für die Pflege der Natur und das Reich der Gefühle zuständig, im Gegensatz dazu gehörten zur Männlichkeit das Reich der Begriffe und das der Gesellschaft.“

In der Entwicklung von Bildungstheorien und –konzepten bleibt Emotionalität ausgegrenzt. Gieseke (ebenda S. 20) kommentiert die gegenwärtige Situation:

„Gegenwärtig erleben wir kurz vor der Einlösung der Geschlechtergleichheit dadurch eine neue Rückwendung, dass man Frauen mit dem Hinweis auf ihre Gebärfähigkeit, also auf ihr partielles Anderssein, Arbeitsplätze vorenthält.“

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wenden sich nun der Frage zu, wie individuelle Lernerfahrungen von Frauen sich zu einem sozialen Wissen verdichten, wie dieses Wissen vom Erinnern des Geworden-Seins strukturiert wird. Dazu werden Überlegungen von Margret Dörr und Ueli Mäder als Zugänge herangezogen.

Magret Dörr (vgl. Dörr 2010) bewertet Erinnerungen als Wissensressourcen. Sie (ebenda S. 40) geht davon aus, dass sich in alltäglichen Interaktionen und in Erfahrungen mit Institutionen „mittels biografischer Fragmente bewusst wie unbewusst unsere eigensinnige Lebensgeschichte enthüllt. Dabei sind unsere lebensgeschichtlichen Erinnerungen nur selten zu kompletten Lebensgeschichten ausgearbeitet. Eher werden sie episodenhaft erzählt. (...) Wenn wir von unserem Leben erzählen (...) aktivieren wir unser autobiografisches Gedächtnis.“

Dörr (ebenda S. 44 ff) beschreibt Erinnern als einen kommunikativen „Prozess der (Re-)Konstruktion“ in Beziehung zu anderen und versteht Erinnerungsarbeit als einen Prozess, der Vergangenheit herstellt und sich an ihr ab arbeitet. Frauen entwickeln Eigensinn, der in Biografien sichtbar und kommuniziert wird.

Nach Ueli Mäder (Mäder 2010, S. 53) eröffnen biografische Interviews Zugänge zur Suche nach Sinn. Dabei ist biografisches Erinnern keineswegs beliebig subjektiv:

„Es erhellt vielmehr dominante Strukturen, Werte und Einstellungen sowie institutionelles, familiäres und individuelles Verhalten.“

In den Zugängen zur Suche nach Sinn zeigen sich kollektive Orientierungen.

Zwischenfazit zu Konstruktionen von Geschlecht

Diesen Überlegungen folgend wird es in dem Forschungsprojekt auch darum gehen, in den empirischen Materialien nach Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen zu suchen, die Hinweise auf ein So-Sein in einer geschlechtlichen Konstruktion geben. Fragen des Wie, des biografischen Ausgestaltens, der Gestaltungsspielräume von Frauen für Suchbewegungen, die an diesen Konstruktionen orientiert sind, rücken damit als mögliche Perspektive auf die Materialien in den Fokus.

Erinnerungsarbeit von Frauen folgt Konstruktionen ihres Geworden-Sein bzw. ihres Seins als Frau. In Interviews mit Frauen zeigen sich Strukturen, Werte und Einstellungen zur Konstruktion von Weiblichkeit und Geschlechtszugehörigkeiten und werden im Forschungsprojekt durch Rekonstruktion zugänglich. Der Verschränkung von individuellen Erfahrungen und kollektivem Erfahrungswissen wäre in den empirischen Materialien des Forschungsprojektes nachzugehen. Es schließen sich Fragen an, wie geschlechtsgebundene Orientierungen als mögliche Bewegungsfiguren in Lernprozessen zu erschließen sind, wie sie reproduziert oder auch verändert werden. Zentrale Fragen an Materialien sind: Wie lernen Frauen Geschlecht? Wie adressieren Praxen des Handelns von Hebammen oder Familienhebammen Geschlecht? Wie werden Konstruktionen von Geschlecht durch berufliche Praxen reproduziert?

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wenden sich nun Fragen zum weiblichen Körpererleben im Zusammenhang mit Lernerfahrungen zu. Ich beziehe mich hierzu auf Überlegungen von Helga Krüger-Kirn und Bettina Wuttig.

Helga Krüger-Kirn (vgl. Krüger-Kirn 2010) bezieht sich auf die Theorie zur Ich-Identität von Erik H. Erikson, der davon ausgeht, dass sich Identität im Prozess der Sozialisation eines

Menschen entwickelt. Identität ist eingebettet in Lebensgeschichte und historischen Kontext. Krüger-Kirn (ebenda S. 334) sieht den

„Körper als Schnittstelle, an der sich Kultur und Natur, leibliche Erfahrungen und Körperdiskurse begegnen.“

Biografische Erfahrungen des Geschlechts werden unter Berücksichtigung unbewusster Dimensionen zu Eigenkonstruktionen des Selbst verarbeitet. Aus psychoanalytischer Perspektive weist Krüger-Kirn (ebenda S. 335) weiblicher Leiblichkeit eine spezifische Rolle zu:

„Der Körper repräsentiert in seiner leiblichen Existenz seine bewussten und unbewussten Lebens- und Überlebensgeschichten. Dabei gilt die Anerkennung und Auseinandersetzung mit dem eigenen geschlechtlichen Körper, dem des anderen sowie mit dem des mütterlichen Ursprung als unhintergebarer Ausgangspunkt. (...) Das Verhältnis von Körper und Leib ist daher von Beginn unseres Lebens in einer triangulären Beziehungsdynamik verortet. (...) Aus psychoanalytischer Perspektive repräsentiert der Körper als Schnittstelle zwischen innerem und unbewussten Körperbild und äußerer Zuschreibung die Vielschichtigkeit der Körper-Leib-Dynamik.“

Die Optionen „Mutterschaft und Stillen“ verbinden sich mit einem Körper, der diese biologischen Funktionen erfüllen kann. In weiblicher Leiblichkeit erschließen sich Ressourcen für Reproduktion und Fortbestand der Menschen. Während Schwangerschaft und Geburt verändert sich der weibliche Körper. Selbst- und Weltverhältnis geraten durch diese unwiderruflichen Veränderungen und sozialen Zuschreibungen durch andere situativ in eine Krise. Für Frauen folgt daraus eine spezifische Lernsituation.

Exkurs zur Körper-Leib-Dynamik in der Mutter-Tochter-Beziehung

Nach Krüger-Kirn (vgl. ebenda S. 336) hat die Vielschichtigkeit der weiblichen Körper-Leib-Dynamik den Ursprung in der Mutter-Tochter-Beziehung mit triangulärer Beziehungsdynamik zum Vater. In Interaktion mit der Mutter entwickelt die Tochter ihre innere Repräsentanzen-Welt, die Grundlage für die Wahrnehmung der Welt und der Beziehungsgestaltung sind. Die Mutter vermittelt ihre Weiblichkeitsentwürfe, die soziokulturell gebunden sind, in Interaktionen mit ihr entwickelt sich das Selbst- und Weltverhältnis der Tochter. Orientierungen im Umgang mit körperlicher Nähe, mit Wünschen nach Autonomie, mit Emotionen und deren Ausdrucksformen werden produziert und reproduziert. Ein kulturelles Deutungsschema für Weiblichkeit ist nach Krüger-Kirn (ebenda S. 336) „gesellschaftliche Ideologisierung und Mythologisierung der Mutterschaft im Sinne einer Spaltung von Mutter als Heilige und sexueller Frau als Hure“, die eine Abwehr libidinöser Dynamik in der Mutter-Kind-Beziehung notwendig macht. Sie (ebenda S. 339) verdeutlicht das am Beispiel der weiblichen Brust als Nahrungs- und als Lustquelle für Mutter und Kind:

„Ein kritischer Diskurs der Körperbilder, die sich auf Mutterschaft beziehen, offenbart ideologische Zerrbilder, die in einer sogenannten Naturhaftigkeit des weiblichen Körpers gründen. Mutterschaft und Mutterkörper erscheinen demgegenüber bis heute hochgradig gesellschaftlich kulturalisiert, reguliert und reglementiert.“

In der Mutter-Tochter-Beziehung wird die Abwehr dieser libidinösen Dynamik an Andere gleichen Geschlechts adressiert.

Während Merkmale des männlichen Körpers von Geburt an nach außen sichtbar sind, sind Merkmale des weiblichen Körpers zu Beginn inwendig und nach außen nicht sichtbar. Die Defizitwahrnehmung des Nicht-Seins, des Nicht-männlich-Seins als Deutungsschema bestimmt das Verhältnis zum eigenen Körper. In der Schwangerschaft expandiert der weibliche Körper nach außen, Weiblichkeit wird für andere sichtbar und verändert die Situation.

In der mütterlichen Körperlichkeit (ebenda S. 340) wird eine Verbindung zur weiblichen Sexualität ausgeblendet oder negativ bewertet. Es „überträgt sich diese Einschränkung bzw. Entwertung des weiblichen Körpers auf die Tochter.“ Auf diese Weise erfolgt „eine unbewusste töchterliche Identifizierung mit dem Mangelzustand körperlicher Weiblichkeit“. Auf leiblicher Ebene kommt in der Mutter-Tochter-Beziehung zu einer Manifestation des Nicht-Seins. Weiblichkeit wird allenfalls als eine eingeschränkte oder beschädigte Ressource erfahren.

Vorstellungen von Weiblichkeit (ebenda S. 341) sind mit Leere verbunden, die nicht gefüllt werden darf, und verborgen werden muss:

„Ein Grundgefühl, nicht in Ordnung zu sein, verweist auf ein Nichtwissen, das nicht sichtbar werden darf. (...) Diese Lücke in der Selbstrepräsentanz trägt zu der Bereitschaft bei, sich mit Fremdzuschreibungen zu identifizieren und sie in das Innere aufzunehmen.“

Diese Leere wird als ein Mangel bewertet, als Lücke, die nicht sichtbar sein darf. Eigensinn wird in diesen Weiblichkeitsentwürfen normativ negativ besetzt. „Weiblichkeitskonstruktionen“ (ebenda S. 345) sind bis heute von einer „androzentrischen Perspektive“ geprägt:

„weibliche Individualisierungsprozesse bleiben an männlichen Ablösungsmustern orientiert; die Mutter-Tochter-Beziehung kann nicht als Ressource genutzt werden.“

Krüger-Kirn weist darauf hin, dass einige psychoanalytische Ansätze inzwischen nicht mehr von einer Geschlechterpolarität ausgehen, sondern von einer Geschlechterspannung in jedem Individuum. Diese Spannung ist eingelagert in das Selbst- und Weltverhältnis, das durch Beziehungserfahrungen und soziale Kontext geprägt ist.

Normative Vorstellungen von Geschlecht werden in Beziehungen über Generationen hinweg weitergereicht. Bettina Wuttig (vgl. Wuttig 2010) nimmt diese Überlegungen auf und geht davon aus, dass sich Vorstellungen von Geschlecht qua „Tradierung vererben, qua Einübung habitualisieren, qua Diskurs neutralisieren“. Sie wendet die Eigenschaft „gesund“ geschlechtsgebunden. Das weibliche Geschlecht erfährt eine Normierung im Sinne von natürlich. Die Normerwartung als richtig oder falsch im Geschlecht verursacht zusätzlichen Stress (ebenda S. 352):

„Die Annahme, es gäbe eine in sich identische, konstante Subjektform, die es im Namen der Gesundheit zu erreichen gilt, eine gesunde richtige weibliche Identität oder eine gesunde richtige männliche Identität, verursacht mitunter zuallererst jenen Stress für den die Annahme vorgibt, ein Heilmittel zu sein.“

Wuttig bezieht sich auf Pierre Bourdieu und seine Theorie der Inkorporation idealgeschlechtlicher Anforderungen. Geschlecht wird als Gewöhnungsakt inkorporiert und bildet den Habitus als Schema der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens, Bewertens, Sprechens und Handelns. Sie kennzeichnet ihre Position (ebenda S. 352):

„In dieser Perspektive werden Aneignungsformen von (Geschlechter)Identitäten selbst als gewaltförmige Vorgänge verstanden (...).“ „(...) dass Traumatisierungen an machtmotivierten Identitätskonstruktionen mitwirken, dass sie Teil dieser Identitätsentwicklung sind.“

In diesen Zusammenhang wird „Inkorporation von geschlechtlichem Stress“ (ebenda S. 354) und „Geschlecht sowie die damit verbundenen Anforderungen als eine Art internalisierten Dauertrig-ger“ (ebenda S. 356) verstanden, der in den unterschiedlichsten Situationen des Alltags Wirkung zeigt, der sich als leibliche Gestalt entfaltet.

Zwischenfazit zu normativen Zuschreibungen von Geschlecht

Die Mutter-Tochter-Beziehung stellt sich als Relation geschlechtlich Gleicher dar. Lernerfahrungen in dieser Beziehung erschweren Alltagspraxen, die darauf gerichtet sind, für eigene Räume Grenzen zu setzen und Territorien anderer zu besetzen. Die Bindung an die Mutter nimmt Autonomiebestreben und Eigensinn der Tochter quasi an die Leine, spurt in soziale Rahmungen ein. In weiblicher Sozialisation wird Expansion durch geschlechtsgebundene Regeln normativ beschränkt. Als Beispiel können Beschränkungen und Verbote zur eigenen Erforschung des weiblichen Körpers angesehen werden (vgl. auch Rode-Dachser 2011).

Wenn kulturell eine eindeutige normative Zuordnung zu Geschlecht gefordert ist, wenn Geschlecht den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen regelt, wenn das Merkmal „männlich“ weiterhin in Verbindung mit Ressourcenausstattung und das Merkmal „weiblich“ als Ausschluss von Ressourcen verstanden wird, eröffnet ein Modell Geschlechterspannung möglicherweise eine veränderte Sicht auf Geschlecht, die Lebensvielfalt in ihrer Unterschiedlichkeit als kulturellen Wert anerkennt und somit Gestaltungsspielräume für Weiblichkeit erweitert.

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin richten sich nun auf Diskurse in der Frauen- und Geschlechterforschung und nehmen politische Ziele sowie Umsetzungsstrategien in den Blick, die sich daraus abgeleitet haben. Dazu wird auf Überlegungen von Barbara Ziegler, Karin Derichs-Kunstmann sowie Eveline Christof, Edgar Forster u.a. Bezug genommen.

In soziologischer Perspektive differenziert Barbara Ziegler (Stiegler 2004, S. 9):

„Gender bezeichnet die Aspekte von Geschlecht, die als soziales, gesellschaftliches und kulturelles Konstrukt angesehen werden. Dabei hat Gender zwei Seiten: Zum einen meint es das soziale Geschlecht, das ein Individuum hat und das als Antwort auf die kulturellen und gesellschaftlichen Mechanismen zu verstehen ist, denen ein Individuum aufgrund seiner Kategorisierung gemäß dem „sex“ unterliegt. Zum anderen meint Gender auch die geschlechterbezogenen Regeln und Mechanismen in Institutionen, die als geschlechtliche in der Regel nicht deklariert sind, die aber indirekt Gender konstruieren.“

Stiegler sieht „sex“, „gender“ und „desire“ als Dimensionen von Geschlecht. Sie differenziert die Ausprägung einzelner Dimensionen und ihre Kombinationen sowohl für traditionelle Geschlechterkonstruktionen als auch für alternative Konstruktionen. Gender definiert sie dann als Merkmal von Strukturen und als vergeschlechtlichte Organisationsprinzipien. Stiegler verdeutlicht an den Beispielen Familie und Arbeitsmarkt, wie Geschlechtervorstellungen Strukturen und Handlungsstrategien bestimmen.

Das, was sich aus psychologischer Perspektive auf individueller Ebene der Mutter-Tochter-Beziehung zeigt, ist in soziologischer Perspektive auch auf Ebene der Organisationen feststellbar: tradierte Geschlechterkonstruktionen dienen als Orientierung und beschränken Handlungsräume. Trotz feministischer und genderpolitischer Zielsetzungen unterscheiden sich Gestaltungsspielräume für Männer und Frauen auch in westlichen Gesellschaften nach wie vor

und führen zu einer ungleichen Verteilung von Ressourcen und zu Machtverhältnissen. Partizipation und Chancengleichheit der Geschlechter sind in Deutschland politische Zielsetzungen geworden. Zur strategischen Umsetzung dieser Ziele wird auf Bildung gesetzt. Für Erwachsenenbildung stellt sich dann die Frage, wie Frauen in dieser Rahmung lernen, wie Lernprozesse im Erwachsenenalter als geschlechtsgebundene Lernerfahrungen wirken, wie diese Lernerfahrungen Zugänge zu Ressourcen erschließen.

Karin Derichs-Kunstmann (vgl. Derichs-Kunstmann 2001) hat Seminarsituationen in der Erwachsenenbildung unter dem Aspekt untersucht, wie sich die Interaktion zwischen Männern und Frauen gestaltet und welche Konsequenzen sich daraus für mögliche Lernprozesse ergeben. Bei der Studie (ebenda S. 2) geht es

„im Sinne einer konstruktivistischen Kommunikationssoziologie darum, die Konstruktions- und Institutionalisierungsprozesse von Geschlecht in konkreten Interaktionssituationen innerhalb von Erwachsenenbildungsveranstaltungen zu analysieren.“

Ihre Erkenntnisse umreißt Derichs-Kunstmann (ebenda S. 9) so:

„Die Tatsache, dass Frauen und Männer sich dem anderen Geschlecht gegenüber als Geschlechtswesen darstellen, dass sie über ihre Darstellung des sozialen Geschlechts auch ihr biologisches Geschlecht zu erkennen geben und damit eine Botschaft über sich vermitteln, wird kaum bewusst wahrgenommen, weil sie so alltäglich ist.“

Befunde der Studie zeigen, dass es in diesem Kontext zur Inszenierung von Geschlechterverhältnissen kommt. In der Bildungsarbeit mit Erwachsenen manifestieren sich geschlechtsdifferente Lernkulturen und es ist festzustellen, „dass diese Verhaltensweisen im Wesentlichen innerhalb unseres kulturellen Kontextes auf Übereinstimmung stoßen.“

In einem Forschungsprojekt zu feministischer Bildungsarbeit gehen Eveline Christof, Edgar Forster u.a. (vgl. Christof/Foster u.a. 2005) davon aus, dass Frauen nicht nur durch Strukturen determiniert sind, sondern dass es im Wesentlichen von den Deutungsmustern abhängt, wie sie Handlungsspielräume nutzen können (ebenda S. 18):

„Wir werden dementsprechend in unseren Analysen den Fokus auf solche Deutungsmuster richten. Im Anschluss daran lässt sich die These formulieren, dass eine der epochaltypischen Lernherausforderungen gerade darin liegen könnte, Deutungskompetenzen auszubauen und damit Handlungsspielräume zu erweitern. Feministischer Bildungsarbeit käme dann die Aufgabe zu, Voraussetzungen für die Entwicklung von Deutungskompetenz zu schaffen.“

Danach ist es eine Lernherausforderung für Frauen, Deutungskompetenz auszubauen und damit ihre Handlungsspielräume zu verändern. Feministisch verstandene Bildungsarbeit hat dann das Ziel, diese Suchbewegungen fördern.

Zwischenfazit zur Geschlechterkonstruktion in Bildungsarbeit

Trotz gleichstellungspolitischer Ausrichtung dienen tradierte Geschlechterkonstruktionen weiterhin als gesellschaftliche Orientierung, die Handlungsspielräume beschränken und ungleiche Zugänge und Verteilung von Kapitalressourcen fortsetzen. In der Erwachsenenbildung fließt geschlechtsgebundenes Verhalten in Lernsituationen und -kulturen ein und wird dort akzeptiert. Diese Lernkulturen setzen das normative Einspuren fort und manifestieren geschlechtsgebundene

Sichtweisen und Handlungsstrategien. Es wäre zu fragen, wie es in berufsbezogenen Lernfeldern durch feministische Bildungsarbeit gelingt, sich auf Gestaltungsspielräume für Frauen auszurichten.

Fazit zur Standortgebundenheit

Diesen Überlegungen folgend wird es in dem Forschungsprojekt darum gehen, in den empirischen Materialien nach Sichtweisen berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen zu suchen, die Hinweise auf ein So-Sein in der geschlechtlichen Konstruktion geben. Fragen des Wie, des biografischen Ausgestaltens, der Gestaltungsspielräume von Frauen für Suchbewegungen, die an diesen Konstruktionen orientiert sind, rücken damit als mögliche Perspektive auf die Materialien in den Fokus.

In Erinnerungsarbeit des Interviews folgen die Interviewpartnerinnen ihrem beruflichen Geworden-Sein. Im Material zeigen sich Strukturen, Werte und Einstellungen als Konstruktionen von Weiblichkeit und Geschlechtszugehörigkeit und werden im Forschungsprojekt durch Rekonstruktion zugänglich. Der Verschränkung von individuellen Erfahrungen und kollektivem Erfahrungswissen wäre am Material nachzugehen. Es schließen sich die Fragen an, wie geschlechtsgebundene Orientierungen in Lernprozessen zu erschließen sind, wie sie reproduziert oder auch verändert werden. Als Fragen an die Materialien wird festgehalten: Wie lernen Frauen Geschlecht? Wie adressieren berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen Geschlecht? Wie werden Konstruktionen von Geschlecht durch berufliche Praxen reproduziert?

Das Modell der Geschlechterspannung eröffnet möglicherweise eine veränderte Sicht auf Geschlecht und erweitert somit Gestaltungsspielräume für Weiblichkeit. Sowohl psychoanalytische als auch am Habitus orientierte Überlegungen bieten theoretische Anschlüsse, denen am Material des Forschungsprojektes nachgegangen werden kann.

Trotz gleichstellungspolitischer Ausrichtung beschränken tradierte Geschlechterkonstruktionen als gesellschaftliche Orientierungen die Handlungsspielräume. Ungleiche Zugänge und Verteilung von Kapitalressourcen werden nach wie vor reproduziert. Geschlechtsgebundene Lernkulturen in der Erwachsenenbildung verfestigen Sichtweisen auf Geschlechter und wirken sich auf Strategien aus, die sich daraus ableiten. Es wäre zu fragen, wie durch feministische Bildungsarbeit gelingt, berufsbezogene Lernfelder auf Gestaltungsspielräume für Frauen auszurichten.

2.3 Lernen und Lehren

Lernerfahrungen können auf Ebene der Interaktion differenziert werden in Prozesse des eigenen Lernens und des Vermittelns von Gelernten an andere. Die Überlegungen zur zweiten Art dieser Prozesse beziehen sich hier sowohl auf Prozesse, die beschrieben werden können, als anderen etwas beizubringen, und auf Prozesse, die eher unbewusst ablaufen und sich auf generative Weitergabe von Erfahrungswissen beziehen.

Im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt umfasst der Begriff Lehren auch das Einspüren in Konstruktionen des weiblichen Geschlechts, das unter Mitwirkung von spezifischer Akteur_innen in Situationen der Schwangerschaft und Geburt einsetzt. Aktuell ist Familienrealität arm an Erfahrungsmöglichkeiten, die sich direkt auf Schwangerschaft und Geburt beziehen.

Wie sich Schwanger-Sein, wie Geburt sich anfühlt, ist für Frauen dann ein eher verborgener, ungewisser Prozess, den sie erst durchleben, wenn es um ihr eigenes Mutterwerden geht. Zugehöriges Erfahrungswissen bleibt vage und wird von schwangeren Frauen oft als nicht hinreichend angesehen. Andere Informationen kommen ins Spiel wie Wissen von Expert_innenwissen, aus dem Internet und anderen Medien. Die Nachfrage zu Wissen und Erfahrungen von Hebammen oder Familienhebammen als Expertinnen hat Konjunktur. Berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen können als lehrende Tätigkeiten angesehen werden. Es wird spezifisches Wissen von Frauen abgefragt und an Frauen vermittelt. In der Beziehung zur Hebamme oder Familienhebamme besteht für Frauen die Möglichkeit, ihre Deutungskompetenz von körperlichen Veränderungen auszubauen und ihre Handlungsspielräume als Frauen auszuloten und zu erweitern. Im umgekehrten Verhältnis besteht für Hebammen oder Familienhebammen die Möglichkeit, ihre Konstruktionen von weiblichem Geschlecht zu verändern und ihre Deutungskompetenz für berufliche Praxen auszubauen. Lernen und Lehren vollziehen sich im Kontext von Wechselwirkungen. Hier wäre theoretischen und konzeptionellen Anschlüssen der Überlegungen zu feministischer Bildungsarbeit in Auseinandersetzung mit dem Material des Forschungsprojektes nachzugehen.

Aus Perspektive der Pädagogik rücken Konzeptionen der Selbstbildung in den Fokus des Interesses der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin. Ausgehend von Wortbedeutungen wenden sich die Überlegungen der Lernkonzeption von Ortfried Schäffter aus systemtheoretischer Perspektive zu und folgen Konzeptionierungen von Ekkard Nuisl zum lernenden Subjekt und der Rolle von Lehrenden. Ausgangspunkt bilden fachliche Reflexionen zur Selbstbildung, die in einer Publikation für Rolf Arnold als Festschrift (vgl. Gieseke, Nuisl, Schüßler 2012) zusammengestellt worden sind.

In der Wortbedeutung haben Lernen und Lehren gemeinsame sprachliche Wurzeln (vgl. „lernen“ in Wikipedia 2016. Herkunft des Begriffs), einer Spur nachzugehen, nachzuspüren, zu schnüffeln. In interpretierender Lesart geht es bezogen auf Menschen um Spuren im Gedächtnis, um Spuren in der Erinnerung von Erfahrungen sowohl auf der Ebene des Individuums als auf der Ebene von sozialen Gruppierungen oder Gesellschaften in zeitlicher und räumlicher Gebundenheit. Mit dem Verb „schnüffeln“ werden diese Spuren an körperbezogene Erfahrungen des Riechens gebunden. Der menschliche Organismus entwickelt die Fähigkeit zu riechen im frühen Stadium seiner Entwicklung. Vorsprachliche Erfahrungen werden oft mit spezifischen Gerüchen verknüpft, überschichtete Erinnerungen werden mit Anknüpfung an einen Geruch transformiert und dem Bewusstsein zugänglich. Das Wort „schnüffeln“ lenkt die Aufmerksamkeit damit bereits auf eine leibliche Verankerung von Erfahrungen, um die es im menschlichen Lernen und Lehren zu gehen scheint.

Lernen und Lehren finden in spezifischen sozialen Kontexten und Rahmungen statt. Als Sozialisationsprozesse verstanden geht es dabei um Passungen des subjektiven Denkens, Fühlens und Handelns an soziale Normierungen. Ein Individuum entwickelt sich als Persönlichkeit aufgrund von Interaktionen mit einer spezifischen materiellen und sozialen Umwelt zu einem Subjekt im Selbst- und Weltverhältnis. In Beziehungen zu anderen, in sozialen Bindungen entwickeln sich Haltungen zu sozialen Normen, Wertvorstellungen, Repräsentationen als Habitus, der produziert und reproduziert wird. Eine Bündelung von Lernprozessen wirkt in Sozialisation, um

ein menschliches Individuum für eine bestimmte gesellschaftliche Kultur lebens- und handlungsfähig zu machen.

Hurrelmann (vgl. Hurrelmann 2001) betont in diesem Zusammenhang, dass es dabei um lebenslange Aneignung und Auseinandersetzung geht, ein Prozess, der zum menschlichen Leben gehört, der quasi erst mit dem Sterben endet. Er sieht dabei nicht den Erwerb eines gesellschaftlich gewünschten Repertoires von vorgegebenen Verhaltensweisen und Orientierungen, sondern beschreibend eine „produktive Realitätsverarbeitung“.

Aus soziologischer Perspektive spielen Kategorien wie Macht, Ungleichheit, Herrschaft und Gewalt für Lernprozesse ebenso eine Rolle wie die Zuweisungen zu Positionen in Beziehungen und Interaktionen der an Lernprozessen beteiligten Akteur_innen.

Eine pädagogische Perspektive auf ein Subjekt als autopoitisches System führt zu spezifischen Konstruktionen von Lernprozessen. Aus systemtheoretischer Perspektive formuliert Ortolf Schöffter (Schöffter, 2007, S. 7) dazu: Lernen ist

„prozess-theoretisch als ein unablässig wirksamer Operationskreis systemischer Selbstkonstitution rekonstruierbar, der sich für unterschiedliche Systemreferenzen erforschen lässt.“

Als „Existenzbedingung autopoitischer Systeme“ kann „produktive und reproduktive Umweltaneignung“ angesehen werden, „die zunächst keiner pädagogisch-normativen Einflussnahme zugänglich ist.“ Ein autopoitisches System ist an Geschlossenheit geknüpft. Für eine pädagogische Problemstellung ist deshalb zu klären, wie und worauf genau bezogen ein System lernt, „über welche Innen/Außen-Relationierungen es neue Umwelten konstruiert; durch produktive Aneignung aufrecht erhält und sich in ihnen einnistet.“ Schöffter versteht „Lehren dann als eine Modifikation umweltaneignender Operationskreise“ und geht davon aus, dass „basale Operationen bereits ausgebildet und für Außeneinflüsse anschlussfähig“ sind:

„Prozesse organisierten Lernens schließen daher an eine übergeordnete systemische Ebene der Selbstbeschreibung an.“

Schöffter (ebenda S. 14) bezieht sich bei seinen Ausführungen auf Prozesse organisierten Lernens und geht dabei von einem „kontextgebundenen, systemischen Zusammenspiel zwischen drei Dimensionen pädagogischer Praxis“ aus, die er mit „individuelle Lehrtätigkeit“, mit „individuellem Aneignungshandeln“ und mit „sozialräumlichem Setting“ fasst.

In einer früheren Veröffentlichung (vgl. Schöffter 1993) beschreibt Schöffter autopoitisch rekonstruierend, wie ein „sich selbst hervorbringendes Subjekt“ aus „Spannungen als Erlebnisformen“ mit „Thantalos- und Eros-Prinzipien“ eine „pathetischen Landschaft“ zur Weltaneignung aufschichtet. Zwischen Lehren und Lernen sieht er einen „komplementären Wechselbezug, der „sich offenbar erst über die Erfahrung gegenseitiger Widerständigkeit konstituiert“. Diese Überlegungen zum Lernen haben Eingang in Konzepte der Erwachsenenbildung gefunden. Allgemein wird angenommen, dass Erwachsene nur lernen, wenn sie ein Motiv dafür haben, das dem eigenen Interesse dient. Horst Siebert (zitiert nach Nuissl 2012, S. 83) formuliert plakativ:

„Erwachsene sind lernfähig, aber unbelehrbar.“

Ekkard Nuissl (vgl. Nuissl 2012, S.83) setzt bei Lernprozessen stärker auf Interaktion und geht davon aus, dass „ein Geflecht hilfreicher Interaktionen“ notwendig ist, um ein Subjekt bei der „Selbstfindung“, bei der „Entwicklung seines Potentials“ zu unterstützen. Nach Nuissl (ebenda S. 88)

„ist das lernende Subjekt Herr über seinen Lernprozess, auch wenn es ihn möglicherweise nicht kompetent steuern kann.“

Er (vgl. ebenda S.89) sieht das lernende Subjekt als „Prosument, es ist Produzent und Konsument in einem“, der Unterstützung in drei Bereichen benötigt: beim Erwerb von Wissen und Kompetenzen, um vorhandene eigene Kenntnisse und Erfahrungen erkennen und aktivieren zu können sowie neue Erfahrungen zu ermöglichen, bei der Selbststeuerung des Prozesses durch Wahrnehmung und möglicher Überwindung von Widerständen sowie Entscheidungen für Dauer und Kontext des Lernens, bei der Definition von Zielen und Bewertung von Erfahrungen, wie diese zu erreichen sind.

Lehrende sieht Nuissl als Subjekte, die Teil des Lehr-/Lernprozesses sind. Auf der Beziehungsebene gibt es ein hierarchisches Gefälle, das sich im Prozess verändert. Es geht um einen Aushandlungsprozess, in welcher Dimension eine Unterstützung erfolgt und mit welchem Ziel diese dann stattfinden wird. Die spezifische Rolle eines Lehrenden ist mit Moderation und Ermöglichung von Lernen zu fassen. Nach Nuissl entsteht ein Widerspruch zur dieser moderierenden Rolle, wenn der Lehrende das Ziel selbst festlegt und weder Zeit noch Raum für diese Aushandlungsprozesse gegeben sind. Dieser Widerspruch entlässt den Lehrenden nicht grundsätzlich aus Verantwortlichkeiten. Er (ebenda S. 93) führt dazu ein Beispiel aus:

„Solange sich der Lehrende in der Erwachsenenbildung mit bereits domestizierten Pferden beschäftigt, hat er diese zur Tränke zu führen, wenn er nicht ihren Tod riskieren will. Seine Rolle ist dann die des Führers zum Ort des notwendigen Geschehens, eine außerordentlich machtvolle und kaum partizipativ auszugestaltende Rolle. Die Pferde sind – mit dem Risiko des Verdurstens – auf den führenden Pädagogen angewiesen. (...) Die wichtigste Kompetenz des Lehrenden ist zu wissen, wo die Tränke ist.“

Hiermit begründet Nuissl die Rolle des Lehrenden als notwendig mächtig. Diesen Überlegungen werden bezeichnender Weise nicht in gendersensibler Sprachform formuliert. „Der Lehrende“ verfügt über Wissen als Ressource und ist im Rahmen seiner Rolle auch zum Teilen aus Verantwortung für den Lernenden verpflichtet. Es gibt also normativ-ethische Regeln für Lehrende.

Nuissl (vgl. ebenda S. 94 ff) unterscheidet drei Dimensionen von Lehre: das „Subjekt des Lehrenden“, die „Rekonstruktion des Stoffes“, die „Methode der Vermittlung“. Im Weiteren bezieht er sich (vgl. ebenda S. 99 f) mit Rückbezug auf Arnold auf Lehr-/Lernprozesse der Erwachsenenbildung, die mit dem Konzept des erfahrungsorientierten Lernens, mit der „Konstruktion des Lerninhalts aus der Erfahrung des Lernenden“ verbunden sind. Nuissl (ebenda S.97) sieht den Schwerpunkt für Lernen auf kommunikativer Ebene:

„Vielfach werden Methoden auf die Funktion des Lernens, also auf die stoffliche Seite des Lernprozesses reduziert. Damit geraten aber die Notwendigkeiten aus dem Blick, gerade im subjektorientierten Lernen die sozialen und kommunikativen Prozesse angemessen zu gestalten.“

Mit diesem Fokus auf Interaktionen ergeben sich Anschlussmöglichkeiten an Überlegungen zu Transformationen im Selbst- und Weltverhältnis, die sich in Lernprozessen vollziehen. Lernen verbindet sich mit der Fähigkeit zur Reflexion von Wissen, schafft Zugänge zu Wissen auf unterschiedlichen Ebenen, auch wenn Transformationen im Selbst- und Weltverhältnis nicht immer in Worte zu fassen oder mit anderen Instrumenten als Lernerfolg messbar zu machen sind.

Das lernende Subjekt nutzt unterschiedliche Formen des Wissens. Insbesondere Erfahrungswissen basiert auf implizitem Wissen, wenn es darum geht, etwas anwenden zu können, ohne bereits genau zu wissen, was und wie gelernt wurde. Das Konzept des impliziten Wissens geht von einer Stufung der Zugänglichkeit aus (vgl. „Konzept Implizites Wissen“ in Wikipedia 2015):

- „in actu implizites Wissen“ (intuitives Wissen): eine Person handelt kompetent, ohne sich an Regeln zu erinnern, quasi automatisch.
- „nicht verbalisierbares Wissen“: eine Person handelt kompetent, ohne sich an Regeln zu erinnern, quasi automatisch und kann auch im Rückblick nicht in Sprache fassen, wie es dazu kam.
- „nicht formalisierbares Wissen“: eine Person handelt kompetent, ohne sich an Regeln zu erinnern, quasi automatisch, kann auch anschließend keine Regeln benennen. Auch für beobachtende Akteur_innen, die versuchen könnten Regeln zu beschreiben, gilt, dass keine Regeln zu benennen sind.
- „erfahrungsgebundenes Wissen“: Wissen, das sprachlich nicht oder kaum weitergegeben werden kann, Lernen erfolgt aus Erfahrung an einem Modell, das zeigt, was vorher nicht gesagt werden kann.

Wenn implizites Wissen als Differenzgröße zwischen Können und explizitem Wissen gefasst wird, klingt damit eine Messbarkeit an. Hierzu ist einzuwenden, dass sich das aufgrund der Komplexität von Wirkfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen als schwierig darstellt und eine wissenschaftliche Annäherung dann eher qualitativ gelingen kann. Formen von implizitem Wissen sind für den beruflichen Alltag weitreichend vorhanden und werden dort auch genutzt. Berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen könnten von diesem Wissen insbesondere dann profitieren, wenn es um leibliche Handarbeit geht.

Fazit zur Standortgebundenheit

Wenn die Mutter-Kind-Bindung als körperbezogene organismische Basis eines autopoitischen Subjekts und erste Rahmung für menschliche Erfahrungen gesehen wird, entsteht diese Basis bereits in der Schwangerschaft, in der sich aus einem Subjektkörper ein anderer entwickelt. Die primäre Sozialisation als Subjekt beginnt bereits vorgeburtlich im Mutterkörper, in Relation zu Bindungen in ihrer Dimensionierung von Dauer, Intensität und Beständigkeit, die sich nach der Geburt als Lernsituationen fortsetzen. In sekundärer Sozialisation kommen dann Subwelten zum Tragen, die den Kontext für das lernende Subjekt ausmachen und zur Aufsichtung des spezifischen Erfahrungswissens führen. Lernerfahrungen dieser Subwelten wie Familie, Peergruppe, Schule, Ausbildung oder berufliche Tätigkeiten werden vom Subjekt inkorporiert und führen in Überschichtungen von bisherigen Erfahrungen zu habituellen Orientierungen im Lernen. Verweildauer, Beständigkeit und Anschlussfähigkeit der Subwelten sind auch hier als Wirkfaktoren anzusehen.

In Weiterführung der Überlegungen wird Lehren alltagssprachlich als eine Tätigkeit verstanden, einer anderen Person oder Personengruppe Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln oder anzuleiten, eine bestimmte Tätigkeit auszuführen. Lehren ist darauf gerichtet, anderen Personen Zugänge zu Wissen als Ressource oder als Kapital zu erschließen. Aspekte der gesellschaftsbezogenen Kapitalbildung könnten Tätigkeiten des Lehrens und des Beratens möglicherweise unterscheiden (vgl. Kapitel 2.5).

Lehren ist an Interaktion gebunden. Die Interaktion des Lehrens geht von mindestens zwei

Akteur_innen aus, die in einer Beziehung zueinander stehen und über unterschiedliches Wissenskapital verfügen. Eine der Akteur_innen verfügt über Ressourcen, über die die anderen Akteur_innen zu Beginn der Beziehung weniger oder gar nicht verfügen. Es ist von einem Unterschied in Bezug auf Kompetenz auszugehen. Die Perspektive der Lehrenden ist somit die Perspektive von Kapitalist_innen. Im Prozess des Lernens kann das Kapital, über das die beteiligten Akteur_innen verfügen, gleichbleiben oder sich verändern. Lernen und Lehren kann als wechselseitiger Prozess des Kapitalaustausches konzeptioniert werden mit Wirkung auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse im Feld.

In Bezugnahme auf ein energetisch-organismisches Modell kann von unterschiedlichen Spannungen ausgegangen werden, die sich in der jeweiligen Rahmung des Lernortes oder des Lernarrangements als Kontext herstellen und die Tendenz haben, sich im Lernprozess angleichend zu verändern. Wie weitreichend diese Veränderungen sind, hängt von Lernwiderständen des Subjekts ab, die auf unterschiedlichen Ebenen auftreten können und die Strömungen energetischer Prozesse im Selbst- und Weltverhältnis beeinflussen. Die Wechselwirkung von Lernen und Lehren kann in diesem Modell als energetische Passung im Organismus in Relation zu anderen Organismen verstanden werden.

Lernen und Lehren basieren auf wechselseitigen Prozessen der Kommunikation und Interaktion in der Entwicklung der Fähigkeit zur Reflexion von Wissen. Im Lernen und Lehren geht es um ein Teilen von Wissen und um Zugänge für lernende Subjekte in spezifischen Lernarrangements.

Am Material des Forschungsprojektes wäre für berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen zu klären, in welchen Lernsituationen sie entwickelt wurden und wie berufliche Situationen sich möglicherweise als weiterführende Lernsituationen erweisen. Weitere Fragen sind, wie Prozesse des Lehrens oder des Beraten von anderen Frauen in diesem Kontext zu sehen sind, wie sich in beruflichen Situationen von Hebammen möglicherweise Prozesse zur Erweiterung von Deutungskompetenz in Bezug auf Konstruktionen der Weiblichkeit entspinnen, die als gemeinsames Lernen anzusehen sind.

Zur Auswertung des Materials wird festgehalten, dass Transkriptionen implizites Wissen in doppelter Weise nur eingeschränkt abzubilden vermögen, indem sie Zugänge zu reflektierten Erinnerungen sind, die im Gespräch laut-sprachlich geäußert werden und ihrerseits in der Verschriftlichung eine weitere Bindung an sprachliche Artikulierbarkeit erfahren.

2.4 Lernen als Erwachsene

Nach diesen allgemeinen Überlegungen zu Lernen und Lehren rücken für die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin strukturelle Rahmungen in den Fokus. In pädagogischer Perspektive hat sich Erwachsenenbildung mit langer Tradition als vierte Säule des Bildungssystems etabliert. Insbesondere der Bereich der politischen Bildung, der in Einrichtungen der Gewerkschaft oder in Volkshochschulen institutionelle Praxis entwickelt hat, verbindet sich mit emanzipatorischen Zielsetzungen wie Selbstbestimmung, Chancengleichheit, Partizipation, Mündigkeit als Bürger_in, die in Korrespondenz mit politischen Zielen von sozialen Bewegungen ab der 70er Jahre zu sehen sind.

Übergeordnete Zielsetzung von Erwachsenenbildung war und ist, Erwachsene als erwachsene Menschen zu begleiten und fördern. Lern- und Bildungsinteressen im Erwachsenenalter richten sich in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklungen und Interessen vorrangig auf Selbstverwirklichung, Sinnfindung und Lebensqualität, auf Selbstbestimmung, Autonomie und Emanzipation, auf Chancen und Risikoausgleich im Leben, auf Mehrung von Kompetenzen und Ressourcen für soziale Positionierung in Familie, Beruf und Gesellschaft, auf aktive Gestaltung von Gemeinschaften und Gesellschaft, auf Kapitalmaximierung von Individuen und Institutionen.

Nach Christine Zeuner (Zeuner 2012, S. 210 f) erfüllt Erwachsenenbildung „komplementäre und kompensatorische Aufgaben, die zu Lernprozessen in unterschiedlichsten Formen und Formaten führen – organisiert oder selbstgesteuert, formal, non-formal oder informell, individuell, gesellschaftlich oder beruflich verwertbar.“

Individuelle, bildungspolitische und gesellschaftliche Ansprüche und Erwartungen an Erwachsenenbildung verändern sich ständig und durchlaufen prozesshafte Passungen und Transformationen, die mit „bildungspolitischen Erwartungen der Selbststeuerung individueller lebenslanger Lernprozesse“, mit „Selbstorganisation“ und „Selbststimmung“ verbunden sind. Die Verantwortung für Erfolg oder Misserfolg mit dazu gehörenden Konsequenzen für soziale Positionen liegt damit bei dem Individuum. Nach Zeuner (vgl. ebenda S. 221 f) ist hierbei „eine Verlagerung der Verantwortung für Lernen und Bildung auf das Individuum unter gleichzeitigem Rückzug des Staates“ auszumachen. Sie sieht eine neoliberal begründete Variante vom Konzept lebenslanges Lernen kritisch, das mit sozialen Entgrenzungen und Auflösungen sowie institutionalisierter Ökonomisierung einhergehen. Sie verbindet das mit der Befürchtung (ebenda S. 222): „Die Existenzberechtigung der Erwachsenenbildung kann auf dem Prüfstand stehen, wenn sie ihr Selbstverständnis als Teil gesellschaftlicher Bewegungen aufgibt und damit auch ihre Aufgaben in Bezug auf Bildung und Demokratisierung der Bevölkerung.“

Auch Klaus Ahlheim (vgl. Ahlheim 2012) sieht Erwartungen an Schlüsselqualifikationen in der beruflichen Bildung mit sich anschließenden möglichen Folgewirkungen kritisch. Schlüsselqualifikationen beziehen sich auf personenzentrierte, persönlichkeits- und verhaltensorientierte Eigenschaften eines Menschen. Mit dem Konzept der Schlüsselqualifikationen werden persönlichkeitsbezogene Kompetenzen gefördert und für betriebliche Interessen nutzbar gemacht. Mit Schlüsselqualifikationen sind „Kritikfähigkeit, Kreativität, Selbstständigkeit, Selbstvertrauen, Kommunikations- und Teamfähigkeit“ gemeint, die nach Ahlheim in Ergänzung mit „Mündigkeit, Toleranz und Fairness“ durchaus Nähe zu progressiv-humanistischen Bildungszielen haben. In Bezugnahme auf Arnold formuliert Ahlheim (ebenda S. 229):

„Die subversive Potenz des so Erlernten – Arnold spricht von einer den Qualifizierungskonzepten innewohnenden impliziten Paradoxie – lässt sich kaum eingrenzen. (Nennung einzelner Schlüsselqualifikationen) sind natürlich auch im Interesse einer Humanisierung der Arbeitswelt zu nutzen gegen die Profitinteressen eines Unternehmens, (...) Lernen, Bildung und befreiende Erkenntnis gehen – einmal in Gang gesetzt – wohl auch ihre eigenen Wege.“

Diese Überlegungen bieten sich als Brücke zu Eigensinn im Lernen an. Mit Bezug auf Illouz bewertet Ahlheim (ebenda S. 230) „die Feier des Subjektes in betrieblichen Lernprozessen“ jedoch

als Schein und die Veränderung der „Ware Arbeitskraft“ als radikal:

„Jetzt wird auch die Psyche, die ganze Persönlichkeit, wird auch das Individuelle, einstmals Private, wird selbst das Gefühl zu Markte getragen.“

Die Anforderungen sind auf „ökonomisch Nützlich“ gerichtet und widersprüchlich: „allseitige Verfügbarkeit“, „Identifikation mit allen“ Zielen, „Anpassung mit dem Schein des Unangepassten“, „Kritik, begrenzt durch den Begriff des Nützlichen“, „Teamarbeit und Konkurrenz zugleich“. „Und all das geschieht – ein subjektzerstörender Widerspruch – unter dem Signum von Autonomie, Freiheit und Selbstverwirklichung.“ Mit diesen Überlegungen wird die zerstörerische Wirkung in den Fokus genommen, die sich als anderer Horizont auftut im Feld der Spannungen unauflöslicher Widersprüche. Der „Zugriff auf das Subjekt“ (ebenda S. 231 f) total und weitreichend:

„Subjektorientierung wird verkehrt in ihr Gegenteil, wird zur Forderung, zum Zwang, auch zum Zwang lebenslangen Lernens. (...) Herrschaft, politische und ökonomische Macht verstecken sich hinter subjektfreundlichen Anpassungsstrategien und werden ebenso unkenntlich wie unangreifbar.“

Für das Subjekt hat das Konsequenzen: Überforderung und Erschöpfung stellt sich ein, die permanenten Zumutungen und Anforderungen wirken zerstörend, das Subjekt sehnt sich nach Verortung in einem „Wir“, aber das „Wir“ ist defensiv gefasst aus einer „Abwehr gegen Verwirrung und Entwurzelung“. Utopien als gemeinsame Orte erscheinen fraglich.

Das Subjekt orientiert sich am Festhalten von Bewährtem, an Ausgrenzung von Fremdem, an Vermeidung von Risiko. Die Bewegungen des Subjektes werden einseitig schließend, auf Ausschluss gerichtet. Im Anschluss an Oskar Negt fordert Ahlheim (ebenda S. 234) ein politisierendes Anknüpfen an Berufserfahrungen in einer dialektischen Verschränkung als „kritische Qualifikation der Arbeitskraft“.

In privaten und öffentlichen Bereichen wie Familie und Beruf wird dauerhaftes, an Persönlichkeitsentwicklung orientiertes Lernen erwartet und gefordert. Die Ebenen von Persönlichkeit zwischen privat und öffentlich haben sich angenähert, Grenzen sind schwer auszumachen und zerfließen. Eine Wissensgesellschaft fordert im Kampf um Positionen unbegrenzte Lernbereitschaft und beständige Zielorientierung ihrer Akteur_innen.

Als wissenschaftliches Fachgebiet ist die Pädagogik in einer solchen Gesellschaft einer starken Diversifizierung und Ausdifferenzierungen unterworfen. Christina Buschle und Rudolf Tippelt (vgl. Buschle/Tippelt 2012, S. 198) sprechen von „Entgrenzung des Pädagogischen“ und sehen Veränderungen in den Innen- und Außen-Beziehungen, den Professionellen-Adressaten-Beziehungen, die im Spannungsfeld von professioneller Unterstützung stehen. Qualität einer pädagogischen Leistung bedeutet Erwartungen und Anforderungen, Qualität wird zu einer neuen Art Währung mit rechtlichen Regelungsmechanismen im Feld der Machtverhältnisse.

Auf individueller und institutioneller Ebene haben sich Netzerkennungen, in denen sich Akteur_innen auf die Durchsetzung gemeinsamer Ziele verpflichten und ein institutionalisiertes Kooperationsgefüge entwickeln, als Strategie etabliert, um Synergien nutzen zu können und Qualität von Leistungen zu optimieren. Diese Strategie findet gegenwärtig in privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Bereichen Anwendung. Spuren dieser Strategie bilden sich in verschiedensten Kontexten und konzeptionellen Rahmungen ab. In reflexiver Bewertung eigener Erfahrungen fühlen sich diese Strategien für mich trotz sprachlicher Ähnlichkeiten anders an als Strategien, die

in den 70er Jahre von Akteur_innen sozialer Bewegungen praktiziert wurden.

Nach Buschle und Tippelt (vgl. ebenda S. 198 f) hat die Qualitätsorientierung ihrerseits neue spezialisierte Arbeitskräfte hervorgebracht: „Qualitätsarbeiter“, die Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Produktion von Dienstleistungen verantworten. Eigenständige „Reflexionsprofessionelle“ bieten Dienstleistungen der Beratung, Supervision und Coaching an, um Professionelle in der Qualitätsarbeit unterstützen. Eine vielfältige Palette von Angeboten zur „professionelle Reflexionsunterstützung“ hat sich entwickelt und wird wachsend nachgefragt. Zur eigentlichen Arbeitsbelastung kommt „die Bürde der Reflexion als Form einer spiralförmigen Anspruchssteigerung“, die als eine „individualisierte professionelle Anspruchs-konstruktion“ kritisch hinterfragt werden muss. Ihrer Einschätzung nach (ebenda S. 199) ist

„in den Organisationen selbst verankerte Reflexion (...) eine kluge Antwort auf den individualisierten Steigerungsdiskurs individueller professioneller (Selbst) Reflexibilität.“

Zwischenfazit zu „Qualifikation der Arbeitskraft“

Die von Ahlheim formulierte Forderung nach einen politisierendes Anknüpfen an Berufserfahrungen in einer dialektischen Verschränkung als „kritische Qualifikation der Arbeitskraft“ und die Überlegungen von Busch und Tippelt zur strukturellen Verankerung von Reflexion als Antwort auf den individualisierten Steigerungsdiskurs von Reflexibilität werden als mögliche Anschlüsse in der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin gesehen. Der kritischen Frage, vor welchen Karren „professionelle Reflexionsunterstützung“ gespannt wird und sich spannen lässt, ist ebenso nachzugehen wie der Frage nach spezifischen Kontexten für Lernen, das solchen dialektischen Verschränkungen Raum gibt und ein Ausloten von Positionen in beruflichen Strategien und Praxen anregt.

In Fortsetzung der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wende ich mich anschließend strukturellen Rahmungen von Lernen am Beispiel des Deutschen Qualitätsrahmens für lebenslanges Lernen (vgl. dqr 2015) zu, der als Qualitätsnorm für Ausbildung auch im beruflichen Feld von Hebammen Anwendung findet.

Am Beispiel dieser Qualitätsnorm kann angerissen werden, wie gesellschaftliche Zielsetzungen für das berufliche Feld als Normierung verankert und über administrative Ebenen hinweg prozessorientiert durchgesetzt werden. Der Durchsetzungsprozess lässt Bewegungsmuster erkennen: von oben nach unten und umgekehrt, voran und zurück und umgekehrt, von Begeisterung für Visionen zu Ernüchterung in der Realität und umgekehrt, vom Plan zur Umsetzung usw. Es finden Transformationsprozesse auf Ebene der Individuen, auf Ebene beruflicher Gruppierungen, auf Ebene von Institutionen und Organisationen, auf Ebene nationaler und internationaler Gruppierungen statt. Wenn man so will: ein Beispiel für vielschichtige Lernprozesse unterschiedlicher struktureller Reichweite.

Exkurs zum Deutschen Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen

Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen DQR (vgl. dqr) ist die nationale Antwort auf den Europäischen Qualifikationsrahmen EQF. Der EQF ist seit 2008 in Kraft gesetzt worden im Bestreben, die Transparenz, die Durchlässigkeit und Mobilität der europäischen Bildungssysteme zu erhöhen. In der Folge der Erklärungen von Bologna aus dem Jahr 1999, die

die Hochschulbildung betrifft, und der Kopenhagener Erklärung, die sich auf berufliche Bildung bezieht, ist er als Referenzrahmen für allgemeine, berufliche und akademische Aus- und Weiterbildung formuliert worden. Mit diesem Rahmen wird eine Verknüpfung zwischen den Qualifikationssystemen in Europa angestrebt, die Transparenz und Vergleichbarkeit ermöglichen soll.

Der EQR hat mit Kenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen drei Kategorie-Säulen, die jeweils mit acht Niveaustufen ausdifferenziert sind. Die einzelnen europäischen Staaten haben sich verpflichtet, bis zum Jahr 2010 nationale Qualifikationsrahmen zu entwickeln und bis zum Jahr 2012 alle Qualifikationsnachweise der einzelnen Staaten einem Niveau nach EQR zuzuordnen und damit Vergleichbarkeit zu gewährleisten (vgl. Gebrande 2011).

In Deutschland wurde der DQR von einem Arbeitskreis DQR (vgl. AK DQR) im Dialog mit unterschiedlichsten Gruppierungen vorbereitet. Der AK DQR hat dazu einen Vorschlag erarbeitet, der im Zeitraum von 2009 bis 2010 von vier Arbeitsgruppen aus den Tätigkeitsfeldern Gesundheit, Handel, IT-Bereich und Metall/Elektro erprobt wurde.

Nach Abschluss dieser Erprobungsphase wurde der Vorschlag im Jahr 2011 an das zuständige Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Kultusministerkonferenz zur Beschlussfassung gegeben. Zum 01.05.2013 wurde der DQR eingeführt auf der Grundlage des gemeinsamen Beschlusses des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, der Kultusministerkonferenz und der Wirtschaftsministerkonferenz (vgl. Gebrande 2011 und www.dqr.de).

Ziel des DQR ist also die Vergleichbarkeit von Qualifikationen zur Mobilitätsverbesserung zwischen Qualifikationssystemen in Europa mit (vgl. dqr) und dient der Erreichung von Gleichwertigkeit allgemeiner, beruflicher, hochschulischer Bildung einschließlich zugehöriger Weiterbildung, der Kompetenzorientierung, der Orientierung an Lernergebnissen, der Orientierung an Durchlässigkeit und Qualitätssicherung im deutschen Bildungssystem, der Verbesserung von Anerkennung und Anrechnung nicht-formaler und informell erworbener Kompetenzen.

Der DQR ist gedacht als eine umfassende, bildungsbereichsübergreifende Matrix zur Einordnung von Qualifikationen. Die Niveaustufen ermöglichen eine Zuordnung gleichwertiger, aber nicht gleichartiger Qualifikationen. Die Kategorie Fachkompetenz hat die Subkategorien Wissen und Fertigkeiten, die Kategorie Personale Kompetenz die Subkategorien Sozialkompetenz und Selbstständigkeit. Beide Kompetenzbereiche beschreiben Kompetenzen, die mit Qualifikationen erworben werden. Für jede einzelne Kategorie werden Lernergebnisse auf Niveaustufen ausgewiesen.

Die Begriffe Lernergebnisse (vgl. dqr. Glossar: Lernergebnis) und Kompetenz (vgl. dqr. Glossar: Kompetenz) werden als Stichworte im Glossar erläutert:

„Lernergebnisse bezeichnen, was Lernende wissen, verstehen und in der Lage sind zu tun, nachdem sie den Lernprozess abgeschlossen haben. Der DQR beschreibt zu Kompetenzen gebündelte Lernergebnisse.“

„Kompetenzen bezeichnen die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.“

Der DQR hat orientierenden Charakter und keine regulierende Funktion, das System der Zu-

gangsberechtigungen in Deutschland bezieht sich aktuell weiterhin auf Qualifikationen und nicht auf DQR-Niveaus. Seit dem Jahr 2014 werden schrittweise die erforderlichen verwaltungsrechtlichen Rahmenbedingungen in einzelnen Bildungsbereichen geschaffen. Denn ein Ergebnis der Erprobungsphase war, dass Ordnungsmittel wie Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrpläne bisher nicht output-orientiert formuliert sind, Lernergebnisse nicht benannt werden und insofern weiterhin Zuordnungsschwierigkeiten zu Niveaustufen bestehen.

Eine Überprüfung und Neufassung der Ordnungsmittel erweist sich als erforderlich. Dieser Aspekt wurde insbesondere von der Arbeitsgruppe für den Bereich Gesundheit eingebracht und hat damit Auswirkungen auf zukünftige Ordnungsmittel des Hebammenberufes. Ein anderer Hinweis aus der AG Gesundheit ist, dass soziale Berufe soziale Kompetenzen wie Empathie, Verantwortung und interaktionale Kompetenzen im Umgang mit Klienten_innen benötigen, die bei der Zuordnung zum DQR nicht hinreichend berücksichtigt werden. Auch dieser Aspekt dürfte für Ordnungsmittel des Hebammenberufes zutreffend sein.

Zwischenfazit zum DQR

Aus Sicht der Forscherin ist eine Bezugnahme auf diese bildungspolitischen Entwicklungen als strukturelle Rahmung im beruflichen Feld von Hebammen unumgänglich. Deshalb widmet sich ein empirischer Baustein des Forschungsprojektes einzelnen Dokumenten der Ausbildung und Fortbildung von Hebammen, die als Beispielen herangezogen werden.

Fazit zur Standortgebundenheit

Erwachsenenbildung hat weiterhin gesellschaftspolitische Zielsetzungen, die sich auf Aufhebung von Ungleichheit beziehen. Adressat_innen werden als erwachsene Menschen allen Altersstufen in Diversität von Geschlecht, Kultur und Gesundheit angesprochen und auf unterschiedlichsten Stufen der Vorerfahrungen und Kenntnissen angesprochen. Lerngegenstände können sich auf Alltagskompetenzen und berufliche Qualifikationen beziehen.

Das Konzept lebenslangen Lernens kann in unterschiedliche Begründungszusammenhänge gesetzt werden. Neo-liberale Begründungen haben andere Interpretationen und Umsetzungen zur Folge als kritisch-emanzipatorische Begründungen. Darüber hinaus sind Umsetzungskonzepte und Praxisbeispiele von kulturellen Strömungen des gesellschaftlichen Wandels abhängig. Es kommen auch kulturabhängige Moden der Wissenschaften ins Spiel, die einen kurzfristigen Zeitbezug haben.

Wenn es in Erwachsenenbildung um Gesundheit und Entwicklung der Persönlichkeit geht, lassen sich möglicherweise Gestaltungsspielräume erschließen, es erhöht jedoch auch den Druck für die Verwertbarkeit dessen, was gelernt wird. Pädagogische Diskurse zu Kompetenz und Selbstorganisation, zur Qualität und Nachhaltigkeit sind im jeweiligen Kontext zu sehen.

Inhalte und Regeln der Aus- und Weiterbildungen definieren Zugänge zu Berufen und beruflichen Tätigkeiten, zu Verdienstmöglichkeiten, zu Aufstiegschancen und sozialer Anerkennung. Zeugnisse, Abschlüsse und Zertifikate sind Dokumente dieser Verfahren. Erworbene Qualifikationen regeln Ausschlüsse und Zugänge zu Ressourcen im Feld der Arbeit und bestimmen soziale Positionen.

Die eingangs formulierten Überlegungen zur politisierenden Anknüpfung an Berufserfahrungen in dialektischer Verschränkung und zur strukturellen Verankerung von Reflexion in Lern-

prozessen erfahren mit Hinweis auf die großräumigen bildungspolitischen Rahmungen eine einschränkende Verortung.

EQR und DQR sind als aktuelle Instrumente dieser Zugangsregelungen im beruflichen Feld von Hebammen in der Umsetzungsphase. Die berufliche Ausbildung als Hebamme und darauf aufbauende Weiterqualifikationen als Familienhebammen werden zukünftig am DQR bzw. EQR zu orientieren sein und sich orientieren müssen. Wenn es also in Interviews und Fokusgruppe um berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen und eine Zukunftsorientierung des Berufs als Hebamme geht, ist diese bildungspolitische Rahmung als eine Folie einzubeziehen.

Als Fragen, denen in den Materialien des Forschungsprojektes nachzugehen wäre, schließen sich an, wie viel pädagogische Kompetenz Hebammen oder Familienhebammen für ihre jeweiligen beruflichen Tätigkeiten benötigen, wie pädagogische Kompetenzen möglicherweise erlernen wurden, die sich in beruflichen Praxen zeigen, wie Fähigkeiten der Reflexion zum Tragen kommen, wie Hebammen ihrerseits Frauen während der beruflichen Begleitung zum Lernen anregen.

2.5 Beratung - ein beziehungsorientiertes Lernsetting?

Nach den vorherigen Überlegungen hat sich die Bedeutung von Lernen in der Wissensgesellschaft ausgeweitet. Erwartungen und Anforderungen an das lernende Subjekt, an Lernsituationen und Sinnhaftigkeit von Lernen haben sich geändert. In der Konsequenz spricht Rolf Arnold (vgl. Arnold, Schüßler 1998) von einem notwendigen „Wandel der Lernkulturen“. Er geht davon aus, dass „Lerngelegenheiten zu arrangieren“ sind, dass Lernende „selbststimmt ihren subjektiven Lerninteressen“ nachgehen können und im selbstbestimmten Lernprozessen durch beratende Moderation von einer oder einem Lehrenden unterstützt werden. Lernen wird von Rolf Arnold und Ingeborg Schüßler als ein Aneignungsprozess verstanden. In Bezugnahme auf Arnold bildet für Schüßler (Schüßler 2012, S. 132) „pädagogische Erfahrungs- und Sozialisationsräume“ die Rahmung für „Lernkulturen eines selbstorganisierten Lernens“:

„Sie müssen als anregende Lernwelten so gestaltet werden, dass eigenkompetente Wirklichkeitserschließung durch die Lernsubjekte ermöglicht wird.“

Sie (ebenda S. 133) beschreibt die Grenzen von Lernarrangements so:

„Lernarrangements können demnach individuelle Aneignung von Neuem sowie eine Weiterentwicklung von Kognition und Kompetenz lediglich anregen und ermöglichen, sie können aber nicht bestimmte Lernergebnisse erzeugen. Das Lernsubjekt nimmt das vermittelte Wissen nicht einfach auf, sondern konstruiert aus den Lehr-Inputs auf der Grundlage eigener Erfahrungen (vorhandene Emotions-, Deutungs-, und Handlungsmuster) sein subjektives Wissen.“

Lernarrangements setzen für Lernerfolge auf die Gestaltung von Lern-/Lehrbeziehung. Arnold und Schüßler haben in der Folge das Konzept der „Ermöglichungsdidaktik“ ausgearbeitet. In diesem Konzept haben Lehrende die Rolle, selbstbestimmtes und handlungsorientiertes Lernen zu fördern, was über Wissensvermittlung im engen Sinn hinausgeht. Es geht Schüßler (ebenda S. 134) darum,

„Lerngelegenheiten zu schaffen, in denen Erwachsene selbstgesteuert lernen, dabei ihre eigenen Lernmethoden verfeinern und so Vertrauen in ihre eigenen Kräfte entwickeln können.“

Die Rolle von Lehrenden wird mit Beratung oder Coaching gefasst. Arnold selbst benutzt

den Begriff „Lernermöglicher“. Nach Schüßler (vgl. ebenda S. 134 f) können Kompetenzen eines Lernermöglichlers mit „Irrtumsoffenheit“, „Divergenztoleranz“, „Umgang mit Unsicherheiten“, „Veränderungsoffenheit“, „Wirkungsoffenheit“ beschrieben werden. Lehrende nehmen eine „professionelle Haltung“ ein, die mit „damit verknüpften eigenen Kompetenzen“ einhergeht. Schüßler nimmt in diesem Zusammenhang Bezug auf Carl Rogers, der diese Rolle im Zusammenhang mit Beratung als „Facilitator“ bezeichnet.

Im Anschluss an diesen Überlegungen tauchen in den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin Fragen zu Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen von Situationen der Beratung und des Lernens auf, denen im Folgenden am personenzentrierten Konzept für Beratung nach Rogers nachgegangen wird. Der personenzentrierte Ansatz von Beratung wird als Beispiel gewählt, weil die Forscherin damit berufliche Erfahrungen hat.

Exkurs zu Beratungskompetenz

Als Begründer von personenzentrierter Beratung geht Carl Rogers (vgl. Rogers 1981) davon aus, dass Menschen grundsätzlich über Möglichkeiten verfügen, sich selbst zu begreifen und ihre Selbstkonzepte, ihre Grundeinstellungen und ihr selbstgesteuertes Verhalten zu verändern. Der menschliche Organismus hat nach Rogers eine Tendenz zur Kongruenz, zu Selbstverwirklichung und Wachstum. Das Selbstkonzept des Organismus versteht Rogers als eine Verdichtung aller subjektiven Erfahrungen über die eigene Person. Bei ungünstigen Lernprozessen können neue Erfahrungen nicht mehr in das Selbstkonzept integriert werden. Es kommt zu Inkongruenz als einer Bedrohung im Selbstkonzept.

Personenzentrierte Beratung wird von Rogers als Beziehung von Person zu Person, als Erlebnis von Begegnung verstanden. Eine produktive Atmosphäre der Begegnung bildet die Basis für Veränderungsprozesse und Wachstum im Selbstkonzept. Als tragende Elemente für solche Begegnungen sieht Rogers Kongruenz (Echtheit), Empathie (einführendes Verstehen), Wertschätzung und Akzeptanz (bedingungsfreie positive Zuwendung), die im Rahmen personenzentrierter Beratung als Begegnung von Menschen zum Tragen kommen.

Mit Bezug auf Lao-Tse hatte Rogers (Rogers/Rosenberg 1980, S. 196) folgenden Lieblingspruch, der diese Elemente beschreibt:

„Wenn ich Menschen nicht dazwischenfahre, passen sie auf sich selbst auf.

Wenn ich Menschen nicht befehle, verhalten sie sich von selbst richtig.

Wenn ich Menschen nicht predige, werden sie von selbst besser.

Wenn ich mich Menschen nicht aufdränge, werden sie sie selbst.“

Das, was Rogers für Begegnungen in der Situation von Beratung aufzeigt, könnte auch für Lehr-/Lernsituationen gelten, wenn sie als Begegnung von Menschen verstanden werden.

Begegnungen werden als Raum für Wachstum und Lernen gesehen. Begleitung von Wachstums- oder Lernprozessen erfordert, sich zurücknehmen zu können mit eigenen Werten und Normen, Raum geben zu können für fremde Sichtweisen und Praktiken, in der Interaktion achtsam und respektvoll mit anderen sein zu können. Das kann der begleitenden Person nur gelingen, wenn sie ihr eigenes Denken, Fühlen und Handeln in den Blick nimmt und ihre reflexive Deutungskompetenz zu Konstruktionen des Selbst- und Weltverhältnisses nutzt und ausbaut.

Kompetenzen für professionelle Beratung zu benennen und transparent zu machen, ist ein

Anliegen von Fachverbänden in diesem beruflichen Feld, die sich in Deutschland inzwischen zu einem Dachverband, der Deutschen Gesellschaft für Beratung e.V., zusammengeschlossen haben. Auch die Gesellschaft für personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. in Nachfolge von Rogers gehört diesem Dachverband an.

In den vergangenen Jahren hat sich die Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. für Qualität von Beratung im psychosozialen Bereich engagiert. Inzwischen haben die beteiligten Fachverbände ein gemeinsames Positionspapier für Weiterbildungen in diesem Bereich verabschiedet (vgl. Positionspapier des Dachverbandes), in dem neben methodischen Handlungskompetenzen folgende grundlegende Handlungskompetenzen formuliert sind:

„Kompetenz zur Gestaltung einer von Vertrauen getragenen Beratungsbeziehung, Kompetenz zur Kontraktbildung als Mittel der Eingrenzung und Zielbestimmung und zum Umgang mit Zeitbegrenzung (Beachtung des Kontextes bzw. Settings), Fähigkeit zur Gestaltung des beraterischen Prozesses (im Sinne von Prozesssteuerung), Kompetenz zur Gesprächsführung, Beobachtungsfähigkeit und Fähigkeit zum empathischen Verstehen, Kenntnis über Verfahren zur Anregung der Selbstreflexion, des Neu- und Umlernens, Gender- und Interkulturelle Kompetenzen.“

An dieser Stelle ist auf den Hinweis von Schüßler zum von Rogers verwendeten Begriff „Facilitator“ zurück zu kommen. Dieser Begriff (vgl. Wörterbuch Englisch-Deutsch 2015) wird umgangssprachlich für Moderator_in, Vermittler_in oder Prozessförderer_in verwendet. Die Kunst der Tätigkeit wird darin gesehen, durch Dialog und Streben nach Klärung aktive Teilhabe zu ermöglichen, die Fülle von Aspekten wertschätzend zu begrüßen und zu nutzen. Facilitator_innen suchen nach geeigneten Strukturen für solche Dialoge, bleiben inhaltlich neutral und unparteiisch und haben eine empathische Grundhaltung. Schüßler (vgl. Schüßler 2012, S. 145 f) verwendet neben dem Begriff Beratung auch den Begriff Coaching. Coaching und Beratung wird von Schüßler nicht weiter differenziert und in Verbindung mit Lehr-/Lernprozessen gesetzt:

„Der Lehr-/Lernprozess gleicht eher einem Coachings- oder Beratungsprozess, indem sich der Lehrende als Beobachter zweiter Ordnung versteht, also nicht nur auf inhaltliche Äußerungen der Teilnehmenden achtet, sondern auch darin artikuliert subjektive Einstellungsmuster, emotionale Rekonstellierungen oder mögliche blinde Flecken der Wahrnehmung registriert.“

Entscheidend ist die Kompetenz in Lernprozessen als Beobachter_in zweiter Ordnung wirken zu können. Diese reflexive Kompetenz hat auch Relevanz für Lernprozesse, die in Begleitungen durch Hebammen oder Familienhebammen stattfinden.

Tätigkeiten des Beraten oder Coaching sind nicht gesetzlich geregelt und basieren auf unterschiedlichen Konzepten. Der Begriff Coaching ist modern und in aller Munde, auch im Titel des Forschungsprojektes taucht er auf. Zur begrifflichen Einordnung folgt ein kurzer Exkurs.

Exkurs zu Coaching

Fachliche Diskurse im Feld von Beratung haben zu Ausdifferenzierungs- und Abgrenzungsprozessen geführt. Es gibt fachliche und wirtschaftliche Interessenlagen, die Klärung der gegenwärtigen Gemengelage im Feld der Akteur_innen durch Profilierung einer Profession Coach nahelegen.

Seit dem Jahr 2005 engagieren sich Expert_innen in als Interessengemeinschaft unabhängi-

ger Berufs- und Fachverbände dafür, Coaching als professionelles Format reflexiver Beratung in der Arbeitswelt zu etablieren. Im Jahr 2014 haben zehn Verbänden ein Positionspapier „Profession Coach – Ein Commitment des Roundtable der Coachingverbände“ (vgl. RTC 2014) unterschrieben, das gemeinsam abgestimmte Grundpositionen zur Profession Coach festhält.

Die Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv) hat sich daran beteiligt, begleitend hat in diesem Fachverband eine interne Diskussion um den Namen des Verbandes begonnen, die mit Abstimmung auf der Mitgliederversammlung 2016 in eine Namensänderung des Verbandes in „Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V.“ eingemündet ist. Das ursprüngliche Territorium des Fachverbandes auf Supervision wird ausgeweitet auf Supervision und Coaching.

In dem Positionspapier (vgl. DGSv. Roundtable der Coaching-Verbände. 2015) wird Coaching wie folgt erläutert:

„Coaching richtet sich an einzelne Personen (bzw. Personengruppen) und fördert deren Fähigkeit zur Selbstorganisation im Berufs- und Arbeitsleben. Coaching unterstützt die Person bei der Gestaltung ihrer persönlichen Entwicklung, ihrer sozialen Rollen und ihrer Kooperationsbeziehungen sowie bei der Bewältigung ihrer Entscheidungs- und Handlungsanforderungen im Arbeitsleben. (...) Im Dialog zwischen Coach und Klient werden Reflexions- und (Selbst-) Erfahrungsräume eröffnet und Klärungsprozesse initiiert. Durch die Erschließung neuer Perspektiven werden Entwicklungspotenziale und Handlungsspielräume erschlossen, Lern- und Veränderungsprozesse angeregt und begleitet sowie die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit gestärkt.“

In Prozessen des Coaching werden neue Perspektiven und Handlungsspielräume erschlossen, die sich im Dialog zwischen Coach und Coachée als Reflexions- und Erfahrungsräume eröffnen. Lernprozesse werden angeregt und gefördert, Selbstorganisation wird ermöglicht, eigenverantwortliche Entscheidungen trifft der Coachée. Wenn von der Engführung auf Arbeitswelt abgesehen wird, kann diese Beschreibung auch für das berufliche Feld von Hebammen und deren Tätigkeiten in der Begleitung von schwangeren Frauen herangezogen werden.

In Rückkehr zum Thema dieses Kapitels wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin noch einmal der Lernberatung zu, die Schüßler im Zusammenhang mit Lern-/Lehrprozessen für erforderlich hält. Der Begriff Lernberatung wird inzwischen auch in formalisierten Normierungen für Lernen verwendet.

Schüssler (Schüßler 2012, S. 135) versteht Lernen als eine Art Integrationsprozess von Wissen, das an spezifische Voraussetzungen geknüpft ist:

„Wissen kann sich vielmehr nur zu einer handlungsleitenden Orientierung entwickeln, wenn es vom Subjekt biografisch synthetisiert werden kann. Bei dieser Synthetisierung spielen die biografisch erworbenen Deutungsmuster und Erfahrungen ebenso eine Rolle wie die tief in der Persönlichkeitsstruktur verankerten Emotionsmuster.“

In Lernberatung (ebenda S. 137) geht es dann um „Wahlmöglichkeiten“, um „Feedback“ und „detaillierte Anleitung im Lernprozess“ sowie um Erfahrungen von „Autonomie und Kompetenzunterstützung“, „sozialer Einbindung“ und „Zugehörigkeit.“ Für Schüßler ist „die Sensibilität für die Bedeutung der Selbst- und Fremdsteuerung für das Lernsubjekt“ entscheidend. Zentralen Prinzipien einer Ermöglichungsdidaktik (vgl. ebenda S. 138 – 149) differenziert Schüßler in Systematisierung zum Akronym „ERMÖGLICHUNG“. Sie sieht zwischen Lern-/Lehrprozessen und

Beratungs- oder Coaching-Prozessen Ähnlichkeiten. Für Lehrende (ebenda S. 146) bedeutet das, „seine gewohnte Expertenrolle zurück und den Lernenden als Experten seiner Lebenswelt ernst zu nehmen.“

Schüler legt Wert auf eine Anerkennung des Expert_innenstatus der Lernenden, die Lernen des Subjektes ermöglicht und zu handlungsleitenden Orientierungen führt.

Der Begriff Lernberatung hat auch Eingang in den Deutschen Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen als formale Matrix für berufliche Kompetenz gefunden. Im Glossar des DQR (vgl. dqr. Glossar: Lernberatung) wird der Begriff wie folgt definiert:

„Lernberatung bezeichnet die Unterstützung von Lernprozessen durch das Aufzeigen von Zielen und Hilfsmitteln des Lernens. Fähigkeit und Bereitschaft, einerseits angebotene Lernberatung zu nutzen, andererseits selbst Lernberatung anzubieten, sind wichtige Aspekte personaler Kompetenz.“

Die Kompetenz, die für Lernberatung erforderlich ist, wird im DQR dem Bereich der persönlichen Kompetenz zugeordnet. Lernberatung entfaltet sich nach dieser Definition in einer Situation, die durch Fähigkeit und Bereitschaft der beteiligten Personen gekennzeichnet ist. Lernberatung ist ausgerichtet auf Ziele und erfährt hier, anders als bei Schüler, mit einer Ausrichtung auf Anbieten und Nutzen von Hilfsmitteln des Lernens eine deutliche Engführung.

Fazit zur Standortgebundenheit

Lernen wird von Arnold und Schüler als Aneignungsprozess gesehen. In Lernkulturen wird selbstorganisiertes Lernen für ein Subjekt ermöglicht. Lernberatung ist ein Instrument, die Integration von Wissen zu fördern, und hat Bedeutung für Selbst- und Fremdsteuerung des Lernsubjektes. In Lernarrangements erschließt sich das lernende Subjekt Wirklichkeit. In Lernarrangements wirken Lehrende durch Moderation oder Prozessförderung als Lernermöglicher_innen. Dies erfordert eine spezifische Kompetenz, die von Schüler in Verbindung mit Beraten und Coaching gebracht wird und im Deutschen Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen eine Zuweisung zum Bereich der persönlichen Kompetenzen findet.

In Standortgebundenheit der Forscherin wird die Frage zustimmend beantwortet: Beratung wird als beziehungsorientiertes Lernsetting angesehen. Im Verständnis von Lernen im Spannungsfeld zwischen Ermöglichen und Instrumentalisieren sind Widersprüchlichkeiten nicht grundsätzlich aufzuheben. Expert_innenstatus und Ausrichtung auf Wachstum als Persönlichkeit oder als Wissensressourcen unterliegen Aushandlungsprozessen der Verhältnisse, die auf unterschiedlichen strukturellen Ebenen ablaufen.

In der Prozessorientierung wird der Gestaltung des jeweiligen Arrangements der Beziehungen weitreichende Bedeutung zugeschrieben. Die Fähigkeit zu Reflexion wird zu einer Kompetenz im beruflichen Feld, wenn es in Situationen um Erweiterung von Deutungskompetenzen und Handlungsspielräumen geht. Erfahrungen der Begegnung wären der eine Horizont, Erfahrungen der Instrumentalisierung der andere, zwischen denen sich Deutungen und Handlungspraxen bewegen.

Im Hinblick auf die Materialien des Forschungsprojektes führen diese Überlegungen zu folgenden Fragen: Wie werden Lehr-/Lernprozesse von Hebammen oder Familienhebammen gerahmt, an denen sie in familialen Alltagssituationen mitwirken? Wie gestalten Hebammen oder Familienhebammen ihre Tätigkeit beratend aus, damit Frauen in Lernprozesse zum Mutterwerden eintreten können?

3. Frauenleben rund um Entscheidungen zum Mutter-Werden

In diesem Kapitel wird der Aspekt „leben“ aus dem Titel „gesund leben lernen“ noch einmal in einen anderen Bezug gesetzt. Es geht um Frauen, um ihre Lebenssituation in einer spezifischen Phase des Lebensverlaufs, in der es darum geht, Entscheidungen rund ums Mutter-Werden zu treffen.

Zu Beginn wird diese Lebensphase eingrenzend beschrieben. Anschließend wird die Zeitbindung und Reichweite von Entscheidungen herausgearbeitet und ein Blick auf Lebensperspektiven von Frauen geworfen. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt geht es um den weiblichen Körper und Körpererleben. Mutter-Werden wird als ein Hineinwachsen und Übernehmen einer sozialen Rolle gefasst, die sich an normativen Vorstellungen orientiert. Schwangerschaft erweist sich somit als Statuspassage im Übergang zum sozialen Leben als Frau und Mutter. Abschließend geht es um die Frage, wie „gesund leben lernen“ in dieser Lebensphase von Frauen so läuft.

Auch dieses Kapitel dient der Weiterführung von Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin, diesmal in Bezug auf Lebenssituationen von Frauen in Zeiten des Übergangs zum Mutter-Sein. Für Auswahl der verwendeten Quellen haben die beruflichen Vorerfahrungen eine Rolle gespielt, die Auseinandersetzung mit den Quellen verdeutlicht die Standortgebundenheit der Forscherin und macht sie nachvollziehbar. Auch hier ist eine erste Verschriftlichung bereits vor Beginn der Auswertungen von Materialien erfolgt. Gegen Ende des Forschungsprojektes wurde der Text nur einer straffenden Überarbeitung unterzogen. In erster Linie dient das Kapitel dazu, die Standortgebundenheit der Forscherin transparent zu machen. Die Suchbewegungen haben zur selektiven Auswahl von Aspekten geführt. Den Forschungsstandes zur Thematik zu erfassen, ist nicht Ziel der folgenden Darstellung.

3.1 Spezifische biografische Phase

Die Lebensphase von Frauen, in der es um Schwangerschaft und Mutterschaft geht, lässt sich nicht exakt eingrenzen. In einem engen biologischen Verständnis ist der weibliche Körper in der Zeit von der Geschlechtsreife bis zum Einsetzen der Menopause einer Frau in der Lage, schwanger zu werden und Schwangerschaften auszutragen. Schon hier variiert die individuelle Zeitspanne für diese biologische Option. Individuelle Planungen mit konzeptioneller Verhütung, Schwangerschaftsabbrüche und Nutzung der Reproduktionsmedizin mit Samenspenden, künstlichen Befruchtungen, eingefrorenen Eizellen und Leihmutterschaft können die Dauer dieser Phase verändern und beeinflussen.

In der Frage nach Schwangerschaft oder Mutterschaft geht es jedoch nicht allein um die biologische Funktion eines weiblichen Körpers oder einzelner Körperteile. Für individuelles Mutter-Werden und soziale Reproduktion spielen normative Erwartungen und Anforderungen ebenso eine Rolle wie subjektive Sichtweisen und Praxen, wie diese Phase individuell biografisch gerahmt wird. Für Frauen wandelt sich die normative Orientierung mit Möglichkeiten der Medizin und gesellschaftlichen Strömungen. Der zeitliche Rahmen für mögliche Schwangerschaften wird in Anpassung an die Arbeitswelt flexibilisiert.

Globaler gesellschaftlicher Wandel hat in Deutschland zu Veränderungen der möglichen Lebensformen geführt, die durch „Enttraditionalisierung sozialer Beziehungen“ in Partnerschaft, Familie und beruflichen Zusammenhängen beschrieben wird (vgl. Huinink 2014).

Lebensformen sind vielfältiger und unstabiler geworden, was sich am Beispiel von Partnerschaft und Familie skizzieren lässt. Das Leben ist vorstellbar mit oder ohne Partnerschaft, mit oder ohne deren Legalisierung durch Heirat oder eingetragene Partnerschaft, mit oder ohne Schwangerschaft, mit gar keinen, mit eigenen oder mit fremden Kindern, mit und ohne Erwerbstätigkeit vorstellbar. Normative Regeln bezüglich Alter, Geschlecht, Herkunft oder Bildung von Partner_innen sind offener und unbestimmter geworden. Kombinationen und Wechsel von Lebensformen in zeitlicher Abfolge sind möglich usw. Frauen haben Wahlmöglichkeiten, daraus ergeben sich allerdings Konsequenzen für den weiteren Lebensverlauf. Die möglichen Konsequenzen sind weitreichend und beziehen sich auf zu erwartende Zugänge und Ausschlüsse von sozialen und ökonomischen Ressourcen. Die Reichweite einzelner Entscheidungen ist nicht abschätzbar und kann in ihren Auswirkungen auf individuelle Zukunft nicht im Detail kalkuliert werden.

Für Frauen ergibt das ein Mehr an individueller Autonomie und an höheren Anforderungen, langfristig zu planen und Konsequenzen für zukünftige Chancen und Risiken selbstverantwortlich im Blick zu haben. Basis ist ökonomische Eigenverantwortung und verstärkt die Ausrichtung auf Anreize, sozionormative und rechtliche Verbindlichkeiten von Lebensformen gering zu halten, die Daseinssicherung nicht auf Partnerschaft und Familie zu stützen und eine eigene Erwerbstätigkeit anzustreben, die unabhängige Existenzsicherung verspricht. Auch vermeintliche Absicherungen von Frauen durch den Sozialstaat basieren auf diesen Zielsetzungen.

Anforderungen im Erwerbleben richten sich auf den ständigen Ausbau von beruflichen Qualifikationen, auf Flexibilität und umfassende Leistungsbereitschaft von Arbeitskräften. Auch hier gilt Entscheidungsautonomie für individuelle Lebensführung und Verantwortung für Konsequenzen. Zugehörigkeit sowie Verbleib in gewohntem oder gewünschten sozialen Milieu sind von diesen Entscheidungen abhängig. Im beruflichen Bereich wird die Situation von Frauen zusätzlich weiterhin durch geschlechtsgebundene Hürden bestimmt.

Die soziale Erwartung an Frauen ist, durch Selbstwirksamkeit ihr eigenes Leben zu gestalten und auf andere bezogen ein Zusammenleben in Partnerschaft und Familie zu gewährleisten. Diese Erwartungen sind schwerwiegend, die Anforderung hoch, ein Feld von Spannungen und Konflikten tut sich auf. Selbstwirksamkeit und emotionale Bedürfnisse, sowohl eigene als auch die anderer, sind zu befriedigen, eine möglichst vielfältige und umfassende Erfüllung materieller und sozialer Wünsche ist anzustreben und mit Erfolg zu erreichen.

Der gesellschaftliche Wandel im Geschlechterverhältnis geht einher mit Zielsetzungen der Chancengleichheit und Erfahrungen von Ungleichheit. Die normativen Erwartungen an Frauen haben sich flexibilisiert, Anforderungen der innerfamiliären Sorgearbeit sind geblieben. Frauen leben mit diesen strukturellen Dilemmata. Sie bewegen sich in diesen Spannungsfeldern und suchen nach individuellen Kompromissen und Lösungen. Wünsche nach emotionaler Bindung und nach eigener Entwicklung erweisen sich als widersprüchlich und müssen permanent in Relation mit anderen ausgehandelt werden. Verhandlungsergebnisse sind oft unbestimmt und von kurzer Dauer. Für Frauen resultiert daraus ein spezifischer ständiger Stress.

Mit der Sicherung von Bindungen erhöhen sich die widersprüchlichen Ansprüche an Partnerschaft. Eine enge Bindung soll es sein, aber mit flexiblen Spielräumen, die es ermöglichen, eigene Interessen innerhalb und außerhalb von Partnerschaft und Familie weiter zu verfolgen. Mit den steigenden Ansprüchen wird ein Scheitern wahrscheinlicher, was dem ursprünglichen Sicherungsaspekt entgegensteht. Kinderwünsche werden aufgeschoben oder verworfen. Fragen nach Zufriedenheit und Lebenssinn führen zu Suchbewegungen oder Resignation. Wenn Spannungen und Stress durch subjektive Bewegungen und Passungsversuche nicht mehr aufzulösen sind, sich strukturell keine ausreichenden Ressourcen erschließen lassen, geht es kurz- oder langfristig ums Gesundsein und Gesundbleiben. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

Das Forschungsinteresse ist auf die Situation von Frauen gerichtet. Für Frauen wird Stress in der Lebensphase, in der es um eine Entscheidung für Schwangerschaft und Mutter-Sein geht, zur ständigen Begleitung und läuft möglicherweise Erfahrungen von „gesund leben“ zuwider. Es ergeben sich Konfliktsituationen mit Stress. Dieser Stress hat geschlechtsgebundene Komponenten. Mit einer Entscheidung für Schwangerschaft verbinden sich Erwartungen zu ökonomischer Eigenverantwortung und familialer Sorgearbeit nach wie vor in frauenspezifischer Weise und hebeln Prinzipien der geschlechtlichen Gleichstellung aus, die für Frauen vor einer Schwangerschaft nicht in Frage standen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Die Lebensphase von Frauen, um die es in dem Forschungsprojekt geht, lässt sich nur mit einem ungenutzten Zeitkorridor fassen. Zeitgrenzen sind individuell unterschiedlich. Überwiegend haben Frauen, wenn es für sie um Schwangerschaft oder Mutter-Werden geht, das Alter von Erwachsenen erreicht und nach geltendem Gesetz berechtigt, Entscheidungen zu treffen. Sie sind verantwortlich für Auswirkungen ihres Handelns und für mögliche Konsequenzen, die sich für ihre Zukunft daraus ergeben.

Die Lebenszeit, die erforderlich ist, um eine eigenständige Existenzsicherung und Unabhängigkeit von familiären Bindungen zu erreichen, verlängert sich. Berufliche Qualifikationen dauern mit Ausbildung oder Studium oft bis Mitte oder Ende des dritten Lebensjahrzehntes. Für Berufseinstieg und zur Absicherung einer beruflichen Position kommen zusätzliche Jahre hinzu. Diese Entwicklung gilt für Männer und Frauen in ähnlicher Weise, wird jedoch mit geschlechtsgebundenen Mustern beantwortet.

Für Frauen verbinden sich mit Schwangerschaft und Mutter-Werden Vorstellungen und Wünsche für Partnerschaft und Familie. Normative Orientierungen zu Sicherheit und Beständigkeit sowie Ängste vor Einengung und Verlust leiten individuelle Entscheidungen. In biografischen Erzählungen von Frauen zeigen sich Suchbewegungen nach möglichen Lösungen für das Dilemma.

Auch in dem Forschungsprojekt kommen diese Suchbewegungen in den Interviews mit den Hebammen oder Familienhebammen auf unterschiedlichen Ebenen zur Sprache. Die Interviewpartnerinnen erzählen, wie sie zu ihrer Entscheidung für den Beruf Hebamme gekommen sind, wie sie gelernt haben, berufliches und privates Leben zu verbinden, wie sie biografische Spielräume gestaltet konnten. In diesem Material werden Suchbewegungen als Frauen reflektiert. Auf beruflicher Ebene haben die Interviewpartnerinnen dann mit schwangeren Frauen zu

tun. Im beruflichen Kontakt erfahren sie als Hebammen oder Familienhebammen von Wünschen und Erwartungen, Freuden und Nöte der Frauen, die sie in der Schwangerschaft und der ersten Zeit mit dem Kind begleiten. In den Interviews sprechen die Interviewpartnerinnen als Frauen und Hebammen über Situationen, die in der Lebensphase, in der es um Mutter-Werden geht, zu verorten sind.

In den Interviews mit Supervisor_innen spielt diese spezifische Lebensphase von Frauen nur indirekt eine Rolle. In Supervisionsprozessen sprechen Hebammen vorrangig über ihre beruflichen Erfahrungen mit anderen Frauen in dieser Lebensphase. Die Supervisor_innen schildern in den Interviews Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen auf Frauen in dieser Lebensphase. Sie sprechen über die Lebensphase von Frauen, deren Schilderungen in Supervisionsprozessen auftauchen, und sie verbinden das mit eigenen Erfahrungen zu ihren Sichtweisen auf diese Lebensphase.

In den empirischen Materialien des Forschungsprojektes finden sich Hinweise auf diese spezifische Lebensphase von Frauen in unterschiedlichen Kontexten und Perspektiven. Es kommt zu Brechungen, die interpretativ zu berücksichtigen sind. Im Kontext des jeweiligen Materials zeigt sich die Phase, in der es um Schwangerschaft oder Mutter-Werden der Frau geht, als biografisch gerahmt.

3.2 Entscheidungen: folgenreich und zeitgebunden

Entscheidungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften sind als zeitgebundene Entscheidungen im Frauenleben zu kennzeichnen, auch wenn die Reproduktionsmedizin dazu beiträgt, die zeitlichen Optionen zu verändern. Frauen treffen die Entscheidungen nicht allein aus auf der Basis von Rationalität, Emotionen und normative Orientierungen spielen eine entscheidende Rolle. Wie Frauen zu ihren Entscheidungen kommen, wie sie Familienplanung angehen, sind Fragen, die sich hier anschließen. In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin werden deshalb zwei sozialwissenschaftliche Studien von Cornelia Helffrich herangezogen, die im Auftrag der BZgA durchgeführt wurden (vgl. Helffrich 2000 und 2013).

Die erste Studie wurde bereits im Jahr 2000 veröffentlicht. Familienplanung wird darin in biografischer Dimension entfaltet. Es geht um Fragen, wie Frauen ihr privates Leben gestalten, welche Einstellungen und Wünsche sie haben, welche Rolle Partnerschaft, Familie und deren Vereinbarkeit mit beruflichen Vorstellungen spielt. Verhütungsverhalten, Schwangerschaften, Akzeptanz oder Abbruch ungewollter Schwangerschaften werden im Verlauf eines Lebens nachgezeichnet und in Verbindung mit sozialen Merkmalen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesetzt, indem retrospektive Einschätzungen der Frauen herangezogen wurden, um ihre Ressourcen und Kompetenzen in schwierigen Entscheidungsprozessen darstellen zu können. Familienplanung wird als reproduktive Lebensgeschichte von Frauen verstanden, Bildung ist zentraler Schlüssel für die Gestaltung reproduktiver Lebensverläufe.

Obwohl seit der Studie nahezu zwanzig Jahr vergangen sind, sind die Ergebnisse in vieler Hinsicht aktuell und bieten sich an, um Sichtweisen und Handlungspraxen von Frauen in den Blick zu nehmen. Zu den Ergebnissen der Studie ist eine Kurz- und eine Langfassung veröffentlicht worden. Der folgende Exkurs zu Ergebnissen basiert auf der Kurzfassung zur Studie (vgl. Helffrich 2000).

Exkurs zur Studie „frauen leben 1“

Seit 1997 hat Helffrich im Auftrag der BZgA unterschiedliche Studien zu „frauenleben“ durchgeführt. Die erste Studie in diesem Kontext befasste sich mit Lebensverläufen und Fragen zur Familienplanung von Frauen. Die Studie wurde von 1997 bis 1999 durchgeführt auf der Basis von einer Telefonbefragung (N = 1.468) von 20- bis 44-jährigen Frauen in drei Städten (Hamburg, Freiburg, Leipzig), von leitfadengestützten biografischen Interviews mit einer Teilstichprobe (N = 101) sowie von Experteninterviews.

In der Studie werden Frauen befragt, die zwischen 1954 und 1978 geboren wurden. Die Studie ist regional repräsentativ. Erwerbstätige Frauen sind in der Studie unterrepräsentiert, in den Erhebungsregionen sind im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet Frauen mit hohem Bildungsniveau überrepräsentiert.

Ein Schwerpunkt der Studie ist ein Vergleich zwischen Frauen aus West- und Ost-Deutschland im Anschluss an die Wiedervereinigung. Diesbezügliche Ergebnisse könnten aufgrund von Angleichungs- und Veränderungsprozesse in ihrer Gültigkeit für heutige Frauengenerationen eingeschränkt sein. Unterschiede zwischen Frauen aus der früheren DDR und BRD sind am deutlichsten in der Gruppe der 35 bis 44 jährigen Frauen, die noch in unterschiedlichen sozialen Systemen aufgewachsen sind. Bei jüngeren Frauen hat sich der Unterschied bereits abgeschwächt. Auffällig ist, dass nach der Wende bei Frauen aus dem Osten Deutschlands ein Trend zu beobachten war, die Geburt des ersten Kindes zeitlich aufzuschieben und die Kinderzahl zu beschränken, was als Antwort auf Unsicherheit interpretiert werden kann. Bei Frauen aus dem Westen Deutschlands sind Unterschiede zwischen Frauen mit niedrigem und hohem Bildungsniveau stärker ausgeprägt. Hier ist bei hochqualifizierten Frauen eine Vermeidung früher Festlegung auf familiäres Engagement feststellbar. Insgesamt wurde festgestellt, dass sich jüngere Frauen von frühen Festlegungen auf Familie verabschieden.

Überblick zu den Ergebnissen (vgl. Helfferich 2000, S. 7 f)

Für Frauen verliert der Wunsch nach einer frühen dauerhaften Bindung an Bedeutung, Treue bleibt wichtig. Frauen haben eine längere Partnerschaftsphase vor der und ohne Ehe. Es wird später geheiratet. Die meisten Frauen haben aktuell einen festen Partner. Heirat und Geburt des ersten Kindes werden entkoppelt und neu aneinander gebunden. Frauen verfolgen zwei Familienmuster „überhaupt Kinder“ und „entweder kein Kind oder viele“. Das Tempo für Familienerweiterung nach dem ersten Kind ist unterschiedlich. Frauen haben Idealvorstellungen von Vereinbarkeit und Partnerbeteiligung. Frauen haben zur Müttererwerbstätigkeit Wünsche und erleben Barrieren. Zu Hausarbeit und Kindererziehung haben Frauen Wünsche an die Partnerschaft und erleben Barrieren. Das Verhütungsverhalten von Frauen ist abhängig von ihrer Lebensphase. Krisensituationen haben kaum Einfluss auf die Akzeptanz ungewollter Schwangerschaften. Schwangerschaftsabbrüche folgen dem Muster absoluter Häufigkeit und relativer Seltenheit. Frauen bekommen etwas weniger Kinder, als sie sich wünschen.

Einige Ergebnisse im Detail

Eine Heirat ist für die Familiengründung kein Muss. Es wird häufig geheiratet, wenn die Frau schwanger ist. Auch ein Kinderwunsch ist Anlass zum Heiraten oder die Heirat erfolgt kurz

nach der Geburt des ersten Kindes.

Frauen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren sind selten kinderlos, nur ein geringer Anteil ist unverheiratet. Es gibt für den Osten einen Trend, länger ledig zu bleiben, und für den Westen einen Trend, länger kinderlos zu bleiben. Bei später Familiengründung kommen weitere Kinder häufig dann in kürzeren Abständen.

Nur wenige Frauen halten es für ideal, wenn eine Mutter mit kleinen Kindern den Beruf ganz aufgibt. Partnerschaftliches Engagement in Haushalt und Kindererziehung wird unterschiedlich bewertet. Mütter von kleinen Kindern mit niedrigem Bildungsniveau unterbrechen ihre Berufstätigkeit ohne berufliche Reduktion des Partners. Frauen mit höchstem Bildungsniveau setzen auf Müttererwerbstätigkeit und partnerschaftliches Engagement. Die gewünschte Partnerbeteiligung wird nach der Geburt des ersten Kindes von einem Traditionalisierungsschub in der Partnerschaft durchkreuzt.

Das Verhütungsverhalten im Lebenslauf hängt von der altersgemäßen Lebensform und von Einstellungen zu Verhütungsmethoden ab. Bei den Frauen gibt es ein breites Spektrum von Verhütungserfahrungen. Neben dem rein praktischen Zweck, nicht schwanger zu werden, wird in jüngerem Alter eher mit Pille und Kondom verhütet, während in späterer Lebensphase häufig auch Spirale und Sterilisation zur Verhütung genutzt werden. Erfahrungen mit der „Pille danach“ und Schwangerschaftsabbrüchen sind gegeben.

Der Kinderwunsch ist verbunden mit Vorstellungen vom Leben mit Kindern. Nicht alle Frauen haben die Vorstellung, dass sie das immer wollten. Ein Kinderwunsch kann abhängig von der Partnerschaft auftreten und sich auch wieder verändern.

Die Studie differenziert eingetretene Schwangerschaften danach, ob sie gewollt oder ungewollt sind. Die Entscheidung, ob Kinderwunsch und Schwangerschaft akzeptiert werden, ist ein Kriterium zur weiteren Differenzierung. Zugelassene Schwangerschaften sind dann die Schwangerschaften, die nicht durch Fehlgeburt oder Abbruch beendet werden.

Die Studie weist 62 % der zugelassenen Schwangerschaften als gewollt aus, 14 % der zugelassenen Schwangerschaften als grundsätzlich, aber eigentlich erst später gewollt, 5 % der zugelassenen Schwangerschaften als weder gewollt noch ungewollt, weil Kinder einfach kommen und 5 % der zugelassenen Schwangerschaften als weder gewollt noch ungewollt. Dieses Beispiel macht die Variationsbreite der möglichen Einstellungen zu Kinderwunsch und Schwangerschaft bereits deutlich, auf denen Entscheidungen basieren.

Wenn die Mutter älter und/oder verheiratet ist, wird das erste Kind meist gewollt. Vorherige Fehlgeburten, Partnerschaft und Beruf ohne Belastungen sind bestärkende Elemente bei Kinderwünschen. Je nach Zeitpunkt werden erste oder dritte Kinder häufiger als Belastung empfunden und auch seltener gewollt. Dritte Kinder sind am häufigsten ungewollt. Ein Drittel der Frauen wünschen sich mehr Kinder als sie haben. Nur wenige Frauen wünschen sich weniger Kinder als sie haben.

In Krisensituationen sind Schwangerschaften für Frauen häufiger ungewollt, der Anteil der Abbrüche ist allerdings nur unwesentlich erhöht. Gründe für eine Akzeptanz der ungewollten Schwangerschaft sind grundsätzlich ablehnende Haltung zu Schwangerschaftsabbrüchen, eine Meinungsänderung oder Veränderung in der sozialen Unterstützung. Frauen mit längerer Ausbildung entscheiden sich häufiger für Schwangerschaftsabbrüche. In sozial unüblichen Situationen kommt es zu weniger Schwangerschaften, aber ein Abbruch ist wahrscheinlicher. In sozial übli-

chen Situationen kommt es häufig zu Schwangerschaften, der Anteil von Abbrüchen ist gering, obwohl die absolute Anzahl hoch ist.

Kinder und Familie sind wichtige Themen mit hoher Wertigkeit für Frauen. Als biografischer Entwurf oder im weiblichen Lebenslauf ist Familie nicht nahtlos, dauerhaft und selbstverständlich. Die Gestaltung der reproduktiven Biografie erweist sich als abhängig von Bildungszugängen und ist Antwort auf kompliziert gewordene Verhältnisse.

Der Zeitpunkt von Heirat und Geburt des ersten Kindes wird entkoppelt und neu miteinander verbunden. Beides erfolgt in zeitlicher Dichte, die Reihenfolge variiert. Für den Zeitpunkt eines zweiten oder dritten Kindes variiert das Tempo. Je jünger die Frauen beim ersten Kind waren, desto später kommt das zweite Kind. Bei Frauen mit höherem Bildungsniveau spielt das keine Rolle. Im ersten Fall steht mehr biografische Zeit zur Verfügung, ohne Probleme Kinder zu bekommen, der Abstand zwischen ersten und weiteren Kindern kann verlängert werden, ohne die Option weiterer Kinder zu gefährden. Dies gilt für ältere Frauen dann nur noch eingeschränkt und verändert den Umgang mit Zeit.

Reproduktive Ereignisse im Lebenslauf wie Heirat und Geburt können in Bezug zu anderen Ereignissen wie Auszug aus dem Elternhaus oder Abschluss von Ausbildung gesetzt werden. Es lassen sich Lebenslaufmuster in reproduktive Biografien erkennen. In der Studie werden zwei zeitlich verkürzte Muster für Frauen aus der ehemaligen DDR und Frauen mit niedrigem Bildungsniveau aus der ehemaligen BRD sowie ein zeitlich gestrecktes Muster von Frauen mit höchstem Bildungsniveau aus der ehemaligen BRD identifiziert. Frauen aus der ehemaligen DDR verfolgen nach dem ersten Kind die Stränge Familie und Beruf simultan weiter. Frauen mit verkürztem Muster aus der ehemaligen BRD stimmen nach dem ersten Kind ihr berufliches Engagement auf den familiären Strang ab und reduzieren den beruflichen Strang zeitweise. Der bei Frauen vorhandene Wunsch nach Partnerbeteiligung an Familienarbeit scheitert an der Dynamik der Familiengründung mit einer Traditionalisierung der Geschlechterbeziehungen.

In der Studie wird auch nach dem Stellenwert von Kindern in der Herkunftsfamilie der Frauen gefragt. Gehören Kinder zum Lebensglück von Frauen dazu? Unterschiede zwischen West und Ost und zwischen Frauengenerationen sind feststellbar. In der Herkunftsfamilie ist einem Viertel der Frauen vermittelt worden, dass Kinder sehr wichtig für das Lebensglück sind, einem Drittel ist vermittelt worden, dass Kinder eher unwichtig sind.

Der Kinderwunsch der Frauen kann sich im Lebensverlauf verändern. Im Alter von siebzehn Jahren wünschen sich junge Frauen am häufigsten zwei Kinder. Die Zufriedenheit der Frauen ist jedoch nicht von dem Kinderwunsch in jungen Jahren abhängig: 18 % der Frauen sind aktuell zufrieden und haben ihren ursprünglichen Kinderwunsch reduziert.

Subjektiven Vorstellungen zielen weniger auf ein konkretes Kind, sondern sind Imaginationen einer bestimmten Art zu leben. Biografische Erfahrungen und Bewertungen, insbesondere wie die eigene Mutter erlebt wurde, gehen in diese Imaginationen ein. „Familie als Projekt“ bedeutet Leben als Mutter unter bestimmten erhofften oder befürchteten Bedingungen, auf reale oder vorgestellte Partner bezogen. „Für sich sein und eine Familie haben“ bedeutet Selbstständigkeitswünsche mit Kinderwünschen zu verbinden. In der Studie werden vier Vorstellungsmustern zu Kinderwünschen herausgearbeitet:

„wenn es kommt, dann kommt es“

Eine Bereitschaft, nicht zielgerichtet sondern freischwebend mit generalisierter Akzeptanz, deren Wurzeln in familiärer oder religiöser Tradition oder in biografischen Erfahrungen von Unplanbarkeit und Kompromiss liegen.

„ich wollte schon immer ein Kind“

Ein Kinderwunsch als biografische Konstante, als stabiles Persönlichkeitsmerkmal oder als selbstverständene Norm, als tief schlummernder Wunsch.

„mal so, mal so“

Situations- und partnegebundener Kinderwunsch, der erst in der Partnerschaft oder situativ entsteht und als persönliche Reifung erlebt wird, aber auch wieder verschwindet, wenn sich die Situation ändert, ohne verdrängt oder aufgeschoben zu sein, ein Wechsel erfolgt phasenweise als Spiel- oder Gestaltungsvariante des Lebens.

„keine Zeit für Wünsche“

Es fehlt der Raum für Imaginationen, weil eine Schwangerschaft früher eingetreten ist als ein Kinderwunsch überhaupt entsteht, bei eintretender Schwangerschaft ist weder Ablehnung noch Wunsch nach einem Leben mit Kind aktuell.

In Lebensverläufen sind Rücknahmen, Reduzierungen, Umdeutungen oder Neufassungen von Kinderwünschen erkennbar und werden von Frauen biografisch gefasst. Die Auswertung des qualitativen Materials der Studie macht dies sichtbar. In der Studie werden zwei Arten von Familienmuster identifiziert: „überhaupt Kinder“ und „entweder keine oder viele“.

Exkurs zur Studie „frauen leben 3“

In einer späteren Studie „frauen leben 3 - Familienplanung“ (vgl. Helffrich 2013) dienen die Erkenntnisse zu Kinderwünschen und Partnerschaft von Frauen als Basis für Fragestellungen zur Familienplanung. „frauen leben 3“ legt den Schwerpunkt auf sozialstrukturelle Rahmenbedingungen für Entscheidungen bei Schwangerschaften. Die Studie wurde ebenfalls im Auftrag der BZgA durchgeführt und im Jahr 2013 abgeschlossen. Inhaltlich wird hier mit der Retrospektiven zu Fragen gearbeitet, welche Schwangerschaften in der jeweiligen Lebensphase und unter den jeweiligen Lebensumständen gewollt oder ungewollt eingetreten sind, wie mit möglichen Konflikten umgegangen wurde und wie Entscheidungen getroffen wurden.

Die Studie ist im Zeitraum von 2011 bis 2013 durchgeführt worden und basiert auf einer face-to-face Bevölkerungsbefragung von 20- bis 44-jährigen Frauen in vier Bundesländern mit einem standardisierten Fragebogen (N = 4000), Leitfaden gestützten biografischen Einzelinterviews aus einer Teilstichprobe (N = 96) und Experteninterviews.

Überblick zu den Ergebnissen

Ausgewählte Ergebnisse dieser Studie wurden 2013 in einem Zwischenbericht im Internet veröffentlicht, aus dem im Folgenden zitiert wird (vgl. Zwischenbericht „frauenleben 3“):

„Der Beruf ist wichtig und muss mit den beruflichen Plänen abgestimmt werden. Bis zu einem Alter von 30 Jahren steht bei Kinderlosen ein Aufschub der Familiengründung im Vordergrund. Bei niedrig qualifizierten Müttern, bei Teilzeit-erwerbstätigen Müttern, bei Müttern ab 35 Jahren gibt es einen Trend zur Ein-Kind-Familie. Es wird sorgsam verhütet, aber die Kosten der Verhütungsmittel erschweren den Zugang. Es zeigen sich altersabhängige Risiken für ungewollte

Schwangerschaften. Je höher die Bildung desto später kam das erste Kind. Jede dritte Schwangerschaft war nicht beabsichtigt eingetreten, etwa jede sechste war ungewollt. Auch flächendeckende Verhütung kann Schwangerschaft nicht ganz verhindern. Nicht jede unbeabsichtigte Schwangerschaft ist ein Problem. Mehr als jede zweite ungewollte Schwangerschaft wurde ausgetragen. Die Qualität der Partnerschaft hat den größten Einfluss auf das Gewollt-Sein und das Austragen der Schwangerschaft. Eine berufliche und finanzielle Unsicherheit machte ungewollte Schwangerschaft, aber nicht immer einen Schwangerschaftsabbruch wahrscheinlicher. Es zeigten sich altersabhängige Bedingungen für ungewollte und abgebrochene Schwangerschaften. Das Timing der Familienplanung war bildungsabhängig. 75 % der höherqualifizierten Frauen schob den Zeitpunkt einer Schwangerschaft auf. Das Thema der Begrenzung der Kinderzahl war dann weniger relevant.

Entscheidungsprozesse bei nicht gewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüchen wurden überwiegend partnerschaftlich getroffen, die Qualität der Partnerschaft war entscheidend.“

Einige Ergebnisse im Detail

zum Kinderwunsch

Kinderlose Frauen sind selten grundsätzlich gegen Kinder eingestellt. Begründungen für einen Aufschub des Kinderwunsches sind berufliche und finanzielle Unsicherheiten, Wünsche nach Abschluss von Ausbildung oder Studium sowie die Partnerschaft. 44 % der Frauen mit einem Kind sprechen sich explizit gegen weitere Kinder aus, 20 % wünschen sich bald ein weiteres Kind, 14 % ein weiteres Kind zu einem späteren Zeitpunkt. 80 % der Frauen mit zwei oder mehr Kindern wünschen sich keine weiteren Kinder mehr.

zu Schwangerschaft

Bei nur 9 % der befragten Frauen sind Schwangerschaften unter 20 Jahren eingetreten, aber jede zweite dieser Schwangerschaften war dann ungewollt. Schwangerschaften im Alter zwischen 25 und 34 Jahren sind am häufigsten, jedoch nur 12% dieser Schwangerschaften waren ungewollt und auch von den ungewollten Schwangerschaften wurde ein hoher Anteil ausgetragen. Im Alter über 35 Jahre werden Schwangerschaften seltener, der Anteil ungewollter Schwangerschaften beträgt 20 %.

zur Entscheidung für ein Kind

Einschätzungen zur Partnerschaft haben starken Einfluss sowohl aufs Schwanger-Werden als auch auf die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen. Die Hälfte der Schwangerschaften in unsicheren beruflichen und finanziellen Verhältnissen wurde abgebrochen. Schwangerschaften von dritten oder weiteren Kindern machen nur 12 % aus, Schwangerschaften nach dem zweiten Kind waren zu 30 % ungewollt, wurden aber häufiger akzeptiert und ausgetragen.

Zwischenfazit

Die frühe Studie „frauen leben 1“ wird im Auftrag der BZgA kurz nach der Wiedervereinigung durchgeführt und sieht Familienplanungsmuster als Ausdruck unterschiedlicher sozialgruppenspezifischer reproduktiver Kulturen. Unter reproduktiver Kultur werden Deutungen und

soziale Regeln gefasst, die die Wahrnehmung reproduktiver Aspekte und das darauf bezogene Handeln anleiten. Es handelt sich um kollektiv verwurzelte oder biografisch erworbene Deutungen und Überzeugungen darüber, welche Gestaltung des privaten Lebens in welchem Alter und unter welchen Umständen angemessen sind. Die Studie unterscheidet anschließend drei kulturbezogene Lebensverlaufsmuster, die im Ost-West-Vergleich ausdifferenziert werden, ein Aspekt, dem im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt nicht nachgegangen wird. Die spätere Studie „frauen leben 3“, ebenfalls im Auftrag der BZgA deren Ergebnisse im Jahr 2013 veröffentlicht werden, nimmt Rahmenbedingungen in den Blick, die für Entscheidungen zur Familienplanung eine Rolle spielen. Beide Studien bauen aufeinander auf, Ergebnisse werden bestätigt und erweitert.

In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wird zur weiteren Ergänzung eine sozialwissenschaftliche Studie von Jutta Allmendinger (vgl. Allmendinger 2009, 2013) herangezogen. Diese Studie nimmt Lebensentwürfe von jungen Frauen in den Blick und ist daran orientiert, Veränderungen von Lebensentwürfen im Lebenslauf abzubilden.

Im folgenden Exkurs werden Ergebnisse dieser Studie zusammengestellt, um bisherige Erkenntnisse aus den Studien von Helffrich zu ergänzen. Während die Studien von Helffrich ausschließlich Frauen eine Stimme gibt, berücksichtigen die Befragungswellen der Studie von Allmendinger Vorstellungen von Männern und Frauen. Während bei Helffrich die befragten Frauen zwischen 1954 und 1978 geboren sind, kommen bei Allmendinger Frauen zu Wort, die zwischen 1978 und 1992 geboren sind. Die Studien von Helffrich und Allmendinger setzten bei unterschiedlichen Frauenkohorten an. Ergebnisse beider Studien vergleichend wird sichtbar, wie Einstellungen von Frauen möglicherweise generationenübergreifend fortbestehen oder sich verändern.

Exkurs zur Studie „Lebensentwürfe von jungen Frauen“

Allmendinger führt seit 2007 eine Studie zu Lebensentwürfen von jungen Frauen durch, die in Kooperation mit einer Frauenzeitschrift begonnen und inzwischen mehrere Befragungswellen umfasst. Das dritte Update „Lebensentwürfe heute: wie junge Frauen und Männer heute leben wollen“ ist im Jahr 2013 veröffentlicht worden.

Im Rahmen der Befragungswelle 2012 wurden 290 Frauen und 211 Männern zwischen 21 und 34 Jahren erneut befragt, die bereits 2007 und 2010 Auskunft zu ihren Lebensentwürfen gegeben haben. Die Befragten sind zwischen 1978 und 1992 geboren. In dieser Studie kommt eine jüngere Frauengeneration zu Wort als bei der Studie „frauen leben 1“.

Überblick zu den Ergebnissen (vgl. Allmendinger 2013)

Für 91 % der befragten Frauen ist Erwerbsarbeit und Geld sehr wichtig. Auch Männer wünschen sich zunehmend Partnerinnen, die für ihren Lebensunterhalt zuständig sind. Die Einstellung der Frauen dazu ändert sich bei Familiengründung und Kindern nicht. Erwerbsarbeit wird als selbstverständlich angesehen, Frauen sind weiterhin an Erwerbsarbeit orientiert. Seit 2007 hat diese Einstellung der Frauen zugenommen. Inzwischen bewerten weniger als 5 % der befragten Frauen Familie wichtiger als eigene Erwerbstätigkeit.

93 % der befragten Frauen wollen Kinder. Sie beurteilen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf allerdings zurückhaltend. Eine Karriere mit Kind wird als nicht aussichtsreich eingeschätzt: 53% der Frauen antworten, dass mit Kindern keine wirkliche Karriere zu machen ist. Seit 2007

hat sich diese Einschätzung zunehmend verfestigt. Frauen mit Kindern sehen sich als beruflich ausrangiert an, Männer erleben die Gesellschaft als kinderfeindlich und sind bezogen auf Kinder unentschlossen, obwohl sie gerne Kinder hätten. Familiengründung wird zeitlich hinausgeschoben.

Die befragten Frauen haben den Wunsch nach einer gesunden Balance zwischen Beruf und Familie, erleben die Wirklichkeit jedoch anders. Auch ohne Kinder wird Hausarbeit mehrheitlich von Frauen übernommen, Ein Drittel der Männer würde Erwerbsarbeit nicht für Kindererziehung unterbrechen, der Rest nur kurzfristig. Frauen mit guter Ausbildung sind beruflich erfolgreicher und sehr viel zufriedener mit ihrem Leben.

Einige Ergebnisse im Detail

Die gesellschaftliche Wahrnehmung hat sich von Heirat und Familie zur Erwerbstätigkeit der Frau verschoben. 70 % der Männer und 62 % der Frauen finden, dass sie selbst Macht und Einfluss haben. 18 % der Männer und 26 % der Frauen beobachten hierbei einen Rückgang. Mütter von Kindern, die in die Schule gehen, nehmen verstärkt wahr, dass sie an Macht und Einfluss verloren haben.

Fast die Hälfte der Befragten bewertet den eigenen Lebensstandard als verbessert gegenüber vorherigen Befragungen. Dabei gibt es keinen Unterschied in der Bewertung von Männern und Frauen, während Bildung, Kinder sowie Wohnort im Westen oder Osten Faktoren für Differenzen sind. Im Vergleich zu 2007 bewerten 55 % der kinderlosen Befragten und 31 % der befragten Eltern ihren aktuellen Lebensstandard als höher. Diese Einschätzung findet sich auch in Antworten von Frauen wieder. Während 2007 von 20 % der befragten Frauen das Leben als schwer zu bewältigen erlebt wurde, ist in 2012 dazu ein Rückgang auf 13 % zu registrieren.

Ohne Unterschied herrscht bei Männern wie Frauen eine hohe Zufriedenheit, die in Verbindung mit dem Faktor Bildung steht. Der Eltern sind nicht zufriedener als Kinderlose, Kinder kompensieren nicht die Sorgen, die Mütter hinsichtlich ihrer Erwerbstätigkeit haben. Familien mit Kindern nehmen eine Verschlechterung ihres Lebensstandards wahr. Bei der Frage, wie es in zehn Jahren mit der Zufriedenheit aussehen wird, gehen ein Viertel der Befragten von einer höheren Zufriedenheit aus, während 32 % einen leichten Abfall befürchten. Befragte mit niedrigerem Bildungsniveau zeigen weniger Zuversicht.

In der Bewertung persönlich wichtiger Dinge stehen private Bindungen zu Freunden, Eltern, finanzielle Unabhängigkeit, Bildung, Beruf und Kinder hoch im Kurs. Dieser Bewertung wird von Männern und Frauen geteilt und verändert sich im Zeitraum von 2007 bis 2012 allgemein wenig. In speziellen Gruppierungen sind allerdings Veränderungen auszumachen. Wenn 23 % der Befragten in 2012 eigene Familie und Kinder weniger wichtig sind als bei der Befragung 2007, sind das vorrangig Befragte mit kleinen Kindern und kinderlose Frauen. Wenn 20 % der Befragten in 2012 Beruf und Arbeit wichtiger als 2007 und für 37 % die Wichtigkeit abgenommen hat, zeigt sich diese Veränderung vorrangig bei Männern mit niedriger Bildung, Vätern kleiner Kinder und Mütter.

Die Bewertung der gesellschaftlichen Entwicklung fällt durch die Befragten kritischer aus als die Bewertung des eigenen Lebensverlaufs. Während die Gesellschaft als stagnierend bzw. sich bergab bewegend wahrgenommen wird, halten sich die Befragten selbst für wacker und registrieren entgegen der allgemeinen gesellschaftlichen Tendenz für sich Gewinne. Es sind Übereinstimmungen und Differenzen bei Selbst- und Fremdeinschätzungen zu Geld und Karriere so-

wie zu Kindern festzustellen, über den Zeitraum von 2007 bis 2012 kommt es jedoch zu einer Annäherung der Bewertungen.

In den Befragungen äußern sich Männer und Frauen zu Geschlechterverhältnissen. Die Studie differenziert nach geteilten und trennenden Geschlechterbildern. Geteilte Geschlechterbilder sind Einschätzungen, die sowohl Männer als auch Frauen haben. Als geteilte Geschlechterbilder werden gekennzeichnet: „Kinder sind für Frauen wichtiger als für Männer“; „Heirat ist für Frauen wichtiger als für Männer“; „Treue ist wichtig“; „Karriere zu machen, ist für Männer wichtiger als für Frauen“. Als Männern und Frauen trennende Geschlechterbilder werden gekennzeichnet: „Wertigkeit von Heirat“ und „Wertigkeit von Geld für Frauen“.

Für eine Partnerschaft bestehen drei große Wünsche: Unabhängigkeit, Unterstützung und Treue. 6 % der befragten Frauen wünscht sich eine Existenzabsicherung der Familien durch den Partner, während sie Haushalt und Kinder versorgen. 94 % der befragten Frauen möchten einen eigenen Beitrag zur Existenzsicherung der Familie leisten, aber nicht als Alleinverdienerin, nur 1 % der befragten Frauen kann sich vorstellen, die Existenzsicherung der Familie zu übernehmen, während der Mann für Haushalt und Kinder zuständig ist.

In der Befragung 2012 bevorzugen 62 % der befragten Frauen das Modell eines gelungenen Ausgleichs von Familie und Beruf, ohne einen Bereich zu vernachlässigen. Männer haben ähnliche Vorstellungen. Frauen wünschen sich, dass der Partner für die Existenzsicherung zuständig sein soll, und verabschieden sich nicht von partnerschaftlichen Lebensmodellen. Männer fühlen sich ihrerseits seltener als Alleinernährer.

In der Befragung 2012 wünschen sich 7 % der Frauen keine Kinder. Während 2007 noch 9 % der befragten Frauen angaben, dass sie keine Kinder wollen, hat sich für die Hälfte von ihnen in der Befragung 2012 ein Kinderwunsch ergeben. Umgekehrt haben 5% der befragten Frauen, die 2007 einen Kinderwunsch angegeben haben, in der Befragung 2012 keinen Kinderwunsch mehr. 2007 wünschten sich 14 % der befragten Frauen mit Kind weitere Kinder, während in der Befragung 2012 nur noch ein Drittel von diesen weitere Kinder wünscht. Kinderwünsche können sich im Verlauf des Lebens verändern. 80 % der aktuell kinderlosen Frauen hat die Vorstellung, dass sie es später bereuen werden, keine Kinder zu haben. 45 % der kinderlosen Frauen sagt aber auch, dass sie für ein erfülltes Leben, keine Kinder haben müssen. Hohe Bildung verbindet sich eher mit der Einstellung, Kinderlosigkeit später möglicher Weise zu bereuen. 53 % der befragten Frauen ist der Meinung, dass ein Leben mit Kindern Verzicht auf Wohlstand bedeutet.

Kinderwunsch und Kinderzahl sind keine fixen und stabilen Größen. Der Wunsch nach einem Kind ist trotz Veränderungen in den Untergruppierungen konstant hoch, beim Wunsch nach einem zweiten Kind ist insgesamt ein Rückgang zu erkennen. In den Befragungen zeigt sich bezogen auf Kinderwünsche Zerrissenheit, die sowohl auf Männern als auch auf Frauen zutrifft.

Die befragten Frauen und Männer verfolgen Partnerschaftsmodelle, in denen sie nach Balance zwischen Beruf und Familie suchen. Mehrheitlich wird zeitintensive unbezahlte Familienarbeit wie Putzen, Waschen, Kochen jedoch weiterhin von Frauen erledigt, mehrheitlich streben Männer weiterhin keine Unterbrechungen ihrer Erwerbstätigkeit und Karriereplanung wegen Kindererziehung an. In zehn Jahren sieht sich 95 % der befragten Frauen im Beruf und nicht zu Hause. Im Zeitraum der Studie von 2007 bis 2012 haben sich diese Vorstellungen nur bei 4 % der befragten Frauen dahin

gehend verändert, dass sie ihre Perspektive vom Beruf ins Häusliche verlegt sahen.

Auch wenn sich Lebensereignisse, Einstellungen, Wertigkeiten und Lebensausrichtungen verändern, zeigen sich in den Befragungen der Studie stabile Antwortmuster.

Frauen ändern ihre Werte und Einstellungen nicht, wenn sie eine Familie gründen und Kinder bekommen. Erwerbstätigkeit von Frauen wird gesellschaftlich gestützt. Weniger als 5 % der befragten Frauen ist Familie wichtiger als eigene Erwerbstätigkeit.

Zuschreibungen, die sich auf Kinderwünsche beziehen, bilden keinen gesellschaftlichen Konsens ab. Denn der eigene Wunsch weicht von dem ab, was Frauen bei anderen Frauen vermuten, bei anderen Frauen wird ein Kinderwunsch nicht vermutet, die einzelne Frau wünscht sich jedoch Kinder.

Das Bedürfnis nach Nähe ist immer noch groß. Der Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit geht nicht mit Vereinzelung einher. Stabile feste Beziehungen zu Freunden und Eltern werden als sehr wichtig angesehen. Unabhängigkeit wird als Voraussetzung für mögliche Nähe gesehen.

Getrennte Geschlechterbilder sind weiterhin festzustellen, nähern sich jedoch an. Bewertung von Männern und Frauen haben im Zeitraum von fünf Jahren wenig verändert.

Die berufliche Situation von Frauen und Männern weist Unterschiede auf. Frauen sind häufiger in Teilzeit erwerbstätig als Männer und unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit wegen Kindern. Unbezahlte Hausarbeit ist ungleich verteilt und wird mehrheitlich von den Frauen geleistet.

In dieser Studie werden auch Hinweise für die Entwicklung im Ost-West-Vergleich gegeben. Unterschiede sind bestehen geblieben. Frauen, die im Osten Deutschlands leben, kehren nach Geburten schneller in die Erwerbstätigkeit zurück und streben längere Arbeitszeiten an. Sie sehen weniger ihre Männer in der Verantwortung, sondern fordern stärker staatliches Engagement für eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Frauen, die im Westen leben, sehen stärker ihre Männer in der Pflicht.

Die Bedeutung von Ausbildung und Bildung ist gestiegen. Frauen und Männer fühlen sich häufig nicht angemessen entlohnt. Ungleichheit in der deutschen Gesellschaft hat deutlich zugenommen. In einem „Discussion Paper“ (vgl. Allmendinger 2013) setzt Allmendinger diese Ergebnisse weiterführend in Bezug zu gesellschaftlichen Fragestellungen und sozial-politischen Forderungen. Diesen Aspekten wird hier nicht nachgegangen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Zur Beleuchtung von Lebenssituationen und Fragen der Entscheidungen, die für Frauen in dieser Lebensphase anstehen, sind exemplarisch sozialwissenschaftliche Studien von Helffrich und Allmendinger herangezogen. Die Studien von Helffrich nutzen biografisches Material in retrospektiver Perspektive, während die Studie von Allmendinger Lebensentwürfe von Frauen erfragt und an Zukunftsperspektive orientiert ist. Die Studien differieren in Bezug auf die Geburtsjahrgänge der befragten Frauen und auf methodische Herangehensweise, die jeweiligen Ergebnisse decken und ergänzen sich jedoch. In der Lebensphase von Frauen, für die sich das Forschungsprojekt interessiert, kommen erkennbare Muster in den Handlungspraxen von Frauen zum Tragen, wenn es um Entscheidungen im Zusammenhang von Schwangerschaften und für Mutter-Werden geht.

Schwangerschaft und Mutter-Werden sind für Frauen nach wie vor Lebensereignisse mit

weitreichenden Folgen für den weiteren Lebensverlauf. Lebensentwürfe werden durch entsprechende Entscheidungen bestimmt, Chancen und Risiken für zukünftiges Leben sind jedoch schwer abschätzbar. Es ergeben sich Widersprüche zwischen Wünschen nach Autonomie und Sicherheit, zwischen Vorstellungen und erlebter Realität der vermeintlichen Chancengleichheit, die in dieser Lebensphase befeuert werden. Es bestehen Unsicherheiten, Ängste und Befürchtungen, so weitreichende Weichenstellungen vorzunehmen und sich festzulegen. Kinderwünsche haben jedoch feste Plätze in weiblichen Biografien, auch wenn sich der Wunsch im Verlauf des Lebens verändern kann. Entscheidungen für Schwangerschaft werden von Frauen als zeitlich gebundene Optionen erlebt. Sie versuchen Dauer der Phase mit diesen Optionen zu verlängern. Mit dem Aufschieben von Schwangerschaft in höheres Alter, mit dichter Kinderfolge bei später erster Schwangerschaft, mit der Inkaufnahme von Einschränkungen und Nachteilen suchen Frauen nach individuellen Lösungen für widersprüchliche soziale Erwartungen und Anforderungen, ohne ihre Vorstellungen von Partnerschaft und Kinderwunsch aufgeben zu müssen. Trotz Verhütungsmöglichkeiten können Schwangerschaften unbeabsichtigt und ungewollt eintreten. Kinderlosigkeit kann trotz medizinischer Behandlung weiter bestehen. Die Akzeptanz von Schwangerschaft oder Kinderlosigkeit in der jeweiligen Situation ist vom Lebensentwurf abhängig und wird von Einstellungen zu Normen und Werten beeinflusst.

Lebensentwürfe von Frauen werden durch eine Reihung von Entscheidungen bestimmt. Entscheidungen sind nicht ausschließlich rational begründet. Wünschen und Befürchtungen der Frauen haben Auswirkungen auf die Wahlmöglichkeiten von Optionen. Entscheidungen basieren auf Einschätzungen zu sozialen Lebensbedingungen, die vom gesellschaftlichen Wandel bestimmt sind. Die Antworten der befragten Frauen in den beiden Studien sind in Relation mit Zugehörigkeit zu ihren jeweiligen Alterskohorten zu interpretieren. Generationsübergreifenden Aspekten, die sich andeuten, wäre mit Studien nachzugehen, die als Längsschnitt angelegt sind.

Für das Forschungsprojekt können Vorstellungsmuster zu Partnerschaft, Kinderwünschen und Entscheidungen, wie sie von Helfferich aus biografischem Material herausgearbeitet werden, als Folie für Sichtweisen und Handlungspraxen von Frauen dienen. Da die Antwortmuster, die Allmendinger anbietet, in ähnliche Richtung weisen, ist davon auszugehen, dass sich normative Orientierungen von Frauen für Entscheidungen rund um Schwangerschaften in den zwanzig Jahre, die zwischen den Studien liegen, anscheinend nicht so grundlegend verändert haben, wie das aufgrund der sich ändernden ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen vielleicht zu erwarten wäre.

3.3 Weiblicher Körper und Körperlernen

Ursprünglich basierte dieses Kapitel auf den Überlegungen zum körperpsychotherapeutischen Konzept von Ernst Kern in Verbindung mit einer Studie von Kati Myzogemba zum Körpererleben von Frauen in der Schwangerschaft. Hinweise auf weitere Quellen sind im Verlauf des Forschungsprojektes dazu gekommen, sodass ein entsprechender Textabschnitt zu der Studie von Magdalena Nowicki und Eva Tolasch sowie der Studie von Stefan Hirschauer u.a. in der Überarbeitung des Kapitels eingefügt worden ist.

Nach den Überlegungen zur Lebensphase von Frauen rund um Schwangerschaften und den komplexen Entscheidungen, die in dieser Zeit anfallen, wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin dem weiblichen Körper und Körpererleben zu. Wünschen und Handlungsoptionen im Zusammenhang mit Mutter-Werden stehen in enger Verbindung mit Sichtweisen zum Körper. Eine Schwangerschaft findet im Normalfall im weiblichen Körper statt. Der weibliche Körper bildet den Raum, in dem neues menschliches Leben heranwächst. Dieser Körper verändert sich durch Schwangerschaft unwiderruflich. Frauen machen in dieser Zeit neue Erfahrungen mit ihrem Körper. Der schwangere Körper wird von anderen in seiner Veränderung wahrgenommen und interpretierend kommentiert.

In einer psychotherapeutischen Perspektive wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin dem Körpererleben mit der allgemeinen Frage zu, wie sich Prozesse des persönlichen Wachstums als leibliche Prozesse zu verstehen sind. Dazu werden Überlegungen von Ernst Kern im Zusammenhang mit der Entwicklung seines Konzeptes Personenzentrierte Körperpsychotherapie herangezogen. Im Fokus des Interesses hier stehen nicht Details dieses Konzeptes als Konzept für und von psychotherapeutischer Praxis, sondern Perspektiven und Bezugnahme auf Konzeptionen des Körpers und Körpererlebens, die als Basis für seine Entwicklung herangezogen werden.

Kern (vgl. Kern 2014) bezieht phänomenologische Grundlagen ein. Ausgehend von einem interaktionistischen Konzept der Selbstwerdung durch Austausch mit anderen und Rogers Theorien von menschlichen Wachstumsprozessen betont Kern die identitätsstiftende Bedeutung des Körpers und eine körperliche Fundierung von Wahrnehmung. Er stützt sich dabei auf Erkenntnisse von Daniel Stern und Antonio Damasio und nutzt das Konzept Embodiment (vgl. ebenda S. 36 – 55), um auf diese Weise Lücken im ursprünglich personenzentrierten Konzept von Rogers zu schließen. Körperpsychotherapie orientiert sich an der Ganzheit der Person, geht von einer Gleichwertigkeit von Psyche und Körper aus und betont die Bedeutung des Erfahrungsbezugs. In Bezugnahme auf Storch betont Kern für das Konzept Embodiment eine noch stärkere Verankerung allen Erlebens und Denkens im Körper.

Exkurs zu körperbezogenen Konzepten (vgl. Kern 2014)

Für Rogers ist der „Organismus“ Ausgangspunkt für „Aktualisierungstanz“, indem er als Bewertungsinstanz zur Verfügung steht. Mit Bezug auf Eckert, Biermann-Ratjen und Höger formuliert Kern (ebenda S. 17):

„Rogers definiert als Erfahrung alles, was sich innerhalb des Organismus in einem Augenblick abspielt und was potentiell der Gewährwerdung zugänglich ist. Erfahrungen sind die eigene Realität des Individuums, bestimmen sein Erleben und Verhalten und sind prinzipiell nur ihm zugänglich.“

Rogers sieht das Selbst als Subjekt und Zentrum von Wahrnehmung und Reflexion. Er geht von einer präreflexiven, affektiv-organischen Basis des Selbsterlebens aus. Körperhaben und Körpersein müssen durch ein prozesshaft erlebendes Subjekt physisch integriert werden.

Erfahrungen sind für Kern immer körperlich fundiert (vgl. ebenda S. 15 - 26) und Erleben hat phänomenologische Wurzeln (ebenda S. 18):

„Erleben ist die Wurzel aller weiteren Erfahrungen und auch deren unverzichtbares Bezugskriterium. Erfahrung ist damit Bedingung der Möglichkeit von

Subjektivität, Identität und Personwerdung.“

Mit Bezug auf Plessner, Merleau-Ponty und Schmitz gehen die Überlegungen von Kern von einer Unterscheidung zwischen dem physischen Körper als Körper-Ding und dem innen gefühlten Körper als Leib aus. Leiblichkeit ist wesentlich für Welterfahrungen (ebenda S. 20):

„Der Mensch befindet sich also ständig im Spannungsfeld zwischen Körpersein und Körperhaben. Gleichzeitig ist er sein Körper und er lernt ihn zu beobachten, zu benutzen und zu kontrollieren. Diese Spannung muss ausgeglichen werden. Beide Positionen sind keine beliebig wählbaren Alternativen, sondern sie sind ineinander verschränkt.“

Plessner versteht Selbstsein als spürbare Innenwelt der Person. Merleau-Ponty sieht den Leib als Medium des Zur-Welt-Seins, die Person verhält sich durch ihren Leib hindurch zur Welt und zu sich selbst. Schmitz geht von Spüren als körperfundierte Identitätsbestimmung aus. Spüren ist ein Medium für innere Orientierung und Steuerung, gespürte leiblich-affektive Betroffenheit gibt der Person das Gefühl, dass es um sie selbst geht, und führt dazu, dass sie sich situationsbezogen verhalten kann.

Auch energetische Modelle sind für Kern hier anschlussfähig. Wilhelm Reich kennzeichnet diesen Prozess als Pulsation und Grundlage von allem Lebendigen. Er formuliert dann Stile der Resonanz als körpergebundene Charakterstrukturen. Für Kern (ebenda S. 22 f) gibt es eine unaufhebbare Dialektik zwischen Erfahrung und Reflexion:

„Erfahrungen liegen Reflexion zugrunde. Die reflexiven Erfahrungen lagern sich im Körper ab und strukturieren neue Erfahrungen. Sie werden in diesem Prozess als reflexive Leiblichkeit zum Zentrum jeder Identitätsbildung.“

In der Entwicklung seines Konzeptes nimmt Kern auch Bezug auf das Konzept der affektiv-motorischen Schemata von Dowing. Danach sind soziale Erfahrungen und Strukturen in den Körper hineingeschrieben. Mit Bezugnahme zu Wilhelm Reichs Charakterpanzer formuliert er (ebenda S. 25):

„Einverleibung als Innensicht und Verkörperung als Außensicht stellen damit so etwas wie ‚Gesellschaft unter der Haut‘ dar. (...) der Körper (ist) gleichzeitig prä-reflexiv und möglicher Reflexionsgegenstand, gleichzeitig handelnder Produzent von Interaktion und Produkt von Gesellschaft.“

Auch das Focusing-Modell von Eugene Gendlins (vgl. ebenda S. 27 f) bezieht Kern ein. Der Körper vollzieht Prozesse in eigener Veränderungslogik, die Gendlin „Fortsetzungsordnung“ nennt. Die subjektive Wahrnehmung wird auf organismisch-prozesshafte Ebene verlegt. Gendlin bezeichnet das „Mehr als schon Gewusstes“, das körperlich wahrnehmbar ist, als „Felt-Sense“ und „Focusing“ als einen körperlichen Prozess, bei dem der Körper Wahrnehmungsinstrument ist. Körper ist nach Gendlin eine Wechselwirkung zwischen Individuum und Welt und zwar nicht subjektivistisch, sondern phänomenologisch gesehen. Der innen gefühlte Körper ist kein monadisches Ding, er ist Interaktion. Gendlin sieht den Körper als ungeteilte Vielheit von Situationen. Aufgrund der Wechselwirkungen mit früheren Situationen hat der Körper individuell biografische und kulturelle Erfahrungen aufgenommen als eine Art leibliches Situationswissen. Kern nutzt in seinem Konzept dafür den Begriff „situationaler Körper“.

Das leibliche Situationswissen (vgl. ebenda S. 124) wird in Atmung, Körperhaltung, Bewegung und Körperkontakt sichtbar und für andere wahrnehmbar. Der Leib wird spürbare Erfahrung. Spüren wird so zum grundlegenden Orientierungsmuster einer Person zur Bewältigung des

Lebens. Mit Bezugnahme auf Hermann Schmitz geht es Kern dabei um die Wahrnehmung der Welt nicht nur mit äußeren Sinnen, sondern

„in der Art eines spürenden Hinachtens, Aufmerkens oder Wahrnehmens, dem Spürsinn. Daher lassen sich auch psychische Probleme über die Arbeit an der leiblichen Selbsterfahrung, an den Spürzuständen verändern.“

Mit Bezug auf Schmitz sind Leibinseln für Kern Stellen und Bereiche, auf die spürbare körperliche Erfahrungen begrenzt sind. Im Focusing-Prozess richtet sich das Spüren auf solche Bereiche. Empfindungen verorten sich an einer ganz bestimmten körperlichen Stelle. Es finden sich dabei Stellen, die spürbar sind und nicht zu spürende Orte. Mit Bezugnahme auf Baer und Frick-Baer sind für Kern (vgl. ebenda S. 124 f) diese „stillen Leibinseln“ immer da, auch wenn sie nicht spürbar sind. Das Wahrnehmen von Temperatur, Spannung, Kribbeln, Ziehen, Berührung an bestimmten körperlichen Stellen kann das Spüren von Leibinseln fördern. Grenzen des Spürens und Nicht-Spürens sind ein weiterer Aspekt, auf den sich die Wahrnehmung richten kann. Von gut spürbaren Körperregionen ausgehend können nicht-spürbare Körperregionen und Leibinseln im Prozess der Annäherung erforscht und erschlossen werden.

Zum körperlichen Spüren bezieht sich Kern (vgl. ebenda S. 128 f) auf die Grundkategorien von Schmitz mit Enge und Weite, Spannung und Schwellung, Richtung und Intensität. Die Kategorie „Enge und Weite“ setzt beim Prinzip der Polarität an. Emotionen wie Angst, Anspannung, Schmerz, aber auch Geborgenheit, Sicherheit werden dem Horizont Enge zugeordnet. Emotionen wie Neugier, Freude, Freiheit, Unsicherheit oder Überforderung werden dem Horizont Weite zugeordnet. Mit Hinweis auf das Prinzip der Pulsation von Boadella, das sich in Bewegungen des Öffnens und Schließens vollzieht, sieht Kern in Bewegungsfiguren der Pulsation ein Merkmal lebendiger Prozesse. Mit der Kategorie „Spannung und Schwellung“ als Ausdehnung wird dann die energetisch-motivationale Dimension der Pulsation eines Lebewesens beschrieben. Enge führt zu Spannungserleben, Weite zu Schwellungserleben oder zu einem Erleben von Ausdehnung. Spannung und Expansion sind energetische Aspekte der Kategorie „Enge und Weite“. Sie liegen näher am Handlungsimpuls und der Motivation. Die Kategorie „Richtung und Intensität“ als Rhythmus kennzeichnet die Art und Weise der Bewegungen von Pulsation.

Die Überlegungen von Kern (vgl. ebenda S. 130 - 133) beziehen sich auch auf die „Kategorien des Bewegungsantriebs“, die von Rudolf Laban aus der Tanztherapie entwickelt wurden. Er beschreibt die Art von Bewegung über den Bewegungsantrieb, den er als „effort“ bezeichnet. Laban versteht unter Bewegungsantrieb sowohl Art und Weise als auch Qualität von Bewegung und formuliert ein Kategoriensystem für individuelle Bewegungsmuster mit vier Dimensionen des Bewegungsantriebs: Kraft, Raum, Fluss und Zeit. Die Dimension „Kraft“ als Intensität wird mit fest oder zart, mit Erleben von Gleichgewicht und Schwerkraft und dem Krafteinsatz bei Bewegungen beschreiben. Es geht um Themen wie Selbstbehauptung, Durchsetzungsvermögen, Sensibilität, Behutsamkeit. Die Dimension „Raum“ als Richtung unterscheidet zwischen gerichteten und ungerichteten Bewegungen. Bewegungen können zielgerichtet oder spielerisch sein, erkundend, entschlossen, unsicher, sich auf unterschiedliche Bereiche des Körpers beziehen im Sinnen von oben oder unten. Die Raumdimension bezieht sich auf den als persönlich erlebten Raum um den Körper. Es geht um Themen wie Grenzen, Abgrenzung und Sichern. Die Dimension „Zeit“ als Rhythmus fasst Bewegung als Prozess. Jede Bewegung ist an Zeit gebunden,

entwickelt sich allmählich mit unmerklichem Start oder entsteht plötzlich mit einem Anfang und einem Ende. Dies steht in Verbindung mit emotionalem Erleben von überraschend, erschreckend, hektisch, beruhigend. Der Rhythmus einer Bewegung entwickelt sich mit Tempo und Takt einer Bewegung im Verlauf der Zeit. Die Dimension „Fluss“ verdeutlicht, dass Bewegungen gebunden sind. Sie sind mühelos anhaltbar, können bewusst, mit muskulärer Kontrolle ausgeführt werden oder sind frei, mehr oder weniger kontrolliert, fließend, können weiter werden, kein Ende finden, fühlen sich losgelassen oder gelöst an. Es besteht eine Verbindung zum Emotionsfluss bzw. zur Kontrolle von Emotionen. Im Aufbau eines Bewegungsrepertoires in der Tanztherapie (vgl. ebenda S. 133)
„wird der Körper sozusagen daran erinnert, was möglich ist, auf welche Art er sich bewegen könnte und kann.“

Auch das Konzept der Leibbewegungen von Udo Baer und Gabriele Frick-Baer gibt dem Konzept von Kern (vgl. ebenda S. 133 - 135) Anregungen. Baer und Frick-Baer haben für die Entwicklung eine Kombination von tanztherapeutisch-phänomenologischen und entwicklungspsychologischen Konzepten genutzt. Übungen zu den primären Leibbewegungen sind das „Schauen“, das „Lehnen“, das „Drücken“, das „Greifen“ und das „Tönen“. Weiterhin unterscheiden sie „Richtungs-Leibbewegungen“ wie „rechts und links“, „hinein und hinaus“, „hoch und hinunter“ sowie „vor und zurück“ und konstitutive Leibbewegungen der Befindlichkeit und inneren Zustände wie „eng und weit“, „gespannt und gelöst“, „lebendig und unlebendig“, „ruhig und unruhig“ sowie „diffus und konkret“. Die Säuglingsforschung (ebenda S. 134) sieht in diesen Leibbewegungen die ersten im Selbst auftauchenden Muster über die Welt und die andern. Als erste Begegnung mit dieser Welt bleiben sie im Hintergrund, oft als eine bleibende Färbung des Erlebens. Leibbewegungen verbinden sich wechselseitig mit Erleben (ebenda S. 134):

„Leibbewegung besteht darin, im eigenen Körper zu wohnen, sich dort gut aufgehoben und zu Hause fühlen zu können“.

Zwischenfazit zur personenzentrierten Körperpsychotherapie

Die Überlegungen von Kern enthalten viele Anregungen, die sich für eine Annäherung an Körperkonstruktionen und Körpererleben von Frauen während einer Schwangerschaft und nach der Geburt anbieten, auch wenn diese Situationen des Alltagslebens sich von therapeutischen Situationen unterscheiden. Das Spüren von Leibinseln und Leibbewegungen sowie deren Kommunikation und Interaktion mit dimensional Beschreibungen stellen Zugänge dar, die nicht vorrangig auf Defizite, Abweichungen, Risikominimierung und direkten Krankheitsbezug gerichtet sind. Auch in beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen könnte das Spüren von Leibinseln und Bewegungen des schwangeren Leibes eine Rolle spielen.

Wenn der Leib von Frauen als Erfahrungsspeicher gesehen wird, in dem in Wechselwirkungen mit früheren Situationen biografische und kulturelle Erfahrungen als leibliches Situationswissen gespeichert ist, kann dieses Erfahrungswissen in anderen für Frauen ungewohnten Situationen wie Schwangerschaft und Geburt wieder zum Tragen kommen. Gleichzeitig erweitert sich mit dem Erleben von Schwangerschaft und Geburt als einem körperlichen Veränderungsprozess das leibliche Situationswissen von Frauen unwiderruflich und in möglicher Vielfalt. Es ist für diese speziellen Situationen einzigartig und kommt möglicherweise in späteren Situationen erneut zum Klingen. Die Fähigkeit zu spüren erweist sich als Zugangsweg zu gespeichertem Situations-

wissen, einem Wissen, das durch ein Erleben von Schwangerschaft und Geburt entstanden ist und sich durch Reflexion in Bedeutung für „gesund leben lernen“ erschließen lässt.

Zur Rückführung der allgemeinen Überlegungen zum Körpererleben auf die Situation von Schwangerschaft nehmen die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin eine Studie von Kati Mozygemba in den Blick. Mozygemba (vgl. Mozygemba 2011) hat in ihren Untersuchungen Interviews mit erstgebärenden schwangeren Frauen ausgewertet und herausgefunden, dass eine Schwangerschaft für Frauen die Notwendigkeit mit sich bringt, den eigenen Körper, ihr Frau-Sein und ihre Stellung im sozialen Umfeld neu zu definieren. Sie geht davon aus, dass Körper- und Leiberfahrungen in der Schwangerschaft eine Orientierung geben, um den Übergang in eine neue Lebensphase anzubahnen.

Mozygemba bezieht sich in ihren Ausführungen wie Kern auf Körper- bzw. Leibkonzepte von Plessner und Schmitz sowie auf Arbeiten von Barbara Duden und Gesa Lindemann. Sie geht von einer Verschränkung des Körperwissens und der Leiberfahrung aus (ebenda S. 32), die historischen Veränderungsprozessen folgen:

„Der Leib ist nach Lindemann nicht unabhängig vom Körper (Körperwissen) zu denken bzw. zu erfahren, denn über Körperwissen wird das Leiberleben strukturiert. Umgekehrt kann der Körper (Körperwissen) nur subjektiv im Leib erfahren werden.“

Die Verschränkung von Körperwissen und Leiberleben bieten die Möglichkeit, Phänomene auf körperlich-materiellen Ebene und auf Ebene sozialer Konstruktionen in den Blick zu nehmen. Die leibliche Dimension des Erlebens wird mit der Betrachtung sozialer Beziehungen verbunden.

Mozygemba (ebenda S. 59) nimmt auch Bezug auf das Habitus-Konzept von Bourdieu und betrachtet Schwangerschaft in ihrer Verkörperung als Statuspassage:

„Verkörperung bezeichnet den Umgang mit und das Erleben der ineinander verschränkten Einheit von Körper(wissen) und Leib(erleben).“

Sie geht der Frage nach, was einen weiblichen Körper zu einem schwangeren Körper macht, damit sowohl die Frau selbst als auch ihr soziales Umfeld dies als Realität einordnen. Dahinter steht für sie die Frage,

„wie die Schwangerschaft zu einer unhintergehbaren Wirklichkeit gemacht wird. Ausgangspunkt ist dafür, dass der schwangere Körper und damit die Frau als werdende Mutter nur mittels kultureller Darstellungsleistungen identifiziert werden kann.“

Dabei geht es um ein Wahrnehmen und Einordnen der Veränderungen. Das leibliche Spüren erfolgt in Relationen zu anderen.

In der frühen Schwangerschaft sind Veränderungen des Körpers äußerlich wenig sichtbar und auch mit anderen Sinneskanälen nur eingeschränkt wahrnehmbar. Es ist eine Frage des Körperwissens, über das Frauen allgemein und für diese spezifische Situation verfügen können. Eine weitere Frage ist, wie das spezifische Leiberleben einer Schwangerschaft von den Frauen selbst und durch das soziale Umfeld gedeutet wird.

Körperwissen und Leiberleben entwickelt sich in Verbindung mit normativen sozialen Vorstellungen und wissenschaftlichen Modellen der jeweiligen Gesellschaft. Das bezieht sich auch auf das, was Frauen über sich selbst wissen und wissen dürfen. Dafür ist nach Mozygemba (ebenda S. 64) ein Beispiel, was als sicheres Zeichen für eine Schwangerschaft angesehen wird.

„Voraussetzung für das Wissen, um die eigene Schwangerschaft war für die Frauen die Existenz eindeutig spürbarer leiblicher Zeichen wie der Kindsbewegung. Im Gegensatz zur heutigen Zeit, in der ein Schwangerschaftstest Auskunft gibt, waren Frauen auf die immer wieder zu überprüfende Selbstwahrnehmung angewiesen.“

Der Einfluss der Medizin als Wissenschaft seit dem 18. Jahrhundert hat die Bedeutung von differenzierter weiblicher Selbstwahrnehmung zurückgedrängt und hat sich an einer Normierung des weiblichen Körpers ausgerichtet, die am Aufspüren von Abweichungen und möglichen Risiken orientiert ist. Diese Entwicklung hat auch Einfluss auf Alltagswissen von Frauen über Schwangerschaft und Geburt. Schwangerschaft und Geburt werden als störungsanfällige Prozesse angesehen, die externer Expertise bedürfen, um Sicherheit für die Entwicklung des Kindes zu gewährleisten. Schwangerschaft und Geburt rücken damit in die Nähe von Krankheiten, die mit medizinischen Mitteln kontrollierbar gemacht werden.

Zwischenfazit zu Körperwissen

Situationen von Schwangerschaft und Geburt sind Anlässe, dass sich Frauen fragen, über welches Erfahrungswissen sie bezogen auf ihren Körper verfügen, wie sie den schwangeren Körper und wie andere ihren schwangeren Körper erleben. Über eigenes Körperwissen verfügen und in Verbindung mit verändertem Leiberleben bringen zu können, kann als ein Aneignungsprozess verstanden werden, der in einer Situation von Schwangerschaft angestoßen wird und von normativen Vorstellungen und Orientierungen geleitet ist. Trotz vermehrten Wissensbeständen und deren allgemeinen Verfügbarkeit in modernen Medien werden Frauen im Rahmen ihrer Sozialisations- und Lernprozessen wenig zum eigenen Erforschen underspüren ihres weiblichen Körper angeregt. Expertise wird angefragt.

In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wird im Folgenden auf zwei neuere Studien Bezug genommen, die etwa zeitgleich durchgeführt worden sind. Beide Studien nähern sich dem Phänomen „Schwangerschaft“ in unterschiedlicher Weise, wobei Konstruktionen des weiblichen Körpers und Körpererleben als Aspekte bearbeitet werden. Die qualitative Studie von Magdalena Nowicka und Eva Tolasch hat den Titel „Verkörperter Schwangerschaft“ (vgl. Nowicka, Tolasch 2014). Die zweite Studie hat den Titel „Pränatale Sozialität“ (vgl. Hirschauer, Heimerl, Hoffmann, Hofmann 2014) und wurde als DFG-gefördertes Projekt im Zeitraum von 2009 bis 2013 von Stefan Hirschauer u.a. an der Universität Main durchgeführt. Erkenntnisse aus beiden Studien ergänzen sich.

Die Studie von Nowicki und Tolasch basiert auf zwölf Interviews mit Frauen in München, Berlin und Halle, die im Herbst/Winter 2011/12 durchgeführt und anschließend qualitativ ausgewertet wurden. Sie untersuchen, wie Frauen ihren Körper in der Schwangerschaft erleben (Nowicki, Tolasch 2014, S. 139):

„Unser Beitrag beschäftigt sich mit der körperlichen Erfahrung der Schwangerschaft als Ergebnis der Übersetzung und Reproduktion von verschiedenen gesellschaftlichen Diskursen.“

Sie verstehen Frauen

„als Übersetzerinnen – im Sinne, dass sie eigensinnig und eigenmächtig Diskurse in der Praxis transformieren, die sie selbst hervorgebracht haben“,

und analysieren die

„Narrationen der Frauen über ihre Schwangerschaft in Bezug auf deren Auseinandersetzung mit dem Diskurs zu Geschlecht, Schwangerschaft, ungeborenes Leben und Gesundheit.“

Im Überblick zum Forschungsstand nehmen Nowicka und Tolasch (vgl. ebenda S. 142) Bezug auf Barbara Duden und die Veränderung der Rolle der Frau durch „Technologisierung und Medizinisierung“ ein. Die „Selbstbestimmung der Schwangeren“ über ihren Körper, „ihr leiblich-körperliches Erfahrungswissen“ wird durch medizinisches Wissen, Prognosen über Risiken und Behandlung ersetzt. Im Sinne von Foucault sind „Frauen für ihr Schwangerschaftsprojekt selbst verantwortlich“, erhalten Handlungsanweisungen zur Risikominimierung und werden bei Misslingen „haftbar gemacht“ (...) „(Die Frau) hat z.B. die Aufgabe gesund zu sein.“

Nowicka und Tolasch (vgl. ebenda S. 146) verstehen

„den Körper und die körperliche Selbsterfahrung als Objekte der Narrationen der Frauen“ und „die Narrationen (...) als Teil der Denkgemeinschaften, die beeinflussen, wie Frauen ihre Körper, deren Veränderungen während der Schwangerschaft und ihre sensorische Selbstperzeptionen thematisieren.“

Das Schwanger-Sein (vgl. ebenda S. 149 f) wird von den Frauen stark mit einer Erwartung von Veränderungen des Körpers verbunden und einer Enttäuschung, wenn am Beginn der Schwangerschaft ein Nicht-Wahrnehmen der Veränderung steht. Schwangerschaft wird als unfassbar und trotzdem handlungsleitend erlebt (ebenda S. 152):

„Erst vor dem Hintergrund einer bestimmten soziokulturellen Interpretationsfolie und –techniken wird aus dem unfassbaren Gefühl das fassbare Schwanger-Sein-Gefühl.“ Schwangerschaftstests und Ultraschallbildern (ebenda S. 153) werden zur „Schwelle der Deutung des Körperwissens“.

Körperliche Veränderungen während der Schwangerschaft werden unterschiedlich erlebt und interpretiert (ebenda S 156 f) als: „andere Schönheit“, als „Verlust der Schönheit“, „körperlich fit und stark“ und damit gute Voraussetzungen für Mutter-Sein,

„(...) vielmehr verstehen die Frauen ihre Aufgabe darin, aktiv zu sein und ihre Körper zu verbessern, auf eine bestimmte Weise über ihn zu verfügen.“

Das Erleben des Körpers am Ende der Schwangerschaft wird von den Frauen mit Vorstellungen von Alt-Sein in Verbindung gebracht und verglichen. Bewegungsabläufe werden als eingeschränkt wahrgenommen und in Abgrenzung zu „jung, schnell und leistungsfähig“ als Defizit erlebt.

Veränderungen des Körpers machen die Schwangerschaft öffentlich. Frauen erleben eine veränderte Aufmerksamkeit. Körperlichkeit und ihr Sichtbar-Werden werden im und mit dem Umfeld kommuniziert. Es geht auch um Einmischungen und eine „Neuverhandlung von Intimität in der Schwangerschaft“ (vgl. ebenda S. 159). Grenzen des Berührt-Werdens sind individuell verschieden und verändern sich in der Schwangerschaft individuell (ebenda S. 161):

„Souverän verfügen Frauen über ihren schwangeren Körper jedoch nur bedingt. Durch äußere Veränderung des Körpers verlieren sie teilweise die Kontrolle über ihr Territorium und deren Grenzen.“

In der Folge werden auf unterschiedlichen Ebenen Angriffe und Eingriffe erlebt.

Das Erleben von Schwangerschaft ist nach Nowicka und Tolasch ein Prozess der Übersetzung gesellschaftlicher Diskurse in die Selbsterfahrung des Körpers (ebenda S. 162):

„Erst vor dem Hintergrund einer bestimmten soziokulturellen Interpretationsfolie wird aus dem unfassbaren Gefühl das fassbare Schwanger-sein-Empfinden. Das medizinisch-technologisierte Wissen dient dabei als letzte Instanz, die Richtigkeit der Selbsterfahrung zu bestätigen. Die Schwangerschaft als fassbar zu erfahren heißt hier, dass sensorische Erfahrungen an die mentalen Strukturen angepasst werden.“

Nach Nowicka und Tolasch werden Irritationen im Übersetzungsprozess der Wissensdiskurse zum schwangeren Körper in die eigene Körpererfahrung von Frauen als „produktive Verunsicherung“ thematisiert. Am Beispiel von Schwangerschaft wird gezeigt (vgl. ebenda S. 163 f), „dass der Körper und die Selbsterfahrung des Körpers eine zentrale Bedeutung für das Verstehen der Prozesse der Herstellung und des Wandels der gesellschaftlichen, kulturspezifischen normativen Grundlagen des Erlebens hat“

und für soziologische Forschung unverzichtbar ist, wenn versucht wird, „mehr als nur das Normative zu entschlüsseln“. Sie sehen in der „genauen Beschreibung der Übersetzungsprozesse in irritierenden Situationen“ und in ihrem Verstehen eine Herausforderung, die weiteren Forschungsbedarf erkennen lässt.

Während sich die Studie von Nowicka und Tolasch auf des Körpererleben von Frauen am Beispiel Schwangerschaft fokussiert, widmet sich das Projekt von Stefan Hirschauer, Birgit Heimerl, Anika Hoffmann, Peter Hofmann (vgl. Hirschauer, Heimerl, Hoffmann, Hofmann 2014) der Frage, wie eine Schwangerschaft sozial existent wird. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden 90 Interviews mit einzelnen Personen und Paaren geführt, Schwangerschaftstagebücher und teilnehmende Beobachtungen von Ultraschallsprechstunden ausgewertet sowie ergänzende Interviews mit Hebammen geführt und Dokumente der Ratgeberliteratur herangezogen.

Das Phänomen Schwangerschaft wird in dieser Studie in psychosozialer, kommunikativer und leiblicher Dimension entfaltet. Die Forscher_innen gehen davon aus, dass der körperlich-leiblichen Präsenz von Schwangerschaft Erwartungen vorausgehen. Schwangerschaft kann als „Erwartungsbogen“ mit Stationen (vgl. ebenda S. 27 - 41) gefasst werden, das „Coming-out“ einer Schwangerschaft (vgl. ebenda S. 73 – 93) erfolgt dann stufenweise in Hinblick auf die „Austragende“ und „Ko-Schwangere“ sowie ein „erweitertes Schwangerschaftspublikum“. Stationen sind „Projektierung“ durch Kinderwünsche und Familienplanung, „Feststellung“ durch leiblichen Zeichen und medizinischen Tests, „Entscheidung“ zum Fortsetzen oder Abbrechen, „Mitteilung“ an andere, „visuelle Sondierung“ mit Ultraschall, „kinästhetische Kontaktaufnahme“ durch Kindsregungen, „sprachliche und dingliche Vorwegnahme“ mit Namensuche und Nestbau sowie „Begegnung und Entpuppung“ bei der Geburt (vgl. ebenda S. 13).

Den Forscher_innen (vgl. ebenda S. 137 – 167) geht es um die leibliche Dimension der Schwangerschaft (ebenda S. 137):

„Zum einen ist der eigene Körper der Schwangeren in ständiger Veränderung begriffen und wird entsprechend immer wieder auf ungewohnte Weise erlebt. Zum anderen nimmt die Schwangere sukzessive in sich einen anderen Körper in seinen unterschiedlichen Manifestationsformen wahr.“

Der Fötus wird als „inwändiges Anderes“, als ein Wesen verstanden, das gleichzeitig fremd, sich im Körper der „Austragenden“ einnistet und Raum einnimmt. Zwischen „Austragender“ und „inwändigem Anderen“ kommt es zu einer spezifischen Kommunikation, die als „Aufspüren“ in

innerer Suche (ebenda S. 139 ff) gefasst wird. Die Forscher_innen (ebenda S. 166) beantworten die Fragen nach dieser Kommunikation:

„Sagen wir vorläufig, es ist eine introspektive Vorform der Kommunikation, mit der Schwangere eine Haltung kommunikativer Bereitschaft einnehmen, die auf das ausfindig Machen eines Adressaten und seiner Zeichen gerichtet ist.“

Schwangerschaft ordnet sich in die Biografie ein als Lebensabschnitt von Frauen. Für die Gesellschaft ist Schwangerschaft auf Frauen zentriert, indem ab der Pubertät von der Möglichkeit einer Schwangerschaft auszugehen ist. Die Forscher_innen (vgl. ebenda S. 256 – 292) konzeptualisieren in der Studie Schwangerschaft entlang des Begriffes „soziale Schwangerschaft“, womit folgendes gemeint ist (ebenda S. 256):

„soziale Schwangerschaft ausgehend von einem mehrfach devianten Körperzustand zum einen als kommunikativ hergestellte Tatsache, zum andern als einen kollektiven Erwartungszustand, in den Frauen hineingeraten.“

Die Forscher_innen arbeiten auf der Ebene von Begriffen an einer Dekonstruktion der Feminisierung von Schwangerschaft und öffnen Schwangerschaft so das Feld für Akteur_innen. Sie (vgl. ebenda S. 287 f) beschreiben sie den Prozess der Interaktion und Kommunikation zwischen „Auswändigen“ (Schwangere) und „Inwändigen“ (Ungeborenes):

„mehr als eine Reaktion auf einen Reiz (also einen unidirektionalen Impuls), aber weniger als eine Antwort auf ein Wort (also um den reziprok wahrgenommenen Sinn eines Symbols, dann könnte es um etwas gehen, dessen Responsivität dazwischen liegt: wie eine Resonanz auf einen Laut. (...). Und eine Resonanz ist weniger als ein konzentriertes Zusammenspiel, aber doch mehr als ein Monolog. (...) Wenn nun die Auswändige, (...), ihren eigenen Körper als Resonanzboden zur Lautverstärkung der schwachen Persönlichkeit des Inwändigen anbietet, so tut sie dies offenbar in der Erwartung, aufgezeichnete Reaktionen als eine Resonanz auf sich selbst erleben zu können.“

Fazit zur Standortgebundenheit

Die dargestellten Überlegungen aus unterschiedlichen Perspektiven enthalten vielfältige Anregungen, die sich für eine Annäherung an Körperkonstruktionen und Körpererleben von Frauen während einer Schwangerschaft und nach der Geburt anbieten. Das Spüren von Leibbewegungen im Zusammenhang mit Kommunikation und Interaktion kann von Frauen in Situationen der Schwangerschaft oder Geburt erschlossen werden. Weibliche Leiberfahrungen können als Stimme in die Öffentlichkeit treten und als Resonanz der Weltbeziehung gefasst werden. Erfahrungswissen von Frauen bietet sich als Ergänzung oder als Alternative zu medizin-technischen Zugängen an.

Wenn der Leib von Frauen als Erfahrungsspeicher gesehen und das gespeicherte Wissen leiblich erlernt wird, kann dieses Erfahrungswissen in Situationen wie Schwangerschaft und Geburt zum Tragen kommen und abgerufen werden. Gleichzeitig verändert sich mit dem Erleben von Schwangerschaft und Geburt das leibliche Situationswissen von Frauen unwiderruflich und kommt aus gespeicherten Wissensbeständen abrufbar möglicherweise in anderen Situationen erneut zum Vorschein. Spüren lernen erweist sich dann als Basis und Zugangsweg zu gespeichertem Situationswissen. Situationswissen, das sich durch ein Erleben von Schwangerschaft und Geburt verändert und lässt sich möglicherweise zu einer Sinngebung für „gesund leben lernen“ transformieren.

Über eigenes Körperwissen verfügen und es in Verbindung mit verändertem Leiberleben setzen zu können, ist ein Aneignungsprozess, der in Situationen einer Schwangerschaft angestoßen und von Frauen geleitet von normativen Vorstellungen und Orientierungen gestaltet wird. Eigenständige Wissenszugänge zu weiblicher Sexualität, Menstruation, Selbstuntersuchung und natürlicher Verhütung scheinen als Ressourcen an Bedeutung verloren zu haben. Aktivitäten der Frauenbewegung in Deutschland in den 70-er und 80-er Jahre waren darauf gerichtet, sich den weiblichen Körper in Bestreben nach Autonomie und Selbstbestimmung zu erschließen. Inzwischen ist externe fachliche Expertise gefragt. Verhütungsmittel auf Rezept, Pille danach, technische Möglichkeiten zur künstlichen Befruchtung, zum Einfrieren von Eizellen für eine spätere Verwendung, zu Leihmutterschaft, wenn es technisch mit einer Schwangerschaft nicht klappen sollte, sind als gangbare Wege in Abhängigkeit von medizinischem Personal etabliert. In der Geburtsvorbereitung stehen aktuell 3-D-Bilder und Videos des ungeborenen Kindes und body-painting des schwangeren Bauchs mit gemeinsamen Fotoshooting als Events bei werdenden Eltern hoch im Kurs. Das wirft Fragen zur Veränderung von sozialen Sinnkonstruktionen und möglichen Resonanzerfahrungen auf.

In den Materialien des Forschungsprojektes ist Fragen nachzugehen, wie sich Körperlernen und Leiberfahrung von Frauen in Begleitung von Hebammen oder Familienhebammen abbildet. In Schwangerschaft, während der Geburt und in der ersten Zeit mit dem Kind werden Frauen mit einer neuen Lebenssituation konfrontiert, die sich mit Leiberfahren erschließen lässt. Beruflich begleiten Hebammen hierbei Entwicklungsprozesse anderer Frauen, ebenso haben sie eigene Leiberfahrungen als Frauen oder auch Mütter, die in Interaktionen einfließen. Es könnte also um die wechselseitige Aneignung und Weitergabe von leiblichem Erfahrungswissen in Beziehung zu anderen Frauen gehen. Wie diese Erfahrungen möglicherweise als Ressource für „gesund leben lernen“ zum Zuge kommen, könnte ein weiterer Aspekt in der Auswertung der empirischen Materialien sein.

3.4 Mutter als soziale Rolle

Nach den Überlegungen zur Lebensphase von Frauen, zu den komplexen Entscheidungen und zu Veränderungen des Körpererleben und des Erfahrungswissens in dieser Zeit, richten sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin auf den Begriff Mutter. Die Studie von Hirschauer u.a. versucht von der normativen Aufladung des Begriffes abzurücken und verwendet im Zusammenhang mit Schwangerschaft andere Begriffe wie „Austragende“ oder „Auswändige“, um eine öffnende Perspektive einzunehmen, was Charme und auch einen entlastenden Effekt für Frauen hat. In Hinblick auf das Forschungsprojektes erscheint jedoch eine Auseinandersetzung mit dem Begriff Mutter in der Suche nach der Standortgebundenheit als Forscherin erforderlich, da der Begriff im empirischen Material von den Interviewpartner_innen genutzt wird. Für diese Klärung steht nicht die biologische Funktion, die mit dem Begriff auch angesprochen wird, im Zentrum des Interesses, sondern Konstruktionen zur sozialen Rolle und Sichtweisen, die sich damit verbinden und den Boden für emotionale Aufladung bilden.

Soziale Rollen sind nicht naturgegeben, sondern werden durch Sozialisation und Bildung in einer spezifischen Kultur und Gesellschaft erworben und praktiziert. Ohne Konzepte der sozialen

Rolle (vgl. „Soziale Rolle“ in Wikipedia 2015) in theoretischer Herleitung und Verästelungen aufrollen zu wollen, wird der Begriff Mutter hier als Position einer erwachsenen Person im Feld sozialer Beziehungen gefasst, die durch Relation zu einem bestimmten Kind entsteht.

Soziale Rollen verbinden sich mit Rollenerwartungen, die in einer Gemeinschaft Gültigkeit von Regeln und Verbindlichkeiten garantieren. Das Einhalten von normativen Regeln wird durch eine Koppelung an Sanktionen bei nicht Beachtung gestärkt. Rollenerwartungen an Mütter sind sozial erwartete Verhaltensweisen, die durch und in der jeweiligen Kultur und Gesellschaft festgelegt sind, in der sie gelten. In Dahrendorfs Konzept der sozialen Rolle (vgl. „Soziale Rolle“ in Wikipedia 2015) werden Rollenerwartungen nach dem Grad ihrer Verbindlichkeit differenziert. Es gibt Muss-Erwartungen, Soll-Erwartungen und Kann-Erwartungen. Für Muss-Erwartungen gibt es Pflichten, deren Erfüllung zum Beispiel durch gesetzliche Regelungen und Sanktionen definiert sind. Kann-Erwartungen haben einen niedrigen Grad der Verpflichtung, sind mit Freiwilligkeit und Erhalt von positiven Sanktionen bei Erfüllung verbunden. Sozialen Rollen sind an Normierungen gebunden. Rollenerwartungen werden als eigene oder fremde Erwartungen erfahren und durch feed-back mit positiven und negativen Sanktionen sozial gerichtet. Die Erfüllung von Rollenerwartungen dient der Position im sozialen Gefüge. In diesem Verständnis gehört zum Begriff Mutter ein Bündel von Merkmalszuschreibungen, die der Bestimmung ihrer sozialen Position dienen. Das Bündel der weiblichen Zuschreibungen und Adressierungen ist in Verbindung mit sozialen Prozessen zu sehen. Es verändert sich in gesellschaftlichen Wandlungsprozessen.

Die Herkunft des Begriffes Mutter (vgl. „Mutter“ in Duden-Online 2015) steht in Verbindung mit „Mutterschoß“ oder der „Gebärmutter“, die ein werdendes Kind umschließt. Alltagssprachlich wird eine Frau als Mutter bezeichnet, die ein oder mehrere Kinder geboren hat oder als Elternteil erzieht. Mutter-Sein wird hier gekennzeichnet durch Gebären oder Erziehen eines Kindes. Die in dieser Herleitung enthaltenen geschlechtsbezogenen Zuweisungen können als Bestandteil der sozialen Konstruktion gelesen werden: Mutter ist weiblich.

Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin und Anerkennung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften verändern die Voraussetzungen für die Ausübung der sozialen Rolle Mutter. Die Grenzen in Zugehörigkeit zu einem bestimmten biologischen Geschlecht werden fließend. In modernen westlichen Gesellschaften verbinden sich Elternschaft und Erziehungsleistungen mit anderen normativen Regeln und gesetzlichen Legitimationen, die Rechte und Pflichten von Elternteilen festlegen. Die Zentrierung auf den Wert Kind als soziales Kapital hat Auswirkungen auf Sichtweisen und Praxen als Mutter.

Mit Vorstellungen der „idealen Mutter“ werden Mutterleitbilder nach wie vor als normative Orientierungen angesprochen, die in einer spezifischen Kultur und für eine spezifische Zeit gelten. Die Gebundenheit hat historische Dimension. In europäischen Gesellschaften gewinnt Mutterschaft ab etwa dem 17. Jahrhundert an Bedeutung, da Kindern erst ab dieser Zeit ein Wert mit der Notwendigkeit von Erziehung zugestanden wird. Beim Erziehen geht es um die soziale Aufgabe, für das leibliche und seelische Wohl des Kindes Sorge zu tragen. In den folgenden Jahrhunderten wird diese Aufgabe in ihrer Wahrnehmung und Bedeutung zwischen den Geschlechtern verhandelt.

Dem Aspekt der Aushandlung zwischen Frauen und Männern geht Barbara Duden u.a. an Ritualen der Geburt nach (vgl. Schlumbohm, Duden, Gélis, Veit 1998). Und auch Mutterleitbilder

können als Ausdruck und Teile dieser Aushandlungsprozesse gelesen werden. Ohne historische Überlegungen differenziert nachzuzeichnen, werden im folgenden Exkurs einige holzschnittartige Beispiele für Mutterleitbilder (vgl. Textor 2015) gegeben, die sich auch in den Materialien des Forschungsprozesses entfaltet haben könnten.

Exkurs zu Mutterleitbildern (vgl. Textor 2015)

Martin Textor differenziert fünf Mutterleitbilder. Ausgehend von einem durch die christliche Religion geprägten Mutterbild entwickeln sich ein bürgerlich geprägtes Mutterbild und ein entsprechendes Gegenmodell sowie das Leitbild der Supermutter. Mit Bezugnahme auf die Gegenwart wird ein Phasenmodell als Mutterleitbild vorgestellt. Diese Mutterleitbilder sind als Prototypen zu sehen, die sich in individuellen Sichtweisen und Handlungspraxen überlagern und vermischen. Im Folgenden werden diese Prototypen kurz skizziert.

„christliches geprägtes Mutterleitbild“

Mütter sind gottesfürchtig, rein und voller Nächstenliebe, vergleichbar mit Maria als der Mutter Gottes, folgsam und gehorsam gegenüber ihrem Mann, zärtlich und liebevoll insbesondere dem Sohn zugewandt.

„bürgerlich geprägtes Mutterleitbild“

Mutterschaft wird als Lebenserfüllung und Essenz von Weiblichkeit gesehen. Durch Mutterschaft entsteht für Frauen eine tiefe Befriedigung als ganz und gar positive und gesellschaftlich anerkannte Erfahrung. Die gesellschaftliche Position als Frau ist ausgerichtet am Status der Ehefrau eines passenden Mannes und in Zuständigkeit für Kinder und Häuslichkeit als Hausfrau. Frauen werden von Natur aus als für Kindererziehung geeignet angesehen. Die Natur der Frau ist es, liebevoll, fürsorgend, zärtlich und emotional, selbstlos, treusorgend und aufopferungsbereit, empathisch und familienorientiert zu sein. Mann und Kinder benötigen Präsenz der Mutter und ihre Bedürfnisse haben hohe und vorrangige Priorität.

„Gegenmodell zum bürgerlichen Mutterleitbild“

Von Frauen wird eigene Erwerbstätigkeit auf der Basis von guter Schul- und Berufsbildung erwartet. Rollenerwartungen verbinden sich mit Autonomie und Streben nach Selbstverwirklichung, finanzielle Unabhängigkeit von Partnerschaft und Ehe, Einschränkung oder Aufgabe der vorrangigen und allumfassenden Fürsorge für Heim, Mann und Kinder als Pflichtleistung als Frau, partnerschaftliche Teilung von Haus- und Erziehungsarbeiten. Selbstverwirklichung als Frau ist nicht zwingend an Mutterschaft gebunden.

„Supermutter“

Auch als Mutter ist die Frau erwerbstätig und unabhängig, attraktiv als Sexualpartnerin, erfolgreich in Beruf und Familie. Mutterschaft wird akzeptiert und mit Rollenerwartungen der Perfektion verbunden. Die Mutter ist perfekte Erziehungsexpertin, deren Kinder vielfältige Freizeitaktivitäten, Schulerfolg und Manieren haben, perfekte Hausfrau, die den Haushalt zielgerichtet und funktionierend organisiert, perfekte Arbeitnehmerin, die ihren Beruf engagiert und erfolgreich

ausübt, perfekte Partnerin in einer befriedigenden Partnerschaft mit Selbstbewusstsein, eigener Selbstverwirklichung und Karriere.

„3-Phasen-Modell“

Dieses Leitbild kann als Kompromisslösung im Spannungsfeld von Rollenerwartungen angesehen werden. Das Leitbild verspricht Milderung normativer Konflikte auf individueller Ebene und Realisierung sozial und gesellschaftlich erwünschter Frauenerwerbstätigkeit. Mit diesem Mutterleitbild wird eine Normierung der zeitlichen Abfolge als Orientierung gesetzt. In der ersten Phase geht es um gute Schul- und Berufsbildung und ein Sammeln von Berufserfahrung mit Orientierung an existenzsichernder erfolgreicher Erwerbsarbeit. Partnerschaften bleiben unverbindlich, Mutterschaft wird nicht angestrebt oder auf später verschoben. In einer zweiten Phase geht es um Kinder und Kindererziehung, das berufliche Engagement wird zurückgenommen, Haushalt und Bedürfnisse der Kinder haben vorrangige und zeitliche Priorität. Die dritte Phase setzt ein, wenn die zeitlichen Erfordernisse mütterlicher Erziehungsleistungen weniger umfangreich werden, da institutionelle Bildungseinrichtungen zur Verfügung stehen und genutzt werden können. Aufnahme oder Ausbau der eigenständigen Erwerbstätigkeit sind wieder möglich und werden wieder aufgenommen. In Deutschland bieten soziale Rahmenbedingungen mit gesetzlich geregelten Erziehungszeiten, Elterngeld und Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung Anreize für eine Orientierung an diesem Mutterleitbild.

Fazit zur Standortgebundenheit

Ausgehend von den Überlegungen zur Mutter als soziale Rolle, was im Feld der sozialen Beziehungen die Position einer Frau beschreibt, die in Relation zu einem Kind steht, das von ihr geboren oder aufgezogen wird, ist von Rollenerwartungen als ein Bündel von Zuschreibungen für soziale Normierungen und Verhaltensregeln der Frau auszugehen. Mit historischer Perspektive lässt sich ein Bezug zu Konstruktionen des weiblichen Geschlechts und zu Aushandlungsprozessen des Geschlechterverhältnisses herstellen, die sich in gängigen Mutterleitbildern der Gegenwart spiegeln.

Leitbilder für die soziale Rolle Mutter überlagern sich, ihre Wirkmacht wird in Sichtweisen und Handlungspraxen von Frauen als soziale Konstruktionen sichtbar. Auch in der Situation des Interviews kommunizieren und interagieren die beteiligten Personen möglicherweise auf der Basis solcher Leitbilder. In den Materialien des Forschungsprojektes zeigen sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten möglicherweise auf unterschiedlichen Ebenen. Der Identifizierung von Mutterleitbildern ist in den Materialien nachzugehen, um berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zuzuordnen und kontextbezogen interpretieren zu können.

3.5 Schwangerschaft als Statuspassage

Nach diesen Überlegungen zu Rollenerwartungen und Leitbildern, die sich mit dem Begriff Mutter verbinden, kehren die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin noch einmal zu Schwangerschaft als Lebensphase zurück, die in Verbindung mit diesen Zuschreibungen und Adressierungen in Perspektive auf Übergang erneut angegangen wird.

Der Lebensverlauf kann in zeitliche Phasen gegliedert und mit Abschnitten systematisiert werden. Mit Bezugnahme auf Rollentheorie und Lebenslaufforschung können Übergänge von einem Abschnitt in den anderen als Eintritt in eine neue Rolle bzw. Verlassen einer bisherigen Rolle verstanden werden. Im Sozialisationsprozess ist die Situation dieses Überwechselns jeweils von Herausforderungen begleitet, die durch spezifische Merkmale gekennzeichnet werden können. Das Überwechseln in einen anderen Abschnitt ist mit Veränderungen von Routinen, Lebensgewohnheiten und normativen Orientierungen verbunden. Die Situation des Übergangs kann konflikthafte Erfahrungen wachrufen, die als Krisen oder Stress erlebt werden. Die Situation des Übergangs ist jedoch auch Anregung zur Erfahrungserweiterung im Lernen und zu möglichen Transformationsprozessen. Eine Situation wird dann zum Wendepunkte, Bewegungsfiguren in der Orientierung werden neu ausgerichtet.

In diesen Übergängen verändert sich die Position des Subjektes im Selbst- und Weltverhältnis. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive kann der Positionswechsel als Wechsel des sozialen Status verstanden werden, der mit dem Begriff Statuspassage abbildet wird. Auf Ebene des Individuums sind Wechsel des Status immer mit Verunsicherung, Lernprozessen und Neuorientierung verbunden.

Susanne und Gernot Hahn (vgl. Hahn, Hahn 2012) zeigen auf, mit welchen umfangreichen Rollen- und Statusänderungen sich der Übergang in Elternschaft und Familie für ein Paar vollzieht. Sie (ebenda S. 132) sehen Unterschiede in den Transformationsprozesse:

„Je nach Belastungssituation, Ressourcenlage, sozialer Unterstützung und Beziehungsqualität gelingen diese Transformationsprozesse problemlos oder können sich zu ernsthaften und dauerhaften Krisen entwickeln.“

Sie kennzeichnen mögliche Probleme und Krisen, die im Übergang zur Elternschaft in Verbindung mit defizitären Situationen auftreten können, und weisen auf Bewältigung von Herausforderungen hin, die sich mit Übergängen oder Statuspassagen verbinden.

Exkurs zu Statuspassage

Der Begriff Statuspassage kommt ursprünglich aus der Wirtschaftssoziologie und dem Bereich der Arbeitswelt. Auch aus der Lebenslaufforschung sind typische Übergänge und spezifische Statuspassagen bekannt, die durch strukturelle Rahmungen gekennzeichnet sind. Als beispielhaft für eine solche Statuspassage kann der Übergang von Schule in Beruf angesehen werden. Soziale und gesellschaftliche Vorstellungen und Praktiken legen mehr oder weniger bindend fest, wie Lebensverläufe in der Abfolge von Statuspassagen zu systematisieren sind und sich mit Erwartungen an Identität verbinden. Soziale Normen und Normierungen regeln, was für ein bestimmtes Lebensalter angemessen ist, wie Kind-Sein, Erwachsen-Werden, Erwachsen-Sein, Alt-Werden typischer Weise verläuft, wie ein bestimmtes Geschlecht als Mädchen oder Junge, als Frau oder Mann, als Mutter oder Vater im Einklang mit sozialen Normen zu leben ist.

Der Begriff Statuspassage verweist auf Positionsveränderungen im sozialen Feld. Eine Person ist durch einen bestimmten Status gekennzeichnet, der ihr für eine Passage zugeordnet ist, dann verändert sich ihr Status und sie wechselt in die nächste Passage im Lebensverlauf. Mit dem Übergang verlässt sie eine bestimmte Position im sozialen Feld und nimmt eine andere Position ein, das Selbst- und Weltverhältnis ändert sich. Mit dem Begriff Passage wird die zeitliche Di-

mension für die Gültigkeit des Status und die damit verbundenen normativen Regeln markiert. Statuspassagen beziehen sich auf zeitliche Folgen von Ereignissen und Interaktionen. Sie geben eine Art Fahrplan für mögliche Richtungswechsel im Lebensverlauf vor. Normative Erwartungen, wie sich die jeweilige Statuspassage vollzieht, lassen einen Korridor für Abweichungen zu. Die Abweichungen sind jedoch mit Konsequenzen für spätere Positionen im sozialen Feld verbunden sind.

Nach Mozygemba (Mozygemba 2011, S. 34) haben Glaser und Strauss eine gegenstandsbezogene Theorie zu Statuspassagen entwickelt, die sich als Basis für qualitative Studien anbietet:

„Glaser und Strauss nennen neben der Zeitlichkeit zwölf Charakteristika, die die Gestalt einer Statuspassage beeinflussen: 1) Die Erwünschtheit (desirable or undesirable status passages), 2) die Unvermeidbarkeit (inevitable status passages), 3) die Umkehrbarkeit (reversibility), 4) die Wiederholbarkeit (repeatability), 5) das Durchschreiten der Statuspassage allein oder kollektiv, 6) die Frage, wie bewusst sich die Individuen dessen sind, dass sie eine Statuspassage durchlaufen, 7) die Frage, ob die Individuen miteinander kommunizieren können oder nicht, 8) die Freiwilligkeit der Statuspassage, 9) den Grad der Kontrolle, 10) ob soziale Legitimation durch autorisierte Personen (Vertreter von Organisationen) notwendig ist und schließlich 11) die Fragen, wie klar die Zeichen für den Statusübergang von unterschiedlichen Parteien zu erkennen sind und 12) inwieweit sie zwar bekannt sind, aber von bestimmten Parteien verdeckt werden. Diese Dimensionen gehen teilweise ineinander über.“

In ihrer Studie „Die Schwangerschaft als Statuspassage“ (vgl. Mozygemba 2011) ist methodisch an Grounded Theory ausgerichtet. Nach Mozygemba durchlaufen Frauen mit der Schwangerschaft eine Statuspassage, sie wechseln vom Frau-Sein ohne Kind in ein Mutter-Sein als Frau mit Kind. Am Beispiel Schwangerschaft wird nachgezeichnet, wie Schwangerschaft als Statuspassage verläuft, wie sie sich Frauen körperlich-leiblich vermittelt und wie sie von Hebammen begleitet wird.

Exkurs zur Studie „Schwangerschaft als Statuspassage“

Die qualitative Studie von Mozygemba hat den Untertitel „Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerorientierten Versorgung“ und verweist damit auf eine Perspektive, die schwangere Frauen als Nutzerinnen von Versorgung adressiert. Mit Versorgung ist hier die Schwangerenvorsorge als spezifisches Segment im Gesundheitsbereich gemeint. Die Studie basiert auf 20 Interviews mit schwangeren Frauen im Zeitraum von Ende 2006 bis Ende 2008. In der Analyse der Interviews geht Mozygemba drei Aspekten nach: der Verkörperung der Schwangerschaft als körperlich vermittelte Statuspassage (ebenda S. 143 – 217), der Bedeutung der professionellen Begleitung für die Verkörperung von Schwangerschaft (ebenda S. 219 – 244) und den Erfahrungen schwangerer Frauen mit der professionellen Schwangerenvorsorge (ebenda S. 245 – 305).

Mit der Kernkategorie „Vor der Geburt Mutter werden“ (vgl. ebenda S. 143 ff) wird gefasst, wie Frauen den Statusübergang in der Schwangerschaft erleben. Die Situation des Übergangs beginnt nicht mit der Geburt, sondern bereits mit der Schwangerschaft. Körpererleben in dieser Zeit spielt hierfür eine entscheidende Rolle (ebenda S. 144):

„Die Konkretisierung der Schwangerschaft als Statuspassage auf der leiblichen

und körperlichen Ebene führt zu einer Konkretisierung der Rollenübernahme und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Mutter-Werden.“

Nach Mozygamba (vgl. ebenda S. 149 ff) verbindet sich ein sichtbar schwangerer Körper mit der sozialen Erwartung, Verantwortung zu übernehmen. Schwangerschaft vollzieht sich im und am Körper der Frau, wird mit dem schwangeren Körper der Öffentlichkeit präsentiert. Als Wendepunkt für die Verantwortungsübernahme wird dann der Nachweis der Schwangerschaft markiert. Als normative Orientierung für Verantwortungsübernahme gilt (ebenda S. 149):

„Mutter-Werden beinhaltet, zumindest im Rollenideal, alles zu tun und alles richtig zu machen, um dem Kind nicht zu schaden.“

Unter der Kategorie „Mit dem schwangeren Körper umgehen“ (vgl. ebenda S. 149 ff) werden Veränderungen im Verlauf der Schwangerschaft und ihrer Konkretisierung erfasst, die sich auf die Frage beziehen, wie Frauen mit ihrem Körper umgehen. Frauen erfahren ihren schwangeren Körper als nicht beeinflussbar. Frauen wollen aktiv etwas für das Wohl ihres Kindes tun, indem sie in besonderer Weise mit ihrem Körper umgehen. Hier zeichnet sich als Erwartung ab (ebenda S.151):

„Ein bewusster Umgang mit dem Körper beinhaltet, dass das eigene Verhalten und dessen Folgen für die eigene Gesundheit und die Gesundheit des Kindes stärker zu reflektiert ist und verändert werden.“

Nach Mozygamba ist die Trennung zwischen schwangerem und nicht-schwangerem Körper, die mit normativen Vorstellungen zu körperlicher Aktivität und Attraktivität verbunden ist, ein Spezifikum von Schwangerschaft als Statuspassage.

Neben dem Umgang mit dem schwangeren Körper und einer Ausrichtung des eigenen Handelns auf das Wohl des Kindes, spielen für Mozygamba (vgl. ebenda S. 156 - 170) Aspekte der Präsentation von Schwangerschaft im sozialen Umfeld eine Rolle. Sie (ebenda S. 158) arbeitet Meilensteine der Präsentation von Schwangerschaft als „interaktiver Körper“ heraus: „Offen legen der Schwangerschaft“, „Technikvermittlung als Zugang zur Schwangerschaft für Außenstehende“, „den schwangeren Bauch sehen“, „die Bewegung von außen spüren“, „Beurteilung der Attraktivität des schwangeren Körpers“.

Die Kategorie „Schwangerschaft vergegenständlichen“ nimmt den Nachweis der Schwangerschaft durch Selbsttest und professionelle Bestätigung, Ultraschall als Hilfe zur Vergegenständlichung für sich selbst und für andere in den Blick. Das Ungeborene, das unsichtbar im Mutterleib heranwächst, wird mit diesen Mitteln zum Gegenstand der Kommunikation. Schwangere entwickeln das Bedürfnis nach Informationen und Körperwissen, um Zeichen ihres Körpers interpretieren zu können. Für Mozygamba (vgl. ebenda S.163 ff) wird in diesem Zusammenhang der Bauch zum Bedeutungsträger für schwangere Frauen und weitere Akteur_innen des sozialen Feldes.

Die Schwangerschaft zu spüren ist an das subjektive Erleben des schwangeren Leibes gebunden. Das bearbeitet Mozygamba (vgl. ebenda S. 201 – 215) bezogen auf einzelne Phasen der Schwangerschaft. Besonders in der frühen Schwangerschaft, wenn es erste körperliche Irritationen geht, erweist sich ein körperliches Nachspüren und Interpretieren als Fähigkeit, die von Frauen gelernt und genutzt werden kann.

In dieser ersten Zeit ist Schwangerschaft eine Option, aber noch keine gesicherte. Hier wird leibliches Empfinden von Müdigkeit und Übelkeit als Zeichen der Schwangerschaft gedeutet. In

der mittleren Phase der Schwangerschaft rücken die Bewegungen des Ungeborenen als leibliche Erfahrungen in den Vordergrund, die innerlich zu spüren oder äußerlich als Bewegungen des Bauches sichtbar werden. Mozygamba (vgl. ebenda S. 212 f) bezieht sich in ihrer Interpretation auf das bereits erwähnte (vgl. Kapitel 3.3) Konzept der Leibinseln:

„Die Leibinseln treten im Verlauf der Schwangerschaft aus dem normalen Leibkonzept der Frau immer stärker heraus. Mit Verschiebung der Schwangerschaft in den Bauch verlagert sich auch der Körperschwerpunkt und die Grenzen des gespürten Leibes bzw. die gespürten Grenzen des eigenen Körpers stimmen nicht mehr mit den realen Körpergrenzen überein, was dazu führen kann, dass Frauen ihren Körperschwerpunkt nicht mehr einschätzen können und lernen müssen, sich mit dem veränderten Körper zu bewegen.“

Mozygamba (ebenda S. 216) beschreibt Leiberfahrungen der Schwangerschaft als einen Prozess des Vergleichens zwischen erlebten und erwarteten körperlichen Manifestationen von Schwangerschaft:

„Die Qualität des leiblichen Erlebens verändert sich im Verlauf der Schwangerschaft vor allem durch die Konkretisierung der neuen Qualität des Empfindens als Schwanger-Sein, welches aus der Verschränkung von Leiberleben und Körperwissen resultiert. Das gewohnte Leiberleben irritiert und wird mittels der zur Verfügung stehenden Schwangerschaftsschablonen immer wieder übersetzt.“

Drei leibbezogene Irritationen, die der Übersetzung bedürfen, markiert Mozygamba für Schwangerschaft. Die Irritation in der frühen Schwangerschaft kann als Beginn der Statuspassage angesehen werden, dem ein Gefühl des Schwanger-Seins folgt. Als weitere leibbezogene Irritation kennzeichnet Mozygamba Kindsbewegungen, mit denen ein anderer lebendiger Körper im eigenen Leib verortet werden kann. Die dritte leibbezogene Irritation besteht im Einsetzen der Wehen, die auf die Trennung dieses gemeinschaftlichen Körperleibes hinweisen, die Geburt des Ungeborenen ankündigen und auf das Ende der Statuspassage Schwangerschaft einläutet.

Für Mozygamba (ebenda S. 210) bietet das Konzept der Leibinseln eine Vergegenständlichung von Schwangerschaft:

„Das Spezifische an der Herausbildung der Leibinseln ist, dass sie die Ausdehnung bzw. das Anwachsen bestimmter Körperbereiche ankündigen. An der Stelle, an denen sich Leibinseln durch Spannungen abzeichnen, wächst der eigene Körper und wird durch die dann sichtbare Veränderung zur Vergegenständlichungshilfe für die Schwangerschaft.“

Der Fragestellung der Studie, wie sich eine professionelle Begleitung auf die Verkörperung von Schwangerschaft auswirkt, wird hier nicht nachgegangen. Dieser Überlegungen werden an anderer Stelle noch einmal aufgenommen (vgl. Kapitel 5).

Die Studie von Mozygamba ergänzen Erkenntnisse aus der Studie von Hirschauer u.a., die zwar nicht die Einverleibung einer sozialen Rolle als schwangere Frau in den Fokus nimmt, sondern pränatale Sozialität als Perspektive wählt, durch ein leibliches Verständnis von Schwangerschaft in Perspektive der Frauen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Wenn die Definition einer Statuspassage von Glaser und Strauss angewendet wird, kann, wie Mozygamba zeigt, Schwangerschaft als Statuspassage bezeichnet werden. Fragen zur Zeitlichkeit, Erwünschtheit, zur Unvermeidbarkeit, zur Wiederholbarkeit, zum Bewusstsein, zur Kommu-

nikation, zur Freiwilligkeit, zur Kontrolle, zur sozialen Legitimation, und zur Kollektivität können an das Phänomen Schwangerschaft angelegt werden. Es sind Merkmale für einen Übergang auszumachen, wie die Studien von Mozygamba und Hirschauer u.a. zeigen. Dieser Übergang ist ein Prozess, der von der Frau und dem sozialen Feld leiblich erfahren und kommuniziert wird. Leiberleben und Verkörperung kennzeichnen als Merkmale Schwangerschaft als Statuspassage.

Schwangerschaft ist ein soziales Geschehen mit unterschiedlichen Akteur_innen, der austragenden Schwangeren, einer Anzahl von Ko-Schwangeren und einen erweiterten Schwangerschaftspublikum, wenn man den Überlegungen von Hirschauer u.a. folgt. Zeichen der Schwangerschaft werden jeweils aus der Perspektive der Akteur_innen interpretiert und kommuniziert. Orientierungen zum Selbst- und Weltverhältnis und Rollenerwartungen vermischen sich in der Kommunikation und Interaktion, die Sinnhaftigkeit und Wirkweise von Zeichen zur Markierung von Schwangerschaft als Statuspassage müssen auf individueller Ebene jeweils sozial ausgehandelt werden.

Statuspassagen werden durch spezifische Personen oder Institutionen begleitet, die als gesellschaftlich legitimierte Stellvertreter_innen im Sozialisationsprozess agieren. In der Begleitung wird die Normalität des Verlaufs der jeweiligen Statuspassage in einem spezifischen soziokulturellen und historischen Kontext verhandelt. Sie gewährleistet die soziale Kontrolle für Zugänge zu Positionen im Feld und hat Vermittlungsfunktion zwischen Individuum und Gesellschaft. Begleitpersonen oder Institutionen der Sozialisation verfügen über Entscheidungsspielräume, sind mit Macht und anderen möglichen Ressourcen ausgestattet, um auf den Verlauf einer Statuspassage Einfluss zu nehmen.

Mozygamba (vgl. Mozygamba 2011, S. 37 – 44) sieht Schwangerschaft als Statuspassage und verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „gatekeeping“. Mit diesem Begriff fasst sie die professionelle Begleitung durch Hebammen in Schwangerschaften, da die soziale Wirkmacht anderer Mütter als Ko-Schwangere nachlässt. Schwangere Frauen können als professionelle Begleiterinnen für die Statuspassage Schwangerschaft Hebammen wählen. Dieses „gatekeeping“ wird von Hebammen und anderen Akteur_innen im Gesundheitssektor institutionalisiert angeboten. In diesem Zusammenhang könnten auch andere Informationsinstanzen mit Wirkmacht wie das Internet oder soziale Netzwerke eingeordnet werden.

3.6 “gesund leben lernen” in dieser Phase – wie läuft das?

Nach den Überlegungen zu Schwangerschaft als Lebensphase von Frauen mit komplexen Entscheidungen, als Statuspassage mit „gatekeeping“, als Zeit der leibbezogenen Irritationen und des veränderten Körpererleben in Resonanz mit dem sozialen Feld, kehren die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin zu „gesund leben lernen“ zurück und fragen nach einer möglichen Verbindung.

Schwangerschaften werden von Irritationen begleitet, normative Orientierungen stehen auf dem Prüfstand und werden auf die Situation ausgerichtet. Frauen verbinden mit Schwanger-Sein Erwartungen einer körperlichen Veränderung, die sich in der Frühschwangerschaft oft nicht eindeutig einstellt. Medizinische Nachweise wie Schwangerschaftstests und Ultraschalluntersuchungen manifestieren die Schwangerschaft für die Frauen selbst und ihr soziales Umfeld. Durch diese

medizinischen Praktiken wird Schwangerschaft bewiesen und sozial legitimiert. Mit Anerkennung der Schwangerschaft richten sich andere normative Erwartungen und Anforderungen an die Frau, der als Schwangere Verantwortung für ihre Gesundheit und die Gesundheit des in ihrem Bauch heranwachsenden Ungeborenen zugewiesen wird.

In diesem Zusammenhang bietet sich einer erneuter Bezug auf die Studie von Hirschauer u.a. (vgl. Hirschauer u.a. 2014, S. 256 - 267) an, wo ein „Erwartungsbogen sozialer Schwangerschaft“ herausarbeitet wird. Merkmale von Behinderung und Krankheit werden dort in Verbindung zu Schwangerschaft gesetzt (ebenda S. 257):

„im Hinblick auf die Veränderungen des Leibesumfangs und der wachsenden Einschränkung von Mobilität kann man eine Schwangerschaft als Behinderung sehen“

mit den Besonderheiten, dass die körperliche Veränderung fortschreitet und der Lebensabschnitt temporär und erwünscht ist. In Hinblick auf Krankheit (ebenda S. 258)

„ist eine Schwangerschaft ein vorübergehender, aber auch relativ lang dauernder und krisenhaft fortschreitender, anormaler (nicht alltäglicher) Körperzustand, der mit mancherlei Einschränkungen und Risiken verbunden ist.“

Auch hier werden signifikante Besonderheiten hervorgehoben (ebenda S. 258): die „Besorgnis“ gilt nicht nur der Schwangeren, sondern richtet sich auf den in ihr wachsenden Organismus, der schwangere Körper muss „stellvertretend überwacht, vermessen und medikamentiert“ werden. Die Frau wird als „Leistungsträgerin“ gesehen, die „für ihre Anstrengungen Anerkennung erwarten darf“:

„Das Management der Schwangerschaft als Krankheit ist wegen der allgemeinen Erwünschtheit des Zustands starker Deutungskonkurrenz ausgesetzt.“

In einer Fußnote (vgl. ebenda S. 258) werden Erwartungen in Verbindung mit „gesund“ als „paradoxe Positionierung von Schwangeren“ gekennzeichnet:

„einerseits sollen sie ihre Lebensführung zugunsten des Ungeborenen optimieren, andererseits pränatale Screenings nutzen, die die Option des Schwangerschaftsabbruches impliziert.“

In Bezug auf gesundheitsbezogene Aspekte wird in der Schwangerschaft eine Anpassung der Lebensweise von Schwangeren erwartet. Dies bezieht sich sowohl auf Fragen der Ernährung, die ausgewogen und gesund sein soll. Es geht darum weder Über- noch Untergewicht auf die Waage zu bringen und sich mit der Gewichtszunahme im Normbereich zu bewegen. Gleichzeitig besteht die Forderung nach Verzicht auf Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft. Diese Stoffe werden als Gifte, ihr Konsum als Risiko und Gefährdung für das ungeborene Kind markiert. Appelle des sozialen Umfeldes sind auf Verantwortung der schwangeren Frau für ihr ungeborenes Kind gerichtet. Mit Beginn der Schwangerschaft haben sich mögliche Sehnsüchte der Frau dem Kindeswohl unterzuordnen. Das ist normative Richtschnur für das Mutter-Werden. Diese Zuschreibungen und Adressierungen erzeugen sowohl hohe Bereitschaft, sich den normativen Erwartungen anzupassen als auch Widerstände und Eigensinn zu entwickeln. Spätestens mit Feststellung einer Schwangerschaft werden Frauen dazu angehalten, sich mit Erwartungen zur Gesundheit ihres werdenden Kindes auseinanderzusetzen. Der schwangere Körper und das Verhalten einer Schwangeren stehen unter sozialer Beobachtung und Kontrolle, das Schwangerschaftspublikum registriert Schwangerschaft und kommentiert normativ mit Bezugnahme auf Mutterleitbilder die

Frage nach der „guten Mutter“.

Prozesse wie Schwangerschaft und Geburt werden von Irritationen begleitet, die im Innern des Körpers verortet werden. Wohlbefinden kann zeitweilig beeinträchtigt sein durch Übelkeit, Schlaflosigkeit und Gereiztheit. Das Anschwellen des Körpers in der Schwangerschaft kann von positiven oder negativen Gefühlen begleitet werden. Freude und Stolz auf den Bauch können sich ebenso einstellen wie Angst und Verunsicherung, wenn Beweglichkeit und Attraktivität als nachlassend erlebt werden. Es kann sich das Selbstbewusstsein der Frau verändern, wenn die Schwangerschaft als Ausdruck weiblicher Potenz erlebt wird, die im Umfeld Stärkung erfährt, Situationen der Schwangerschaft und Geburt können aber auch zu Ohnmachtserleben führen.

Körperbezogene Befindlichkeiten und Erfahrungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt geben Anregungen und Impulse zum Selbst- und Weltverhältnis mit und durch den weiblichen Leib. Wenn „gesund leben lernen“ in diesen Kontext gesetzt wird, kann die Lebensphase von Frauen rund um Entscheidungen zum Mutter-Werden möglicherweise Lernprozesse anstoßen, die über die Zeit der Schwangerschaften hinausgehen und für spätere Statuspassagen Wirkung zeigen.

In den Materialien des Forschungsprojektes ist der Frage nachzugehen, wie Interviewpartner_innen Erfahrungen von Frauen während der Schwangerschaft, Geburt und der ersten Zeit als Mutter mit „gesund leben lernen“ in Verbindung setzen. Wie werden aus leibbezogenen Irritationen in dieser Phase Lernprozesse zu „gesund leben“, die andauern?

4. Der Beruf Hebamme

Nachdem sich die ersten Kapitel thematisch an „gesund leben“ entlang bewegt haben, geht es in diesem Kapitel um eine Annäherung an den Beruf Hebamme. Den Einstieg der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin bildet eine Bezugnahme auf Wissen von Frauen. Diese Perspektive findet in Hinblick auf Institutionalisierung dieses Wissens eine Fortsetzung unter dem Thema Frauenberuf. In weiteren Suchbewegungen wird der Blick auf historische Rahmungen des Berufes und die aktuelle Situation gerichtet, die sich mit dem Begriff Gesundheitsfachberuf verbindet. Die konzeptionelle Erweiterung des Grundberufes zur Familienhebamme wird gestreift, ehe sich die Suchbewegungen den gegenwärtigen strukturellen Rahmenbedingungen zuwenden.

Da auch dieses Kapitel der Zielsetzung dient, die Standortgebundenheit im Forschungsprozess transparent zu machen, basieren Auswahl und suchende Auseinandersetzung mit den verwendeten Quellen auf den beruflichen Vorerfahrungen und thematischen Interessen der Forscherin und kennzeichnen Wissen, mit dem auf die empirischen Materialien des Forschungsprojektes geschaut werden.

Die erste Verschriftlichung zu diesem Wissen erfolgte vor Auswertung der empirischen Materialien des Forschungsprojektes. Im nachfolgenden Prozess sind weitere Quellen (Schlumbohm, Duden, Gélis, Veit 1998, Villa, Moebius, Thiessen 2011; Jung u.a. 2016) zugänglich geworden, die in die spätere Überarbeitung des Textes eingeflossen sind. Auch in diesem Kapitel bleibt die Auswahl der Quellen und der dargestellten Aspekte selektiv, die Suchbewegungen folgen nicht dem Ziel, den Forschungsstand zur Thematik zu erfassen.

4.1 Frauenwissen

Mit dem Wort Hebamme verbinden sich Vorstellungen von einem spezifischen Frauenwissen, das Frauen bei der Geburt unterstützt. In diesen alltagsweltlichen Vorstellungen wird das Wissen gekennzeichnet durch Merkmale wie alt und tiefgehend oder mit traditionellen Ritualen der Geburt verbunden. Als Beispiel kann ein Aufruf bei Wikipedia (vgl. „Hebamme“ in Wikipedia 2015) dienen. Dort wird Hebamme als ältester Frauenberuf beschrieben, dessen Ursprünge durch historische Funde in ägyptischen und antiken Kulturen belegt sind und bereits in Bibeltexten Erwähnung finden. Frauenwissen zur Geburt wird auf diese Weise transzendental aufgeladen.

Die etymologische Herkunft und Synonyme des Wortes Hebamme (vgl. „Hebamme“ in Duden-online 2015) weisen in ähnliche Richtung. Das Wort kommt aus dem Mittelhochdeutschen „Heb (e) amme“ als Umdeutung des altdeutschen Wortes „Hev (i) anna“ von „hevan“ mit der Bedeutung heben und „ana“ mit der Bedeutung Ahnin oder Großmutter, die das neugeborene Kind vom Boden aufhebt. Synonyme zu Hebamme sind Geburtshelferin, Sage Feme, Wehfrau, Wehmutter oder weise Frau. Die Ahnin „hebt vom Boden auf“: wenn das Kind geboren ist und auf dem Boden liegt, hebt die Hebamme es auf und weist ihm damit symbolisch den Weg ins Leben.

In der Antike waren es ausschließlich Frauen, die selbst bereits geboren hatten, aber nicht mehr im gebärfähigen Alter waren, die als Hebammen tätig wurden. Durch eigene Geburtserfahrungen verfügten sie über Wissen zum Gebären und waren aufgrund ihres fortgeschrittenen

Alters zur Unterstützung anderer Frauen verfügbar, um ihnen mit Wissen und Kunstfertigkeit im Geburtsgeschehen beizustehen. In der griechischen und römischen Antike waren Hebammen als Frauen sehr angesehen und geschätzt, da sie dazu beitrugen, den Wohlstand von Familien durch Kinder zu mehren.

Zur Hebammenkunst gehört seit der Antike spezifisches Wissen über den weiblichen Körper und körperbezogene Prozesse bei Schwangerschaft und Geburt. Das Geburtsgeschehen war ursprünglich fest in der kollektiven Kultur der Frauen verankert (vgl. Duden 1998, S. 154). Das Wissen der Hebammenkunst wurde von Frauen zu Frauen weitergegeben. Die Transformation dieses überlieferten Wissens in Hebammenlehrbücher erfolgte anfänglich durch Ärzte, die selbst Geburten nicht bewohnen durften, nach mündlichen Schilderungen von Hebammen.

Ab dem Mittelalter sind auch Lehrbücher überliefert, die von Hebammen selbst geschrieben wurden und sehr detaillierte Beschreibungen von Geburtsverläufen, Kindslagen und Techniken enthalten, um anderen Hebammen die Hebammenkunst weiterzugeben. Waltraud Pulz (vgl. Pulz 1998, S. 69) berichtet von der schlesischen Hebamme

„Justina Siegemund, die 1683 als Hofhebamme nach Berlin berufen und als Verfasserin des ersten im deutschen Sprachraum von einer Frau publizierten geburtshilflichen Lehrbuchs über die deutschen Grenzen hinaus berühmt wurde“.

Am Beispiel eines Gerichtsfalles dieser Zeit geht Pulz (vgl. Pulz 1998) auch Ambivalenzen nach, die sich mit den spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten von Hebammen verbanden. In Grenzsituationen

„erschien sie (die Hebamme) als die Kundige und Mächtige, die helfen konnte, der die Gebärende sich aber zugleich ausgeliefert fühlte, denn ihr Eingriff konnte auch als schmerzhafter Übergriff empfunden werden.“ (Schlumbohm u.a. 1998, S. 18)

In traditionellen Gesellschaften sind mit Geburtsritualen spezifische Zuschreibungen an Frauen verbunden. Françoise Loux (vgl. Loux 1998) wendet sich mit der Feldstudie in einer ländlichen Region Frankreichs Geburtsritualen an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zu. Sie weist auf die symbolische Dimension dieser weiblichen Zuschreibungen hin (ebenda S. 57 f):

„Einerseits war sie (die Mutter) Lebensspenderin, andererseits konnte sie den Tod bringen. Der Schutz der Frau in Riten und Praktiken der Geburt hatte ein dreifaches Ziel, Schutz für sie, Schutz für ihr Kind, schließlich Schutz des Kindes vor ihr. Die traditionelle Hebamme erfüllte zunächst einmal eine praktische Aufgabe. Doch gleichzeitig hatte ihre Rolle mit der Verknüpfung von Geburt und Tod zu tun, denn sie war auch für das Waschen der Toten zuständig. Bei dieser Verrichtung aber ging es um die symbolische Trennung von Lebenden und Toten.“

Oder anders formuliert (Schlumbohm u.a. 1998, S.16):

„Die Mutter war Spenderin und Beschützerin des Lebens konnte aber auch den Tod bringen. Die Hebamme holte die Kinder ins Leben – und geleitete die Toten hinaus.“

In diesem Zusammenhang klingen existenzielle Fragen an, die in Richtung Transzendenz und Religion weisen.

Während Frauen und Hebammen die Wirkmacht Zustand und zugestanden wurde, Leben zu ermöglichen, verschiebt sich das Machtverhältnis der Geschlechter nach der Geburt. In der Antike hob Vater den Daumen, wenn ihm das Kind von der Hebamme gereicht wurde, er entschied

über die Anerkennung seiner Vaterschaft und über die Position des Neugeborenen. Auch das Beispiel von Loux (vgl. Loux 1998, S. 60) gibt dazu einen Hinweis:

„In der Normandie war es Brauch, dass die Hebamme den Vater rief und ihm das noch nackte Neugeborene entgegenstreckte. Der Vater zog daraufhin sein Hemd aus und umwickelte damit das Kind.“

Mit diesem Ritual nimmt der Vater das Neugeborene an und „markiert es mit dem ersten Zeichen der Sozialisation, einem Kleidungsstück“.

Seit den 70er Jahren ranken sich Diskurse zur Geburt um Machtaspekte des Geschlechterverhältnisses, die in der Entwicklung der Geburtshilfe eingeschrieben sind. Nach Schlumbohm u.a. (Schlumbohm u.a. 1998, S. 12) wird

„die Entwicklung der Geburtshilfe als Machtgeschichte beschrieben: Das neue durch den ärztlichen Blick gewonnene Wissen bedeutet vor allem Macht für seine Träger; Männer, nämlich Ärzte, eignen sich das Wissen der weisen Frauen und Hebammen teils an, teils verdrängen sie es und eröffnen so den Weg zur Medikalisierung der Geburt.“

In diesem Zusammenhang halten die Autor_innen die Vorstellung von dem einmaligen Bruch zwischen traditioneller und moderner Geburt für unhaltbar (vgl. ebenda S. 13):

„An Stelle einer einlinigen Fortschrittsgeschichte der Medikalisierung und Professionalisierung oder aber einer Geschichte von der Entmachtung der Frauen durch männliche Experten tritt mehr und mehr eine vielfältige, mannigfach gebrochene und widersprüchliche Geschichte der kulturellen Ordnungen und sozialen Praktiken der Geburt.“

Die Autor_innen gehen von unterschiedlich auszuhandelnden Feldern von Konflikten und Kooperationen aus.

Den Überlegungen zum Hebammenberuf in historischer Perspektive wird im folgenden Kapitel weiter nachgegangen. Das Aushandeln von Konflikten und Kooperationen im Verhältnis von Geschlecht ist eine Spur, die in der Sichtung des empirischen Materials des Forschungsprojektes weitergeführt wird.

4.2 Ein Beruf mit Geschichte

Hebammen sind sozialen und kulturellen Werten und Normen der Gesellschaft verpflichtet, in der sie leben, und die jeweilige Gesellschaft verpflichtet sie, in ihrer Berufsausübung die soziale Ordnung zu vertreten und stellvertretend für die Obrigkeit tätig zu werden. In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin werden beispielhaft Stationen der historischen Entwicklung des Berufs beleuchtet.

Obrigkeit im Mittelalter war an die Macht der Kirche gebunden. Hebammen übten ihren Beruf mit einem Auftrag der Kirche und nach Regeln der christlichen Religion aus. Sie hatten die Pflicht, das Neugeborene persönlich zur Taufe zu bringen, und das Recht, bei Kindstod unter der Geburt eine Nottaufe vorzunehmen. Sie waren verpflichtet bei ledigen Müttern die Abstammung des Kindes auszuforschen und der Obrigkeit zu melden. Hebammen wurden in dieser Zeit verpflichtet, auf die Anwendung magischer Kräfte und abtreibender Mittel zu verzichten, und erhielten die Erlaubnis, Tauf- und Sterbe-Sakramente zu spenden. Die Gültigkeit dieser Pflichten

und Rechte wurden mit dem Akt des Eides besiegelt.

Mit ausgehendem Mittelalter wurden Berufsordnungen für Hebammen erlassen, die den Stand der geschworenen Hebammen begründeten. Mit diesen Berufsordnungen wurde die Tätigkeit von Hebammen für einzelne Städte oder Regionen ordnungsrechtlich geregelt, indem Verbote und Gebote detailreich schriftlich festgelegt wurden. In einer Berufsordnung in Preußen Anfang des 16. Jahrhunderts wurde zum Beispiel verfügt, dass Hebammen nicht betrunken arbeiten dürfen. Denn Geburten waren zu dieser Zeit dort in Feste eingebunden, bei denen von den Beteiligten alkoholische Getränke konsumiert wurden, was wohl zu Problemen beim Geburtsgeschehen und dann zu dieser Verordnung geführt haben muss.

Die Berufsordnungen wurden auch in juristischen Streitfällen herangezogen, wenn es zu Todesfällen oder zu möglichem Fehlverhalten der Hebamme gekommen war, wie Beispiele von Gerichtsfällen aus Lübeck Ende des 18. Jahrhunderts belegen, die Christine Loytved und Bettina Wahrig-Schmidt (vgl. Loytved, Wahrig-Schmidt 1998) untersucht haben.

Mit den Berufsordnungen wurden auch Ausbildungen von Hebammen organisiert und formalisiert, um behördliche Kontrolle über die Berufsausübung dieser Frauen zu gewährleisten. Die Anzahl der in einer Region tätigen Hebammen wurde erfasst und kontrolliert, Zuständigkeiten und Entgelte wurden geregelt, Ausbildung im Zusammenspiel mit ärztlichen Akteuren abgegrenzt und festgelegt.

Als Mitte des 18. Jahrhundert auf dem Land ein Hebammenmangel festgestellt wird, entsteht in Göttingen die erste Entbindungsanstalt in Deutschland (vgl. Schlumbohm 1998), die unter ärztlicher Leitung steht und hauptsächlich von ledigen Schwangeren aufgesucht wird. Auch in Marburg wird Ende des 18. Jahrhunderts eine „Accouchieranstalt“ (vgl. Metz-Becker 1998, S. 192) gegründet,

„in denen sich die männliche akademische Medizin erstmals der von ihr bis dahin verachteten Weiberkunst der Hebammenkunst annahm. Vor allem diente sie als Lehr- und Ausbildungsstätte einer sich professionalisierenden Ärzteschaft.“

Anfang des 19. Jahrhunderts wird in Eisenach die erste Hebammenschule eröffnet und für Sachsen eine Zentralisierung der Ausbildung von Hebammen mit einer Hebammenverordnung eingeführt.

Bereits Anfang des 18. Jahrhunderts fordert der Marburger Medizinprofessor Stein, dass die akademische Lehre Hebammen die Grenzen ihres Handwerks deutlich machen muss. Ärzte beginnen Geburtshilfe als medizinisches Fachgebiet abzustecken, das akademisch gelehrt werden muss. Die Entbindungsanstalten werden in diesem Sinne instrumentalisiert. Hebammen sind dort in untergeordneter Stellung tätig. Die machtorientierte Dynamik zwischen den Berufsständen erweitert sich in das Feld der akademischen Ausbildung und wird in der Folge vom Berufsstand der Ärzte dominiert. Mitte des 19. Jahrhunderts wird Geburtshilfe in Preußen dann zu einem Pflichtfach der medizinischen Ausbildung von Ärzten. Seit dieser Entwicklung bleiben Hebammenschulen institutionell Krankenhäusern angegliedert. In medizinischer Weiterentwicklung geht es in der Folgezeit um Hygiene und Desinfektion im Geburtszimmer oder im Kreißaal, da ein Zusammenhang zwischen Kindbettfieber und mangelnder ärztlicher Hygiene im Krankenhaus erkannt wird. Auch die berufliche Sozialisation von Hebammen wird an diesen medizinischen Kriterien ausgerichtet.

In Deutschland wird 1938 das Reichshebammengesetz verabschiedet, das die staatliche Anerkennung des Berufs Hebamme regelt. Mit diesem Gesetz werden Hebammen in ihrer Berufsausübung wieder Aufgaben für die Obrigkeit zugewiesen, und sie werden im Sinne der herrschenden staaträgenden Ideologie auch für rassistische und antisemitische Zwecke benutzt. Hebammen werden verpflichtet, Familien zu beobachten und Krankheiten oder Fehlbildungen zu melden. Diese Meldepflicht bezieht sich sowohl auf die Kinder als auch auf deren Mütter oder andere Familienangehörige und ist damit Bestandteil der rassistischen Selektionsprozesse und der sich anschließenden Vernichtungsmaschinerie des nationalsozialistischen deutschen Reiches.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts setzen sich bio-medizinische Konzeptionen der Geburt gegen ein Verständnis des in jeder Geburt stattfindenden Rituals der Menschwerdung durch und tragen zum Wandel der traditionellen zur modernen Geburt bei. In Anlehnung an Barbara Duden (vgl. Schlumbohm 1998, S. 21) wird von den Autor_innen festgestellt:

„Die Geburt in diesem Sinne ist durch die Technisierung der normalen Entbindung verdrängt worden; die Geburt – so die These – ist im Ausgang des 20. Jahrhunderts untergegangen.“

In der Folge wird ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert das Krankenhaus der Normal-Ort für Geburten in Deutschland. Während die Geburtsquoten in diesem institutionellen Rahmen ansteigen, ist die Quote der Hausgeburten rückläufig. Im Rahmen der Technisierung und Ökonomisierung von Geburt etabliert sich der Kaiserschnitt als medizinische Intervention auch bei normalen Geburtsverläufen, der an ärztliches Personal gebunden ist und einen Aufenthalt im Krankenhaus mit sich bringt. In Deutschland sind im Jahr 2010 ein Drittel aller Kinder per Kaiserschnitt zur Welt gekommen (vgl. Faktencheck Kaiserschnitt 2016, sowie auch Jung u.a. 2016), was die These des Untergangs der Geburt mit Auswirkungen auf die Berufsausübung von Hebammen belegt.

Im Nachkriegsdeutschland haben sich im Feld der Geburtshilfe fachliche und gesellschaftliche Diskurse entwickelt, an denen unterschiedlichen Akteur_innen mitgewirkt haben. In der Folge werden Situationen von Geburten medial als geburtliche Arbeit und als normaler, natürlicher Prozess eingeführt und auch filmisch für ein interessiertes Publikum dokumentiert. Ab den 70-er Jahren gibt es fachliche Diskurse zur Einbeziehung von Familien mit Konsequenzen für die Gestaltung von Geburtsräumen in Kliniken. Es entstehen auf Initiative von Hebammen Geburtshäuser als alternative Orte für Geburt. Es entwickeln sich Wahlmöglichkeiten für Frauen: Begleitung während der Schwangerschaft mit oder ohne Hebamme, Geburt in der Klinik, im Geburtshaus oder zuhause, mit oder ohne Nachsorge durch Hebammen nach der Geburt. Gesundheitsbezogene Angebote während der Schwangerschaft und nach der Geburt differenzieren sich, mit dieser Differenzierung wird die Situation für die Frauen jedoch auch unüberschaubar. Medizinische Vorsorge für (werdende) Mutter und Kind werden als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert und ausdifferenziert. Den Frauen werden grundsätzlich Wahlmöglichkeiten eingeräumt, allerdings sind Angebote auch nur partiell verfügbar (vgl. Jung u.a. 2016).

Der traditionelle Beruf Hebamme durchläuft Prozesse der Professionalisierung. Hebammen in Deutschland positionieren sich über Berufsverbände zunehmend fachlich in der Öffentlichkeit, machen auf Sorgen und Nöte des Berufsstandes aufmerksam und werben für Solidarisierung.

Schon beim ersten deutschen Hebammentag im Jahr 1890 ging es um das Thema des gerin-

gen Einkommens von Hebammen und der Forderung nach mehr Geld. Die Forderungen haben an Aktualität nicht verloren. Im Jahr 2010 hat der Deutsche Hebammenverband anlässlich des Welthebammentages in einer Petition gefordert, dass

„Geburten niederschwellig und wohnortnah möglich sind, Frauen ihren Geburtsort wählen können, Hebammenhilfe erhalten und ausgebaut wird, eine Anhebung der Honorare und Gehälter auf ein Niveau erfolgt, das der Verantwortung im Hebammenberuf entspricht.“

Eine weitere Petition ist im Jahr 2013 an die Bundesregierung gerichtet worden, die von der Forderung nach einer politischen Debatte um Berufshaftpflicht und Auswirkungen auf Hebammen getragen ist (vgl. Petition DHV 2013).

Fazit zur Standortgebundenheit

Wenn die Geschichte des Hebammenberufs Revue passiert, wird deutlich, dass es ein Beruf ist, der von Frauen mit Erfahrungswissen zum weiblichen Körper und Geschlechtlichkeit ausgeübt wird, der von der Machtdynamik des Geschlechterverhältnisses geprägt ist, der mit einer Verpflichtung auf jeweils gültige gesellschaftliche Werte und Normen und deren Sanktionierung in Verbindung steht, der sich in Anpassung an gesellschaftlichen Wandlungsprozessen verändert. In dialektischer Weise bewegen sich Hebammen in ihrer beruflichen Tätigkeit als Agentinnen des Systems, auf das sie sozial verpflichtet sind und das sich an ihnen vollzieht.

Die dargestellten Stationen der Entwicklung dieses Berufs machen auch deutlich, dass Hebammen in ihrem Beruf fortwährend Bedrohungen und Sanktionierungen durch staatliche Reglementierungen ausgesetzt waren. Die Kämpfe dieses Berufsstandes über Jahrhunderte hinweg um menschliche Existenz und Existenzsicherung von Frauen, mit Anfeindungen und um Territorien der Macht im Geschlechterverhältnis haben sich als spezifische Merkmale in diesen Beruf mit Geschichte eingeschrieben. Die Auseinandersetzungen um Qualifizierung in und für diesen Beruf haben früh begonnen und sind noch nicht abgeschlossen.

4.3 Der Gesundheitsfachberuf Hebamme

Nach diesen Überlegungen zur Geschichte des Berufes wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit der Forscherin der Gegenwart zu. In Deutschland wird der Beruf Hebamme den Gesundheitsfachberufen zugerechnet. Im Folgenden wird dieser Einordnung in Berufe des Gesundheitssektors nachgegangen.

Nach Gerhard Igl fasst der Begriff Gesundheitsberufe alle im Gesundheitswesen tätigen Berufe zusammen (vgl. Igl 2015, S. 107 – 111). Im Kern gewährleisten Gesundheitsberufe die „gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“ und sind an Patient_innen mit „Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung“ tätig. Gesundheitsberufe werden nach Funktionen und Tätigkeiten differenziert. Verfassungsrechtlich wird zwischen Heilberufen und anderen Gesundheitsberufen, zwischen akademischen und nicht akademischen Heilberufen unterschieden. Bereits die gebräuchliche Differenzierung in der Begrifflichkeit Heilberufe und Heilhilfsberufe weist auf ein hierarchisches Verhältnis zwischen dem Berufsstand der ärztlichen Heiler und Berufsständen der Helfer_innen. In Deutschland sind berufliche Ausbildungen außerhalb von Hochschulen

gesetzlich geregelt durch das Berufsbildungsgesetz, die Handwerksordnung oder Ausbildungsregelungen im Rahmen der Heilberufsgesetze, die sich als Berufszulassungsgesetze verstehen und für deren Regelung der Bund zuständig ist. Nach Igl werden nicht akademisch ausgebildete Heilberufe als „Gesundheitsfachberufe“ bezeichnet.

Der Beruf Hebamme ist ein nicht akademischer Heilberuf, der nach Ausbildungsregelungen im Rahmen eines spezifischen Heilberufsgesetzes erlernt werden kann. Hebamme ist eine geschützte Berufsbezeichnung für einen speziellen Gesundheitsfachberuf mit gesundheitsbezogenen Dienstleistungen auf der Basis gesetzlicher Regelung durch ein Berufszulassungsgesetz. Darin ist eine eigenständige Zuständigkeit für Geburtshilfe in Form einer Hinzuziehungspflicht von Hebammen bei normalen Geburtsverläufen verankert.

Nach Heinrich Bollinger und Anke Gerlach (vgl. Bollinger, Gerlach 2015, S. 84 f) „haben“ Berufsinhaber_innen einen Beruf, der durch Erwerbslosigkeit auch nicht verloren wird, sie identifizieren sich damit, entwickeln „Berufsstolz“ und „Berufsethos“, „können sich sozialstrukturell verorten und werden sozialstrukturell verortet“ im „Prestigegefüge der Berufslandschaft“. Die Ausübung eines Berufs ist „in der Regel an feste Zeitstrukturen“ mit Arbeitszeiten und Freizeit gebunden. Diese Merkmale gelten auch für Gesundheitsfachberufe.

Bei Gesundheitsfachberufen findet die Ausbildung nicht im Rahmen des dualen Systems statt sondern angebunden an Fachschulen und institutionelle Organisationen wie Krankenhäuser. Die Ausbildung zur Hebamme erfolgt an Hebammenschulen, die einem Krankenhaus mit Geburtsabteilung angegliedert sind. Nach Bollinger und Gerlach (ebenda S. 85) sind Gesundheitsfachberufe „in hohem Maße gesetzlich geregelt, was Zugang, Ausbildungsmodalitäten, Prüfungen, Führung der Berufsbezeichnung und Zulassung zur Berufsausbildung anbelangt.“

Dies trifft auch auf den Beruf Hebamme zu. Spezifische Gesetze und administrative Verordnungen regeln und schützen den Beruf in Deutschland.

Exkurs zu den Begriffen Beruf und Profession

Mit Bezugnahme auf Beck und Brater wird von Bollinger und Gerlach (Bollinger, Gerlach 2015, S. 84) formuliert:

„Der Beruf wird in der Tradition der subjektorientierten Berufsanalyse als der Person eigenes Muster und systematisch in Ausbildung erworbenes Kompetenzprofil und spezifisches Arbeitskraftmuster betrachtet. Der Zuschnitt dieser Arbeitsfähigkeit entsteht in Aushandlungsprozessen, die in Deutschland klar geregelt sind.“

Beruf wird als Arbeitskraftmuster verstanden, das sozial ausgehandelt wird. Die Konstitution eines Berufes (vgl. ebenda S. 85 – 87) verändert sich immer wieder durch interessengeleitete Prozesse.

Zur Unterscheidung von Beruf und Profession wird ausgeführt (vgl. ebenda S. 85 - 89): „In Deutschland gibt es keine Professionen im institutionellen Sinne“ sondern nur Berufe, „Profession ist ein rein kategorialer und heuristischer Begriff der Soziologie“. Bollinger und Gerlach begründen dies mit Blick auf die historische Entwicklung der Begriffe. Vor Beginn des 20. Jahrhunderts hatte Profession in Deutschland die Bedeutung von Handwerk, eine Bedeutung, die in der Folgezeit verschwindet. Der soziologische Begriff Profession taucht erst nach dem zweiten Weltkrieg aus den USA kommend in Westdeutschland auf und ist nur auf dem Hintergrund der

Ausbildungswege zu verstehen, die sich in den USA entwickelt haben und die sich von Ausbildungswegen in Deutschland unterscheiden.

Am Beispiel der Medizin rekonstruieren Bollinger und Gerlach (vgl. ebenda S. 87 – 93) den Prozess der Professionalisierung. Unter machttheoretischer Perspektive geht es dabei um die Aushandlung von Interessen und Prozesse sozialer Schließung und Verdrängung. Die Professionalisierung der Medizin kann als ein „Erfolgsprojekt“ der Ärzteschaft verstanden werden, die innerhalb von wenigen Jahrhunderten „die nahezu vollständige Beherrschung des Gesundheitsmarktes und ihre privilegierte soziale Stellung“ erreichen konnten.

Unter subjektorientierter Perspektive wird darauf verwiesen, dass „das Projekt der Ärzte zutiefst verwoben war mit der Entstehung des Bildungsbürgertums“ und der Entwicklung eines eigenen „Standes“ durch „Abgrenzung im Gefüge von Aristokratie, Besitzbürgertum, niedrigen Ständen, Arbeitern und Armen“. Bollinger und Gerlach beschreiben das so (ebenda S. 88):

„Zentral für die ärztliche Profession ist, dass ein erheblich engeres Verhältnis zwischen Person und Profession besteht als zwischen Person und Beruf. (...) Die Persönlichkeit des Berufstätigen geht nicht in seiner beruflichen Existenz auf (...) Ganz anders bei der Profession. Der Professionelle geht als Person auf in dieser Bestimmung, er ist nichts anderes – seine gesamte Existenz ist durchdrungen von der Profession.“

Profession ist durch habituelle Merkmale als Arzt_in bestimmt wie Berufung als Motivation, den Beruf zu ergreifen, Sozialisation in der Ausbildung durch Orientierung auf Bildung, eine Ausrichtung des Handelns auf Aufgaben, Kompetenzen mit explizitem und Erfahrungswissen, Untrennbarkeit von Arbeits- und Privatbereich und einem Verständnis, das Arbeit dem Leben Sinn gibt (ebenda S. 89):

„Bürgerlich, ständisch, männlich, elitär und paternalistisch sind die habituellen Merkmale der ärztlichen Profession, wie sie im Zuge der Modernisierung der Medizin im 19. Jahrhundert entstanden.“

Nach Bollinger und Gerlach (vgl. ebenda S. 89 – 93) kann Professionalisierung der Medizin als ein Prozess des Erfolges und des Scheiterns (ebenda S. 90 f) verstanden werden:

„Der Erfolg liegt darin, nahezu die Alleinzuständigkeit für das Kurieren kranker Körper zu erreichen. Der Misserfolg zeigt sich (...) am Verlust der Zuständigkeit für viele reformatorische Aufgaben, die von den Ärzten vorangetrieben worden sind (...) Der ökologische Blick der bürgerlichen Sozialmedizin musste aufgegeben werden zugunsten des klinischen Blicks, der sich auf Individuen richtet.“

So ist für den Ärztestand aktuell ein Prozess der Deprofessionalisierung zu beobachten und hat viele Merkmale der Profession verloren. Aus Perspektive der subjektorientierten Berufssoziologie markieren die Autor_in (ebenda S. 91) als Befund:

„Der Ärztestand unterliegt einem Prozess der Deprofessionalisierung. Die Medizin ist auf dem Weg zu einem akademischen Expertenberuf.“

Die Professionalisierung der Medizin ist historisch eng mit Entwicklungen des Arztberufes verbunden. Andere gesundheitsbezogene Berufe orientieren im Bestreben nach Professionalisierung am Muster dieser Entwicklungen. Nach Bollinger und Gerlach (ebenda S. 98)

„werden (sollen) neue, bisher in Deutschland nicht bekannte Arbeitskraftmuster entstehen, die im Unterschied zur traditionellen Ausbildung wissenschaftliche und wissenschaftsbasierte praktische Handlungskompetenzen beinhalten. Die Akademisierung auf Grundlage bestehender traditionell ausgebildeter Berufe stellt

für die veränderungsorientierten Protagonisten eine besondere Herausforderung dar.“

Die Zielsetzung der Professionalisierung verbindet sich mit Akademisierung der Ausbildung. Professionalisierung eines Berufsstandes geht mit „Kammerbildung“ und „Schaffung von Tätigkeitsvorbehalten“ einher und dient dem „Gewinn von Prestige und Selbstbewusstsein“. Nach Bollinger und Gerlach (ebenda S. 100) ist jedoch der „Begriff Professionalisierung berufspolitisch nur dann sinnvoll, wenn man eine machttheoretische begründete soziologische Perspektive einnimmt“. Die Autor_in vertreten deshalb den Standpunkt,

„dass Prozesse der Neuordnung des Berufsfeldes Gesundheit“ als „Berufsveränderungs- und Konstitutionsprozess betrieben und analytisch vor allem mit dem Instrumentarium der Berufssoziologie untersucht werden.“

Fazit zur Standortgebundenheit

Der Beruf Hebamme ist ein Gesundheitsfachberuf mit spezifischer gesetzlicher Legitimierung. Der Berufsstand befindet sich in Prozessen der Professionalisierung, die von Forderungen nach Akademisierung begleitet werden.

Basis für die Berufsausübung von Hebammen ist eine gesetzlich verankerte eigenständige Zuständigkeit für Geburtshilfe. Im beruflichen Alltag finden jedoch kontinuierlich Aushandlungsprozessen mit Ärzt_innen und anderen beruflichen Akteur_innen im Gesundheitssektor statt. Es geht um Ausweitung und Begrenzung beruflichen Handlungspraxen und deren strukturelle Verortung in einem Kontext. Diese Aushandlungsprozesse stehen in Wechselwirkung mit Entwicklungen auf der Ebene der Berufsverbände.

Das Bestreben zur Akademisierung findet in der Entwicklung dualer Ausbildungswege wieder. Seit dem Jahr 2009 kann die Forderung der Akademisierung der Ausbildung umgesetzt werden. Mit Einführung einer Modellklausel im Hebammengesetze ist ein die Ausbildung ergänzendes Studium der Hebammenwissenschaften möglich. Fachpersonal, das in der Geburtshilfe tätig ist, kann in einem bisher bis zum Jahr 2015 befristeten Zeitraum auch an Hochschulen ausgebildet werden. Dies ist mit einer Verpflichtung zur Evaluation dieser Studiengänge verbunden.

Professionalisierung ist auch in der Community der Hebammen ein gebräuchlicher Begriff. Fragen zum beruflichen Selbstverständnis von Hebammen oder Familienhebammen können am Material des Forschungsprojektes nachgegangen werden. Weitere Fragen richten sich darauf, wie sich Muster von Professionalisierung, die Bollinger und Gerlach am Beispiel der Medizin aufzeigen, im Material für den Beruf Hebammen abbilden, was in machttheoretischer Perspektive analysiert werden könnte.

4.4 Familienhebamme

Neben Entwicklungen zur Professionalisierung durch Akademisierung sind auch Spezialisierungen der Tätigkeiten von Hebammen zu beobachten, die über das begrenzte Feld des Gesundheitssektors hinaus in das Feld der Jugendhilfe hineinwirken. Mit dem Begriff Familienhebamme verbinden sich fachliche und öffentliche Diskurse zu dieser Spezialisierung.

In Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin wird deshalb auf strategische Programme als strukturelle Rahmung für diese Spezialisierung auf Makroebene Bezug genommen. Als Quellen sind Veröffentlichungen von Wissenschaftlerinnen herangezogen worden, die

der Community der Hebammen zugerechnet werden können, um mit Stimmen aus dieser Perspektive die Entwicklung zu beleuchten, ehe Stimmen der Institutionalisierung mit dem Nationalen Zentrums für frühe Hilfen zu Wort kommen.

Von Friederike zu Sayn-Wittgenstein (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007) wird darauf verwiesen, dass im Rahmen des strategischen Programms „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ der WHO das Konzept Familiengesundheitspflege entstanden ist, das Pflegekräfte und Hebammen (ebenda S. 126) „in einer wichtigen Rolle als Akteure in der primären Gesundheitsversorgung“ sieht:

„Als aufsuchende Gesundheitshilfen sollen sie gesundheitsbelastende Faktoren in Familien und sozialen Gruppen identifizieren und zugleich für eine Stärkung der Ressourcen sorgen (WHO 2000).“

In Deutschland begleiten Hebammen in ihrer originären Tätigkeit (werdende) Mütter und Familien in den unterschiedlichsten und damit auch in belasteten Lebenssituationen.

„Mit dem Konzept Familienhebammen besteht seit über 20 Jahren eine solche unterstützende Struktur zur gezielten Betreuung von Familien mit multiplen Problemen.“

Sayn-Wittgenstein verortet die Entwicklung von Konzepten für Familienhebammen im Aktivitätsbereich von Hebammen und reklamiert damit diese Fachkompetenz als eine Art Besitzstand des Hebammenberufs.

In Deutschland gab es unterschiedliche Aktivitäten von einzelnen Hebammen und regionale Modellversuche zur Konzeptionierung der Tätigkeit als Familienhebammen, wie auch von Rainhild Schäfers ausgeführt wird (vgl. Schäfers 2011, S. 115 – 118). In Bremen wurden bereits von 1980 bis 1983 Modellversuche gestartet, mit dem Ziel, dort die Säuglingssterblichkeit zu senken. Hebammen und Kinderkrankenschwestern erhielten eine achtmonatige Zusatzqualifikation, um sich auf die aufsuchende Arbeit mit sozial benachteiligten Familien vorzubereiten. Durch Evaluation konnte gezeigt werden, dass die aufsuchende Tätigkeit von Hebammen ein niederschwelliges Versorgungsangebot darstellt. Für den Zeitraum von 1983 bis 1985 schloss sich ein weiterer Bremer Modellversuch an mit dem Einsatz von Familienhebammen an Krankenhäusern zur Verbesserung von Vor- und Nachsorge. Der anschließende Versuch, Familienhebammen als Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen zu etablieren, scheiterte zum damaligen Zeitpunkt.

Der Deutsche Hebammenverband initiierte in der Folgezeit die Entwicklung eines Curriculums zur Erlangung der Zusatzqualifikation als Familienhebamme, das im Jahr 2003 veröffentlicht wurde. Da Bildung in Deutschland in die Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer fällt, wurden auf der Basis dieses Curriculums von den Landeshebammenverbänden länderspezifische Curricula und Lehrpläne erstellt, die große Unterschiede im Stundenumfang enthalten. Eine einheitliche Vergütungsvereinbarung für Familienhebammen ist nicht gegeben, sodass in der Praxis unterschiedliche Beschäftigungs- und Vergütungsformen zum Tragen kamen.

Im Jahr 2010 wurde dann in Niedersachsen mit einem neuen Pilotprojekt begonnen mit dem Ziel, die Fortbildung als Familiengesundheitshebamme mit einem Umfang von 720 Fortbildungsstunden als Weiterbildung staatlich anerkennen zu lassen, da ein rechtlicher Schutz der Bezeichnung Familienhebamme nicht bestand. Das Konzept dieser Fortbildung basiert auf dem Setting Ansatz für Gesundheitsförderung, ist an einem Konzept der WHO zur Familiengesundheitspflege orientiert, die Fortbildung ist inzwischen staatlich anerkannt. Zum Tätigkeitsbereich

von Familienhebammen und auch zum Konzept Familiengesundheitshebammen gibt es zwischen eine größere Anzahl von Evaluationen und Studien (vgl. auch Materialien des NZFH 2015).

Auf Ebene der Bundes rückt mit dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung im Jahr 2005 die frühe Förderung gefährdeter Kinder und Aufbau eines Frühwarnsystems, um Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken, in den Fokus von Politik und Fachöffentlichkeit. In der Folge wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ aufgelegt, das Modellprojekte fördern soll.

In Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI) wurde im Jahr 2007 dann das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gegründet, das für das Aktionsprogramm eine Wissensplattform aufbauen, Theorie-Praxis-Transfer leisten und Impulse zur Implementierung ehemaliger Modellprojekte in das Regalsystem ermöglichen sollte.

Die Spezialisierung als Familienhebamme (vgl. Schäfers 2011, S. 115 – 120) wird in Abgrenzung zu anderen Tätigkeiten von Hebammen definiert. Schäfers bezieht sich auf eine Definition des Deutschen Hebammenverbandes aus dem Jahr 2009 (ebenda S. 116):

„Eine Familienhebamme ist eine staatlich examinierte Hebamme mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Familien in belasteten Lebenslagen durch aufsuchende Tätigkeit. Die Familienhebamme arbeitet interdisziplinär und ist eng vernetzt mit anderen Berufsgruppen und Institutionen. Die Familienhebamme betreut schwangere Frauen bis zum 1. Geburtstag des Kindes. Ziel ihrer Arbeit ist die körperliche und seelische Gesundheit der Familien unter besonderer Berücksichtigung des Kindes.“

Auch Sayn-Wittgenstein (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, S. 126 – 133) kommt zu einer Differenzierung von Tätigkeiten. Als originäre Hebammenarbeit sieht sie

„den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Eltern, die sich in der Praxis sehr unterschiedlich darstellt und an der das Spezifische der Hebammenarbeit für vulnerable Gruppen besonders deutlich wird.“

Die Tätigkeit von Familienhebammen mit einem niederschweligen aufsuchenden Angebot hat die Zielsetzung „primärer und sekundärer Prävention der Gesundheit von Mutter und Kind“. Familienhebammen vertreten dabei insbesondere die „Interessen des Kindes“ als schwächstes Mitglied einer Familie mit besonderem Schutzbedarf. Ein weiteres Kernelement der Tätigkeit als Familienhebamme ist die „interdisziplinäre Zusammenarbeit als Case-Managerin“.

Mit Fallbeispielen arbeiten Elke Mattern und Ute Lange (vgl. Mattern, Lange 2012) im Auftrag des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen weitere Differenzierungen der Tätigkeiten als Hebamme oder als Familienhebamme heraus und stellen am Beispiel der sozialen Sekundärprävention die jeweiligen Leistungen kleinteilig und tabellarisch zusammen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass das Leistungsspektrum der Familienhebamme sich von der Regelversorgung der Hebamme unterscheidet und auf dieser aufbaut. Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Familienhebamme sind für die Autorinnen unkompliziert möglich, nach Gegebenheiten und Notwendigkeit können im Einzelfall entsprechende Leistungen von zwei Hebammen in unterschiedlicher

Funktion oder von einer Hebamme in Personalunion erbracht werden. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, die Entwicklung einheitlicher Kompetenzprofile und Ausbildungscurricula für Hebammen sowie Dokumentationssysteme werden als nächste Schritte zum Ausbau und zur Verbesserung der Frühen Hilfen angesehen. Da die Berufsbezeichnung Familienhebamme nicht geschützt ist, wird mittelfristig eine einheitliche Empfehlung dazu gefordert, welche Kompetenzen von Familienhebammen durch Qualifizierung zu erwarten sind.

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen hat eine vierjährige Laufzeit von 2012 bis 2016. Ihre rechtlichen Grundlagen sind im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen (KKG) geregelt. Beide Gesetze sind Anfang 2012 in Kraft getreten. Eine Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern regelt das Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen einschließlich der für die Bundesinitiative zur Verfügung stehenden Finanzmittel. Auch die Verwaltungsvereinbarung wurde im Jahr 2012 abgeschlossen. Frühe Hilfen (Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014, S. 4) werden definiert:

„Frühe Hilfen tragen zum gesund aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Recht auf Schutz, Förderung und Teilhabe.“

Im Rahmen der Bundesinitiative erfolgt eine Evaluation zur Wirkung in Ländern und Kommunen mit dem Ziel, ab dem Jahr 2016 gemäß § 3 KKG dauerhaft einen Fond einzurichten, aus dem Maßnahmen dann längerfristig finanziert werden können. Mitte 2015 ist vom NZFH ein Zwischenbericht zur Stellungnahme der Bundesregierung vorzulegen, der die bisherigen Ergebnisse der Initiative zusammenfasst und die Grundlage für die Weiterführung bildet.

Der Zwischenbericht 2014 (vgl. Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014) bezieht sich auf die Aufbau- und Förderphase der Bundesinitiative im Zeitraum von 2012 bis 2014. Es wird auf die gute Ausschöpfung der Fördermittel bereits in 2013 hingewiesen (ebenda S. 6). Die Mittel des Fonds sind für passgenaue Hilfen in belasteten Familien, für die Einrichtung von Koordinationsstellen auf Bundes-, Länder und kommunaler Ebene zur zielgenauen Steuerung und Sicherung der Qualität verwendet worden. Bereits vorhandene Strukturen der Länder im Bereich Frühe Hilfen konnten genutzt und weiter ausgebaut werden. Es wurden Voraussetzungen für Qualifizierung von Fachkräften geschaffen. Die Tätigkeit von Familienhebammen oder Familiengesundheitspflegerinnen besteht in einer aufsuchenden niederschweligen Unterstützung der Familien, ist jedoch keine erzieherische Hilfe im Bereich der Tertiärprävention.

Der Zwischenbericht enthält auch Berichte aus den Bundesländern. Für das Forschungsprojekt sind insbesondere die Berichte aus Hessen und NRW relevant (vgl. Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014 S. 121 f und S. 129 f), auf die im folgenden Exkurs kurz eingegangen wird (ergänzend zur Situation in Hessen auch Jung u.a. 2016).

Exkurs zur Situation von Frühe Hilfen in Hessen und NRW

In Hessen (vgl. Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014, S. 121 f) werden die Fördergelder direkt an die Kommunen weitergeleitet auf der Grundlage eines hessischen Landeskonzepthes für die Umsetzung der Bundesinitiative. In allen 33 Kommunen wurden inzwischen Stellen zur Netzwerkkoordination eingerichtet, deren Rahmenbedingungen heterogen sind. Die Einbindung des Gesundheitswesens wird als schwierig beschrieben, da zeitliche Ressourcen und

Anreize zur Teilnahme fehlen. Es gibt 200 ausgebildete Familienhebammen und ab Sommer 2014 auch ausgebildete Familiengesundheitspflegerinnen, die im Rahmen der Initiative eingesetzt werden können. Vergütung, Arbeitsbedingungen und strukturelle Verortung sind homogen. Es gibt keine Empfehlung für Leistungs- und Entgeltvereinbarungen. Seit 2007 erfolgt eine Qualifizierung von Familienhebammen, ab 2013 gibt es ein gemeinsames Curriculum zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familiengesundheitspflegerinnen. Zur Qualitätsentwicklung sind Qualitätszirkel Frühe Hilfen etabliert worden und die Entwicklung einer Zielvereinbarung für diese Qualitätszirkel ist in Planung.

In NRW (vgl. Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014, S. 129 f) wurden in allen Jugendamtsbezirken Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet. Der Einbezug von Geburts- und Kinderkrankenhäusern sowie Kinderärzten und Gynäkologen wird als ausbaufähig beschrieben. Fördermittel wurden bedarfsgerecht für Netzwerkkoordination und Familienhebammen, die dem NZFH-Kompetenzprofil entsprechen, verwendet. Im Zeitraum 2012 bis Mitte 2013 standen je Jugendamtsbezirk durchschnittlich 1,2 Familienhebammen zur Verfügung. Es werden Probleme in der Abgrenzung zu HZE-Maßnahmen gesehen, verbindliche Regelungen zu Aufsicht, Vergütung, Aufgaben und Qualifizierung werden als notwendig angesprochen, auch Unsicherheiten mit der Berufshaftpflichtversicherung von Hebammen werden thematisiert. Die Landeskoordination sieht einen Schwerpunkt in der Beratung der strukturell heterogenen Jugendamtsbezirke unter Einbeziehung von Jugendhilfeplanung sowie zur Weiterentwicklung der Qualifizierung von Fachkräften durch ein Landescurriculum.

Der Zwischenbericht 2014 (vgl. Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014, S. 8 sowie Zusammenfassung S. 94 f) kommt zu dem Ergebnis, dass der Start der Bundesinitiative mit zweckentsprechendem Mitteleinsatz als gut zu bewertet ist. Ein Umsteuerungsbedarf für die weitere Laufzeit der Bundesinitiative bis Ende 2015 wird nicht gesehen, da die strukturellen Voraussetzungen in Ländern und Kommunen geschaffen wurden, „damit belasteten Familien und ihren Kindern in ganz Deutschland besser bedarfsorientiert geholfen werden kann.“ Entwicklungsbedarf wird im bedarfsgerechten Ausbau von Netzwerken und Angebotsstrukturen gesehen sowie in der Einbettung „in Aufgaben der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe“. Auf Bundesebene erfolgt eine Anpassung des Fonds, ab dem Jahr 2016 wird eine dauerhafte Förderung weiterverfolgt als Finanzierung der Tätigkeiten von Familienhebammen in struktureller Rahmung Früher Hilfen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Die Spezialisierung von Hebammen als Familienhebammen steht in Deutschland im Zusammenhang mit staatlicher Programmentwicklung, die sich über unterschiedliche Verwaltungsebenen transformiert. Ausgehend von ihren beruflichen Alltagserfahrungen in Familien wurden von Hebammen Modelle für diese Arbeit und deren Finanzierung entwickelt. Getragen von Berufsverbänden und politischen Entscheidungen sind daraus institutionalisierte Umsetzungsprogramme entstanden, die aktuell unter dem Label „Familienhebamme im Rahmen Frühe Hilfen“ etabliert werden.

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist ein staatliches Aktionsprogramm ins Spiel gekommen, das sich im Schnittbereich von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bewegt. Rechtlich ist die Bundesinitiative im Kinder- und Jugendschutz verankert. Familienhebammen

sind auf dieser rechtlichen Grundlage in ein staatlich gesteuertes Programm eingebunden und tätig, während die Tätigkeiten von Hebammen auf anderen gesetzlichen Regelungen fußen. Gestaltungsspielräume von beruflichen Tätigkeiten befinden sich in Aushandlungsprozessen mit anderen Berufsgruppen als bisher. Neue Qualifizierungsanforderungen entstehen, es gelten andere institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen als für die Tätigkeit als Hebamme.

Die Spezialisierung als Familienhebamme baut auf dem Grundberuf der Hebamme auf und setzt für die Tätigkeiten andere Akzente mit Zielsetzungen der Gesundheitsförderung und Prävention in belasteten Familien in einer Ausrichtung auf das Wohlbefinden und den Schutz des Kindes. Die (werdende) Mutter bzw. Familie wird zwar weiterhin als Auftraggeber_in von Leistungen der Familienhebamme gesehen, durch neue Anstellungs- und Vergütungsverhältnisse in der Jugendhilfe verschieben sich Zuschreibungen und Orientierungen, wie zum Beispiel Aushandlungsprozesse mit der Mutter bzw. der Familie zu erfolgen haben. Diese Veränderungen bilden sich im Material des Forschungsprojektes ab, da in den Interviews sowohl über berufliche Praxen als Hebamme als auch über berufliche Praxen als Familienhebamme gesprochen wird.

Trotz Evaluationen und Studien ist der Tätigkeitsbereich von Familienhebamme nicht als gesichert anzusehen. Strukturelle Rahmenbedingungen wurden aufgebaut und institutionalisiert, eine Überleitung in Regelfinanzierung des Gesundheitswesens wurde bisher erreicht, ein anderes Finanzierungssystem, die Jugendhilfe, wurde genutzt, gleichzeitig wachsen Anforderungen an Qualifizierung und Qualitätsentwicklung.

In einer Studie für das Nationale Zentrum Frühe Hilfen stellen Hanna Rettig, Julia Schröder und Maren Zeller (vgl. Rettig, Schröder, Zeller 2014 sowie Rettig, Schröder 2015) die Frage, ob Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen zu bezeichnen sind, da sie sich in ihren beruflichen Tätigkeiten zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen und den jeweils feldspezifischen Akteur_innen bewegen müssen.

Die Einbindung in ein staatliches Programm dieser Art verbindet sich mit der aktuellen Hoffnung einer berufspolitischen Anerkennung und finanziellen Sicherung des Berufsstandes Hebamme. Die berufspolitische Anerkennung erweist sich jedoch als schwieriger Weg in neuen Konkurrenzsituationen mit Akteur_innen aus anderer Berufsgruppen und Institutionen, die sich für Kinderschutz in Familien engagieren, wie Sozialarbeit, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Krankenhäuser und ärztliche Praxen. Dies bildet sich bereits in den Konzepten der Qualifizierung ab. Das Feld der Kämpfe hat sich mit der Spezialisierung Familienhebamme für den Berufsstand Hebamme in Deutschland ausgeweitet. Welche Konflikte sich als langfristige Konsequenzen aus dieser Öffnung ergeben, ist noch nicht abzusehen.

Fragen, wie sich diese Schnittstellen in beruflichen Praxen gestalten und welche Wechselwirkungen sich für den Beruf Hebamme auf Strukturebene daraus ergeben, sind als Fragen an die Materialien des Forschungsprojektes zu stellen unter Berücksichtigung, dass diese Prozesse zwar als angestoßen, jedoch nicht als abgeschlossen anzusehen sind.

4.5 Ein Frauenberuf

Nach diesem Überblick zur Spezialisierung im Beruf Hebamme kommen die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin noch einmal auf Aspekte zurück, die schon angeklungen sind (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2). Die Bedeutung von Erfahrungswissen und Vorstellungen zum weiblichen Körper und die Kämpfe des Berufsstandes als Kämpfe von Frauen wurden bereits in den Fokus genommen. Es folgen Überlegungen zum Beruf Hebamme als Frauenberuf, die sich auf die Gegenwart in Deutschland beziehen.

Unter dem Begriff Frauenberuf werden alltagssprachlich Berufe zusammengefasst, die überwiegend oder fast ausschließlich von Frauen ausgeübt werden. Als typische Bereiche für Frauenberufe gelten die Innenreinigung von Gebäuden und personenzentrierte Dienstleistungen in Kindergarten und Grundschule sowie in der Alten- und Krankenpflege.

In Deutschland haben gleichstellungspolitische Forderungen grundsätzlich den Zugang für Frauen zu allen Berufen legitimiert. Eine Segregation nach Geschlecht ist trotzdem weiterhin zu beobachten. Der Begriff Frauenberuf verbindet sich mit Merkmalen wie Teilzeitarbeit, niedrige Qualifikation, schlechten Arbeitsbedingungen, geringem Einkommen, existenzieller Unsicherheit, personenbezogener Dienstleistung und Chancenungleichheit. Die Defizitorientierung einer solchen Zuordnung birgt die Gefahr, Frauen zusätzlich zu diskriminieren.

Inzwischen sind in beruflichen Feldern wie der Bildung und der Medizin wachsende Quoten von berufstätigen Frauen zu verzeichnen. Der Begriff Frauenberuf wird auch für Berufszweige mit höherem Einkommen verwendet und verweist auf Ungleichheit in der Verteilung von Ressourcen im Geschlechterverhältnis, die auch für diese Arbeitsplätze insbesondere im Zusammenhang mit familialer Sorgearbeit und beruflichem Karriereverlauf zutrifft. Lebensverläufe in Frauenberufen sind nach wie vor von Spuren der Benachteiligung und eingeschränkten Teilhabe durchzogen.

Der Beruf Hebamme steht in der Tradition, einer der ältesten Frauenberufe in Deutschland zu sein. Die Tätigkeiten als Geburtshelferin war in der Ausübung ursprünglich Frauen vorbehalten, weil Frauen Schwangerschaft und Geburt als natürliche Aufgabenfelder im Geschlechterverhältnis zugeordnet wurde. Mit Professionalisierung der Medizin wurde Geburtshilfe eine medizinische Fachdisziplin. Das berufliche Feld öffnete sich für Männer als Ärzte. Hebammen als Frauen wurden auf den Platz einer Helferin im ärztlich-klinischen Geschehen verwiesen. In einer Gegenbewegung der Selbstbehauptung kommt es zur Professionalisierung und Medikalisierung des Hebammenwesens (vgl. Schlumbohm u.a. 1998, S. 20)

„in einer fundamentalen Doppelgesichtigkeit. Die professionelle medizinische Ausbildung stattete diese Frauen mit Kompetenz und Legitimation aus; da sie dem Medizinbetrieb aber immer nur marginal zugehörten und da sie die Standards der Klinik bei Hausgeburten unmöglich aufrecht erhalten konnten, war die medizinisch-professionelle Identität und Legitimation problematisch und gebrochen. Ausbildung ermächtigte und entmachtete zugleich.“

Mit Professionalisierung der Medizin ist der Beruf Hebamme in seinem Alleinstellungsmerkmal bedroht. Die Institution Krankenhaus als vorrangiger Ort für Geburten erfordert Integration des Berufsstandes in die hierarchische Organisation dieser Institution. Gebiete der Tätigkeiten und Verantwortungen in der Geburtshilfe im Krankenhaus sind detailliert festgelegt. Hebammen arbeiten dort im Schichtdienst. Die Verdienstmöglichkeiten für Hebammen sind deutlich schlech-

ter als für ärztliches Personal. Teilzeitbeschäftigungen sind häufig und haben unzureichende Absicherung der Existenz durch eigenständige Erwerbstätigkeit zur Folge. Im ambulanten Bereich oder als Beleghebamme kommen Arbeitszeiten auf Abruf als Faktoren hinzu. Die strukturellen Rahmenbedingungen stellen Hebammen sowohl im klinischen als auch im ambulanten Bereich schlechter als Ärzt_innen.

In diesem Zusammenhang kann die Akademisierung des Hebammenberufs als Strategie der Sicherung verstanden werden. Akademisierung bedeutet durch Anhebung der beruflichen Qualifizierung eine Verbesserung der Rahmenbedingungen zu erreichen, berufspolitisch eine Gleichstellung für Hebammen zu realisieren und Aufstiegsperspektiven zu schaffen.

Bis Mitte der 80-er Jahre konnte der Beruf Hebamme in Deutschland nur von Frauen erlernt werden. Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Gleichstellung der Geschlechter wird ab dem Jahr 1985 die Berufsausbildung auch für Männer geöffnet und die Berufsbezeichnung in „Hebamme bzw. Entbindungspfleger“ verändert. In der Praxis ist der Beruf Hebamme bisher ein Frauenberuf geblieben. Sowohl in den europäischen Nachbarländern als auch in Deutschland sind Entbindungspfleger nur in geringer Anzahl tätig, wie Daten des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt 2015) belegen. Im Jahr 2013 waren bundesweit in Krankenhäusern 10.691 Hebammen und Entbindungspfleger tätig gewesen. Davon arbeiteten 1.982 als Belegkräfte und 8.709 angestellt. Angestellt tätig waren 8.703 Hebammen und nur sechs Entbindungspfleger. Die Statistik verweist auch darauf, dass 72,2 % der in Krankenhäusern fest angestellten Hebammen und Entbindungspfleger dort in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt waren. Eine eigenständige Existenzsicherung der angestellt tätigen Hebammen wird durch das Angestelltenverhältnis allein nicht zu realisieren sein. Von den Zahlen her ist der Hebammenberuf weiterhin ein Beruf von Frauen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Traditionell ist der Beruf Hebamme ein Frauenberuf und kann auch mit Öffnung der Ausbildung für männliche Interessenten weiterhin als ein solcher gesehen werden. Im Beruf Hebamme sind fast ausschließlich Frauen tätig. Die beruflichen Tätigkeiten sind personenbezogene Dienstleistung am Menschen. Wie sich die Akademisierung auf das Geschlechterverhältnis in diesem Beruf auswirken wird, bleibt abzuwarten.

In Deutschland sind Anforderungen an Qualifikation und Eigenverantwortlichkeit im Beruf Hebamme gestiegen. Die Rahmenbedingungen wie Vergütung und Verdienstmöglichkeiten, Arbeitszeiten und Verfügbarkeit sind weiterhin durch Merkmale typischer Frauenberufe bestimmt. Berufliche Karrieren im Sinne von Aufstiegsmöglichkeiten, die diese strukturellen Rahmenbedingungen positiv verändern, sind nur eingeschränkt gegeben. In zynischer Formulierung könnte die Zukunftschance für den Beruf Hebamme darin bestehen, weiterhin ein Frauenberuf zu bleiben.

4.6 Strukturelle Rahmenbedingungen

Damit sind die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin bei den strukturellen Rahmenbedingungen des Berufs Hebamme angelangt, die eine Bindung an Zeit und Raum haben. Die folgenden Überlegungen bezieht sich auf strukturelle Rahmenbedingungen von Heb-

ammen und Familienhebammen in Deutschland, wie sie sich ab dem Jahr 2008 entwickelt haben und in der Laufzeit des Forschungsprojektes im Zeitraum von Anfang 2014 bis Ende 2016 für mich als Forscherin ersichtlich waren.

Unzureichende Vergütung und steigende Berufshaftpflichtprämien werden als Merkmale der Bedrohung markiert und bestimmen öffentliche Diskurse zu strukturellen Rahmenbedingungen im Hebammenberuf. Im Jahr 2010 forderte der Deutschen Hebammenverband mit einer Petition an den Bundestag (vgl. Kapitel 4.2), die wohnortnahe Versorgung von Frauen mit Hebammenhilfe und eine freie Wahl des Geburtsortes sicher zu stellen, da steigende Prämien und unzureichende Vergütung zur Aufgabe von Geburtshilfe durch Hebammen führen.

Im Anschluss an diese Petition wurde im Jahr 2011 vom Bundesgesundheitsministerium ein Gutachten zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe in Auftrag gegeben, da eine Zusammenstellung entsprechender Daten als notwendig angesehen wurde, um die Thematik politisch beraten zu können. Ein Gutachten wurde vom IGES-Institut in Kooperation mit Hebammenverbänden, GKV-Spitzenverband und anderen Versicherungen erstellt und Mitte 2012 veröffentlicht (vgl. Albrecht, Martin; Loos, Stefan u.a. 2012). Für das Gutachten wurden Literatur- und Sekundärdatenanalysen, eine schriftliche Befragung von 3.600 Hebammen, Experteninterviews und Workshops zu den Ergebnissen durchgeführt und ausgewertet.

Die Ausgangslage des Gutachtens ist, dass es keine amtlichen statistischen Daten zur Anzahl freiberuflich tätiger Hebammen gab. Die amtliche Statistik erfasst jährlich die Anzahl der Neugeborenen sowie die Anzahl der im Krankenhaus geborenen Kinder. Zu außerklinischen Geburten werden im Zusammenhang mit amtlicher Statistik keine Daten erhoben. In Erarbeitung einer aussagekräftigen Datenbasis arbeitet das Gutachten deshalb mit Schätzungen anhand unterschiedlicher Datenquellen.

Ziel des Gutachtens ist, die Versorgungssituation systematisch, detailliert und datenbasiert zu beschreiben unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Geburtshilfe insgesamt. Ein weiteres Ziel ist zu prüfen, ob die Erhöhung der Berufshaftpflichtprämie für außerklinische Geburten den Beruf für Hebammen finanziell unattraktiv gemacht hat und freiberuflich tätige Hebammen in der Folge den Beruf aufgeben oder ihr Angebot verändern mit Auswirkungen auf eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung. In dem Gutachten geht es um außerklinische Geburtshilfe, die berufliche Situation von Hebammen, ihr Leistungsangebot, die Vergütungssituation, die finanzielle Situation von Hebammen und die Entwicklung der Geburtshilfe insgesamt und regional. Der folgende Exkurs bezieht sich auf Ergebnisse dieser Studie.

Exkurs zum IGES-Gutachten (vgl. Albrecht, Martin; Loos, Stefan u.a. 2012)

Es wird eine Erhöhung der Anzahl und des Anteils freiberuflich tätiger Hebammen an der Gesamtzahl aller Hebammen in den vergangenen Jahren festgestellt. Auch eine Erhöhung der Arbeitszeiten der Hebammen ist erkennbar, insbesondere bei Freiberuflichkeit. 40 % der freiberuflich tätigen Hebammen arbeiten nicht in Vollzeit, was in den Auswirkungen für eigenständige berufliche Existenzsicherung von Frauen zu diskutieren wäre.

Trotz sinkender Geburtenzahlen ist eine steigende Nachfrage nach Hebammenhilfe bzw. ein gewachsener Bedarf zu verzeichnen. Dafür kann es unterschiedliche Gründe geben. Frauen können oder wollen seltener auf familiäre Unterstützung zurückgreifen. Die stationäre Verweildauer

nach der Geburt hat sich verkürzt. Frauen wünschen sich häufig eine professionelle Begleitung der Schwangerschaft und Geburt. Der Logik des Marktes im Gesundheitssektor folgend ist eine Ausdifferenzierung von Angeboten und deren Finanzierung festzustellen.

Der Schwerpunkt des Leistungsangebots freiberuflich tätiger Hebammen liegt auf der Schwangeren- und Wochenbettbetreuung und besteht seltener in der Geburtshilfe. Trotzdem haben rund ein Fünftel der freiberuflich tätigen Hebammen die Betreuung von Hausgeburten im Leistungsangebot.

Im Durchschnitt werden dann 0,5 Geburten im Monat pro Hebamme betreut, bei Beleghebammen im Schichtdienst sind es 6,6 Geburten im Monat pro Hebamme, bei Beleghebammen in 1:1-Betreuung zwei Geburten im Monat pro Hebamme, bei freiberuflich tätigen Hebammen in gleichzeitigem Angestelltenverhältnis im Krankenhaus 10,4 Geburten im Monat pro Hebamme. Die Anzahl der begleiteten Geburten im Monat ist also abhängig vom Kontext der Hebammentätigkeit.

Im Gutachten werden durchschnittliche Einkommenshöhe und -entwicklung von freiberuflich tätigen Hebammen berechnet und in Verbindung mit Kostensteigerungen durch Erhöhung der Prämien der Berufshaftpflicht gesetzt. Die Zunahme von Großschäden bei Geburten muss von einem vergleichsweise kleinen Versicherungskollektiv getragen werden, was zu stetig fortschreitenden Erhöhungen der Prämie geführt hat und weiter führen wird.

Im Zeitraum von 2008 bis 2010 sinkt die Abrechnung von Geburtshilfe bei freiberuflich tätigen Hebammen auf 21 %. Die Leistung Geburtshilfe ist durch Kostensteigerung nicht mehr rentabel. Auch Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse werden aus dem Leistungsangebot freiberuflich tätiger Hebammen herausgenommen, da diese Kurse durch andere Anbieter wie Krankenhäuser und Verbände angeboten werden.

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen wie hohe Arbeitsbelastungen, geringes Einkommen, Probleme bei der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf haben nur 1,3 % der für das Gutachten befragten freiberuflich tätigen Hebammen den Beruf aufgegeben oder gewechselt. In der Befragung wird deutlich, dass bei freiberuflich tätigen Hebammen die Arbeitszufriedenheit am höchsten ist.

Mit diesem Gutachten liegen für die außerklinische Geburtshilfe Daten als Basis für mögliche gesundheitspolitische Entscheidungen vor. Von den Hebammenverbänden wurde das Gutachten begrüßt, tragfähige Lösungen für die angesprochenen Konflikte sind jedoch nicht erreicht. Die Aushandlungsprozesse werden fortgesetzt und dauern.

Zur Annäherung an strukturelle Rahmenbedingungen des Berufs Hebamme bieten sich Daten zur beruflichen Bildung an, auf die im Folgenden Bezug genommen wird. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat im Jahr 2014 eine Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich veröffentlicht, die aktuelle Rahmenbedingungen beschreibt und auch für Entwicklungen im Beruf Hebamme relevant ist. Der Bericht (vgl. Bericht des BMBF 2014) basiert auf der GesinE Studie, die vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg im Auftrag des Bundesministeriums erstellt wurde. In dem Bericht werden allgemeine Tendenzen für den Bereich Gesundheit im europäischen Kontext und auch Spezifika für den Gesundheitsfachberuf Hebamme herausgearbeitet, die mit Ausbildung und Qualifizierung zu tun haben. Einige Ergebnisse der Studie werden im folgenden Exkurs dargestellt.

Exkurs zu Ergebnissen der GesinE Studie (vgl. Bericht des BMBF 2014)

Der europäische Vergleich von Vorgaben zur beruflichen Fortbildungspflicht (vgl. ebenda Tabelle S. 65) ergibt für Hebammen in Deutschland eine im Zusammenhang mit der Leistungserbringung gesetzlich geforderte, aber nicht genau spezifizierte Fortbildungspflicht, welche überprüft und bei Nicht-Erfüllung sanktioniert wird. Einige Landesverordnungen wie z.B. NRW spezifizieren diese Fortbildungspflicht. Auch in Frankreich, Großbritannien, Niederlande, und Österreich ist die Fortbildungspflicht für Hebammen in Zusammenhang mit einer gesetzlichen Registrierungspflicht verbunden, die überprüft und bei Nicht-Erfüllung mit Sanktionen wie z.B. Berufsausübungsverbot belegt ist. Nur in Großbritannien ist eine spezifische Fortbildungspflicht für die Erneuerung einer Verschreibungsbefugnis für Medikamente vorgeschrieben.

Hebammen erbringen in Deutschland ihre Leistungserbringung im Direktzugang (vgl. ebenda, Tabelle S. 67). Eine ärztliche Verordnung ist nur bei Auftreten von pathologischen Anzeichen im stationären Bereich erforderlich. Dies gilt auch für Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich. In diesen europäischen Ländern und in Deutschland haben Hebammen die Befugnis, während der Geburt bestimmte Medikamente zu verabreichen (vgl. ebenda S. 68). Sie können diese Medikamente ohne ärztliche Aufsicht auswählen, verschreiben und verabreichen. Möglichkeiten der formalen Erweiterung der fachspezifischen Handlungskompetenz bei der Verschreibung von Medikamenten im Sinne von „advanced practitioners“ gibt es nur in Großbritannien, nicht jedoch in Frankreich, Niederlanden, Österreich und Deutschland.

Dem Bericht beigelegt ist eine Synopse zur Analyse der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen u.a. auch dem Vergleich der Ausbildungen zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger (vgl. ebenda A 12 S. 317 – 349). Danach erfolgt in Deutschland die Ausbildung von Hebammen (vgl. ebenda S. 317) im sekundären Sektor an Berufsfachschulen. In Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich ist die Ausbildung im Hochschulsektor integriert. Außer in Deutschland ist in allen anderen Ländern eine Registrierung für die Berufsausübung erforderlich und diese Registrierung ist an Fortbildungsverpflichtungen geknüpft. In Deutschland gibt es eine Fortbildungsverpflichtung für Hebammen (vgl. ebenda S. 320), die jedoch nicht überwacht wird und nur in wenigen Bundesländern im Stundenumfang geregelt ist.

Die Berufsbezeichnung für Hebammen (vgl. ebenda, S. 318) ist in allen Ländern geschützt. Es gibt in Deutschland ausgewiesene und vorbehaltene Aufgabenbereiche für Hebammen, die in der Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen sowie der Hilfe bei Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs bestehen. Auch in den Niederlande sind Hebammen per Gesetz als Expertinnen für physiologische Geburt ausgewiesen, während die Gynäkologie eine Zuständigkeit für Frauenheilkunde hat. In Österreich besteht eine sogenannte Beziehungspflicht von Hebammen zur Geburt und die personenstandsrechtliche Meldung der Geburt liegt ausschließlich bei den Hebammen.

Als Kernkompetenzen von Hebammen in Deutschland ohne ärztliche Verordnung (vgl. ebenda S. 319) gelten Betreuung der physiologischen Schwangerschaft, Überwachung und Hilfe bei der Geburt, Überwachung der postpartalen Wochenbettzeit und Verabreichung bestimmter Medikamente während der Geburt. In den anderen Ländern ist die Verordnung von Medikamenten weitreichender geregelt und Gesundheitsförderung als Kernkompetenz ausgewiesen. Es besteht

in allen Ländern eine Hinzuziehungspflicht einer Ärztin oder eines Arztes bei pathologischen Anzeichen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Bei Familienhebammen in Deutschland geht es zusätzlich um die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Zuordnung zum Nationalen Qualifizierungsrahmen (NQR) (vgl. ebenda S. 325 f) weist dem Beruf Hebamme im Regelfall bei Ausbildung in Berufsfachschulen Niveau 4 zu, bei berufszulassendem Bachelor-Studium nach Modellklausel Niveau 6. In den anderen Ländern wird die Ausbildung zur Hebamme mit Niveau 6 oder 7 eingestuft. Die Ausbildung in Deutschland ist an Inhalten ausgerichtet und es gibt keine verbindlichen Standards. Der Pädagogische Fachbeirat des DHV erarbeitete im Jahr 2004 ein Kompetenzprofil der Hebammentätigkeit, das in ein modularisiertes Rahmencurriculum zur freiwilligen Umsetzung integriert wurde. Die Situation in Frankreich ist vergleichbar, die Ausbildung in Großbritannien ist an Kompetenzen ausgerichtet mit verbindlichen Standards, die Ausbildung in den Niederlanden und Österreich ist ebenfalls an Kompetenzen orientiert, es gibt jedoch keine verbindlichen Standards und Rahmencurricula.

Die Ausbildungsvorgaben in Deutschland sind an quantitativ gefasste Praxiserfahrung geknüpft: 100 Beratungen/Untersuchungen von Schwangeren, Überwachungen von 40 Gebärenden und selbstständige Ausführung von mindestens 30 Geburten, Untersuchung von 100 Wöchnerinnen und normalen Neugeborenen sowie Überwachung von 40 Risikoschwangerschaften, gefährdeten Geburten und Wochenbetten. Nur in Großbritannien enthält die Praxiserfahrung einen Hinweis auf das dazu erforderliche Wissen über psychologische, soziale, emotionale und spirituelle Faktoren sowie auf Kommunikationsfähigkeit ausgewiesen.

Als Weiterqualifikationen für Hebammen (vgl. ebenda S. 328) sind in Deutschland außeruniversitäre Fachweiterbildungen (Familienhebamme, Lehrhebamme) etabliert, seit dem Jahr 2004 ausbildungsergänzende Bachelor-Hebammenstudiengänge an Fachhochschulen, Masterstudiengänge in Gesundheits- und Pflegewissenschaften mit Vertiefung in Hebammenwissenschaften sowie Europäische Masterstudiengänge in Midwifery als Kooperationen von Hochschulen bzw. europäischer Studiengang.

Zuständigkeiten für den Beruf Hebamme (vgl. ebenda S. 332 – 336) sind auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen geregelt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Oberhoheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Berufspflichten von Hebammen werden auf Landesebene in Berufsordnungen geregelt: die Aufsicht über freiberuflich tätige Hebammen erfolgt durch die Untere Gesundheitsbehörde, es besteht eine Erlaubnis, für Leistungen Gebühren zu erheben, die Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch ist einzuhalten, es besteht eine Verpflichtung zur Dokumentation sowie Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und kontinuierlichen Fortbildungen. Für die freiberufliche Tätigkeit besteht eine Meldepflicht bei der Unteren Gesundheitsbehörde, die jedoch nicht mit einer formalisierten Registrierung verbunden ist. Auch andere Körperschaften oder Berufsverbände sind nicht beauftragt, Funktionen einer Berufskammer wahrzunehmen. Die Vergütung freiberuflicher Tätigkeiten von Hebammen ist durch Verträge mit den Krankenkassen geregelt. Die staatlichen Schulen zur Ausbildung von Hebammen, deren Träger oder Mitträger Krankenhäuser sind, werden auf der Basis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes finanziert, die jeweiligen Bundesländer übernehmen Finanzierungsanteile. In der Ausbildung werden Ausbildungsentgelte bezahlt, die im Tarifvertrag des öffentlichen

Dienstes geregelt oder dieser Regelung angeglichen sind.

Im Fazit für deutsche Gesundheitsfachberufe im europäischen Vergleich (vgl. ebenda, S. 190 – 194) werden folgende Punkte markiert, die auch als richtungsweisend für die Entwicklung zukünftiger struktureller Rahmenbedingungen des Hebammenberufs angesehen werden: Zur geforderten Passfähigkeit wird festgestellt, dass es für Ausbildung und Berufsausübung jeweils länderspezifische Vor- und Nachteile gibt und eine umfassende Lösung für die Ausgestaltung der (Aus)Bildung in den Gesundheitsfachberufen insgesamt und im Kontext der komplexen, historisch geprägten (Berufs-) Bildungs- und Gesundheitssysteme nicht erkennbar ist.

Eine Weiterentwicklung der Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe ist angezeigt. In Deutschland liegen aktuell kaum verbindliche Standards zur Berufsausübung sowie Richtlinien oder Lehrpläne vor, die über die Ziele und Inhalte der Ausbildungen in den Berufszulassungsgesetzen und den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hinausgehen. Bundesgesetzliche Grundlagen sind für eine Reihe von Gesundheitsfachberufen seit langem nicht grundlegend aktualisiert worden.

Neues Wissen und neue Techniken werden zwar durch Lehrende in den theoretischen und praktischen Unterricht eingebunden und in der Praxis vermittelt, aber nicht flächendeckend in notwendigem Umfang und Qualität umgesetzt. Um aktuelle Lerninhalte und Lernarrangements aufzugreifen, ist eine Überarbeitung der Ausbildungskataloge angezeigt. Insbesondere für Ausbildungen im Hochschulsektor wird ein Verbesserungsbedarf in der praktischen Ausbildung gesehen. Für die Qualifikation von Lehrenden an den jeweiligen Fachschulen gibt es keine bundesweit einheitlichen Standards, da dafür die einzelnen Bundesländer zuständig sind. Entsprechend den „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen in Deutschland“ des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 und dem Konzeptpapier „Forschung in den Gesundheitsberufe: Potentiale für eine bedarfsgerecht Gesundheitsversorgung in Deutschland“ werden in dem Bericht Potentiale einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe gesehen. Dies bezieht sich auch auf den Beruf Hebamme.

Für die Ausbildungen in Gesundheitsfachberufen sehen Yvonne Lehmann, Gertrud M. Ayerle u. a. (Lehmann, Ayerle u.a. 2015, S. 355) „zentrale berufsübergreifende Verbesserungsbedarfe“ und formulieren als Schlussfolgerungen:

„Bearbeitung aktueller berufsrelevanter Lerngegenstände und eine stärkere Praxisorientierung der (hoch-)schulischen Ausbildung; Vorbereitung der Lernenden auf die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und hochaltriger Menschen; Abkehr der Ausbildungsinhalte von der dominanten Krankenhausorientierung und Übergang zu einer intensiveren Vorbereitung auf das Handeln in neuen, an Bedeutung zunehmenden Tätigkeitsfeldern, insbesondere die ambulante (Langzeit-) Versorgung; Vermittlung von Kompetenzen zu wissenschaftlich orientierten Denken und Lernen sowie Evidence-basierten Handeln; Herausbildung von Fähigkeiten zu einer (selbst-) kritischen Haltung und Reflexion, zur begründeten Entscheidungsfindung und zum professionellen Handeln; Anbahnung von Fähigkeiten zu Organisation, Planung, Verteilung und Evaluation von Arbeitsaufgaben sowie zur Anleitung von Mitarbeitern, die keine Fachpersonen sind, wie Helfer- und Assistenzpersonen, sowie Stärkung von Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit.“

Auf Makroebene orientieren sich strukturelle Rahmenbedingungen der Berufsausbildung

von Hebammen in Deutschland zunehmend an Akademisierung im europäischen Kontext. Die Ausbildung und Berufsausübung in diesem Beruf ist in Deutschland durch Spezifika gekennzeichnet, die sowohl in Hinblick auf Akademisierung als auch in Hinblick auf Vereinheitlichung für den europäischen Raum Klippen in der Passung darstellen, die zukünftige Aushandlungsprozessen auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Gruppen von Akteur_innen mit sich bringen werden. Der Weg dahin scheint ein weiter und mühsamer Weg zu sein.

In Rückkehr auf gegenwärtige strukturelle Rahmenbedingungen von Hebammen in Deutschland wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin Fragen zum Zusammenhang von strukturellen Rahmenbedingungen und Arbeitsbelastungen von Hebammen zu. Es wird dazu Bezug genommen auf eine Studie von Marianne Dittrich (vgl. Dittrich 2013), die als Qualifikationsarbeit an der Universität Kassel erstellt worden ist. In dieser Fallstudie werden strukturellen Rahmenbedingungen in einer spezifischen Wendung nachgegangen: als Arbeitsbelastungen von selbstständigen Hebammen. Dittrich (vgl. Dittrich 2013, S. 4 f) hat im Jahr 2013 im Rahmen einer Masterarbeit den aktuellen politischen Diskurs, andere Quellen und eigenes empirisches Material untersucht. Finanzielle Belastungen selbstständiger Hebammen in der Geburtshilfe und weitere Arbeitsbelastungen werden in politische Diskurse der letzten Jahre eingebettet. In fünf Interviews mit selbstständigen Hebammen geht es um die Fragestellung, welchen Arbeitsbelastungen selbstständige Hebammen mit geburtshilflicher Tätigkeit sich ausgesetzt sehen. Ergänzend werden Fachzeitschriften ausgewertet unter der Fragestellung, welche Hinweise zum Umgang mit Arbeitsbelastungen selbstständiger Hebammen dort angeboten werden.

Exkurs zu Ergebnissen der Fallstudie zur Arbeitsbelastung (vgl. Dittrich 2013)

In der Auswertung des empirischen Materials der Interviews (vgl. Dittrich 2013, S. 28 – 53) werden Berufswahl, Berufsbild, Zukunftsideen, Zusammenarbeit mit anderen Hebammen, Beziehung zu Gebärenden, Krankenhaus, Finanzen, Entlastung und Beratung zur Entlastung als Kategorien gewählt.

Die Studie kennzeichnet dauerhafte zeitliche Überbelastungen und körperliche Beeinträchtigungen älterer Hebammen durch Schlafstörungen und Rückenprobleme als Arbeitsbelastungen und arbeitet Unterschiede in der Belastung von jüngeren und älteren Hebammen heraus. Jüngere Hebammen benennen als Belastungen fehlende Sicherheit in Bezug auf eigene Lebens- und Praxiserfahrung, ihre geringe Bekanntheit als Hebamme und die damit zusammenhängende Anzahl von Aufträgen sowie Wünsche nach geregelten Arbeits- und Familienzeiten. Ältere Hebammen benennen als Belastungen eigene körperliche Veränderungen im Laufe der Berufstätigkeit durch Nachtschichten und frühes Aufstehen, gebeugte Haltung während der Geburt und daraus resultierende Rückenbeschwerden sowie geringere Chancen auf einen Arbeitsplatz im Krankenhaus.

Berufliche Belastungen werden von Hebammen mit Lösungsversuchen beantwortet wie Spezialisierung in Kursangeboten, Qualitätssicherung im Team, Teamsupervision als geschütztem Rahmen bei Schwierigkeiten. Als berufliche Herausforderungen werden der Beziehungsaufbau zu den Frauen, Abgrenzung zu Not in Familien, negative Wahrnehmung von Krankenhausstrukturen, mangelnde Wertschätzung von Beleghebammen, Auswirkungen der Berufshaftpflichtversicherung gesehen. Als Belastungen auf körperlicher Ebene weist die Studie hin auf Heben oder Tragen, Arbeiten in unbequemer Stellung. Andere Belastungen stellen Überstunden, lange

Arbeitszeiten und Arbeitswege, Arbeiten unter Zeit- und Leistungsdruck, Beeinträchtigung des Arbeitsklimas, Schichtarbeit und Arbeiten unter strengen Vorgaben dar. Diese Herausforderungen werden als Belastungen im Hebammenberuf erlebt.

Ein Mehr an beruflichem Ansehen mit Anpassung der Entlohnung sowie das Teilen der Verantwortung mit anderen wird mit Entlastung verbunden. Berufliche Entlastung wird durch freie Zeit und soziale Kontakte außerhalb der Arbeit, durch Freizeitbeschäftigungen und ein fürsorgliches privates Umfeld sowie durch Nutzung von Teamarbeit angestrebt. Teamsupervision oder Coaching zu Abgrenzung und Selbstfürsorge, Fachberatung zu Finanzen und Organisation werden zur beruflichen Entlastung ergänzend genutzt (vgl. ebenda S. 55 f).

In der Auswertung der Fachzeitschriften (vgl. ebenda S. 60) kommt Dittrich zu der Einschätzung, dass die dortigen Empfehlungen für den Umgang mit der hohen Arbeitsbelastung selbstständiger Hebammen Unterstützung bieten.

Die Studie empfiehlt, bereits in der Hebammenausbildung das Selbstvertrauen zu fördern, um sich in der Krankenhaushierarchie behaupten zu können. Dittrich sieht dazu im Training von Schlüsselqualifikationen wie Methodenkompetenz, sozial-kommunikative und personale Kompetenz Möglichkeiten und schlägt in Praxisorientierung vor, einen Teil der Stunden im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung von Hebammen für Teamsupervision zu verwenden.

In einer daran anschließenden Online-Studie (vgl. Dittrich 2016) wendet sich Dittrich mit einem Fragebogen zu psychosozialen Belastungen im Beruf an Hebammen. In exploratorischer Fallstudie werden mit einer Faktorenanalyse Gehalt, Arbeitsplatzsicherheit, Teamarbeit und körperliche Belastungen als vorrangige Faktoren herausgearbeitet. Ein niedriges Gehalt, Arbeitsplatzunsicherheit, Konflikte im Team und körperliche Belastungen in der Berufsausübung werden von den befragten Hebammen als den Beruf belastend gekennzeichnet und in dieser Reihenfolge priorisiert.

Die Studien von Dittrich verweisen auf eine mögliche Perspektive zu strukturellen Rahmenbedingungen in ihrer Wirkweise als Belastungen. In diesem Zusammenhang ergibt sich eine Verbindung zu neuen Arbeitsschutzrichtlinien, die für die Ebene der Umsetzung eine legitimierende Basis bieten. Arbeitsbelastungen, die von Hebammen als solche gekennzeichnet werden, könnten auch im Zusammenhang mit „gesund leben lernen“ eine Rolle spielen. In den Materialien des Forschungsprojektes wären dann nach der Thematisierung von Arbeitsbelastungen durch die Interviewpartnerinnen zu suchen und nach einer Zuordnung zu „gesund leben lernen“ zu fragen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Zur Annäherung an die strukturellen Rahmenbedingungen des Hebammenberufs habe ich mich in Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin in diesem Kapitel mit dem IGES-Gutachten, der GesinE Studie und einer Fallstudie zu Arbeitsbelastungen freiberuflicher Hebammen beschäftigt.

Mit dem IGES-Gutachten liegen differenzierte Daten zu Rahmenbedingungen von freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland vor, die Basis für politische Entscheidungen sein könnten. Die GesinE-Studie leistet aus anderer Perspektive einen Beitrag zu Rahmenbedingungen in Ausbildung und Berufsausübung im Gesundheitsfachberuf Hebamme in Deutschland und weist auf zukunftssträchtige Entwicklungen auf Makro-Ebene hin, während die Fallstudie zu Arbeitsbe-

lastungen von selbstständigen Hebammen in eine konkrete Handlungsempfehlung zur Verankerung von Supervision als strukturelle Rahmenbedingung der beruflichen Tätigkeit als Hebamme einmündet.

Im Zusammenhang mit den Anliegen des Forschungsprojektes sind insbesondere Fragen der Wirkung dominanter Krankenhausorientierung in der Ausbildung und einer möglichen Förderung der Reflexion von beruflichen Praxen hervorzuheben. Von Barbara Duden (vgl. Schlumbohm u.a. 1998, S, 21) ist die These formuliert worden:

„Die Geburt in diesem Sinne ist durch Technisierung der normalen Entbindung verdrängt worden; die Geburt ist im Ausgang des 20. Jahrhunderts untergegangen.“

Ebenso wird mit dem IGES-Gutachten ersichtlich, dass eine zunehmende Anzahl von Hebammen, insbesondere Familienhebammen, in ihrer Berufsausübung ausschließlich in der Vor- und Nachsorge tätig sind und Entbindungen nach Abschluss ihrer Ausbildungszeiten in Kliniken regelhaft nicht mehr beiwohnen. Daran schließt sich für mich die Frage an, wie diese Veränderungen sich zukünftig auf den Beruf Hebamme auswirken werden.

5. „begleiten“ als Kernelement beruflicher Praxen

Nach den Überlegungen zum Beruf Hebamme wird es in diesem Kapitel um eine Form der beruflichen Praxen gehen. Als Kernelement der Hebammenarbeit wird „begleiten“ herausgearbeitet und unter spezifischen Aspekten aufgefächert.

In Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin werden Körper und Leib erneut in den Fokus genommen, diesmal in der Perspektive des Arbeitens mit Werkzeug am Werkstück. In einem weiteren Schritt wird Begleiten prozessorientiert als professionelle Kompetenz von Hebammen in den Blick genommen. Es geht um Wissen und Information für Frauen und um ein Gestalten von Frauenbeziehungen. Abschließend wird Begleiten als Erfahrungswissen und als ein Können in der Dimension „Trennen und Verbinden“ beleuchtet.

Die Auswahl und suchende Auseinandersetzung mit den verwendeten Quellen beruht auf den beruflichen Vorerfahrungen und thematischen Interessen der Forscherin. Perspektiven auf die empirischen Materialien des Forschungsprojektes werden transparent. Die erste Verschriftlichung zu diesem Kapitel ist vor der Phase der Auswertung des Materials erfolgt, mit einer straffenden Überarbeitung zu einem späteren Zeitpunkt des Projektes. Die Auswahl der Quellen und der dargestellten Aspekte ist selektiv und nicht darauf gerichtet, den Forschungsstandes zur Thematik abzubilden.

5.1 Kernelemente beruflicher Praxen

Um ein Kernelement beruflicher Praxen herausarbeiten zu können, beginnen die Suchbewegungen bei einem Dokument aus dem administrativen Bereich. In NRW werden vom Ministerium regelmäßig Gesundheitsberichte zu aktuellen Themen veröffentlicht. Ein Gesundheitsbericht widmet sich der Thematik Schwangerschaft und Geburt. Im Jahr 2013 ist der Gesundheitsbericht vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in NRW (MGEPA) (vgl. Gesundheitsbericht Spezial NRW 2013) veröffentlicht worden. In dem Bericht werden die gesundheitliche Lage und die Versorgung von Frauen in NRW während der Schwangerschaft und rund um die Geburt dargestellt. Es folgt dazu ein kurzer Exkurs.

Exkurs zum Gesundheitsbericht (vgl. Gesundheitsbericht Spezial NRW 2013)

Statistische Daten lassen erkennen, dass die Säuglingssterblichkeit durch Fortschritte in der Medizin und Schwangerenvorsorge rückläufig ist. Zur Schwangerenvorsorge besteht nach § 24 c SGB V ein Anspruch auf ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft. Die Betreuung der Frauen während einer Schwangerschaft und nach der Geburt ist administrativ durch Richtlinien geregelt. Die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien, G-BA 2012) haben das Ziel, Risikoschwangerschaften und Risikogeburten frühzeitig durch ein regelmäßiges Screening zu erkennen, und legen dafür Standards fest. Leistungen nach diesen Richtlinien werden von den Krankenkassen finanziert. Als Kernelement wird professionelle Betreuung gekennzeichnet, die an Standards gebunden eine Regelleistung darstellt.

Die Regelleistungen gemäß der aktuellen Mutterschaftsrichtlinie beginnen ab der achten Schwangerschaftswoche und umfassen zehn bis elf Termine mit etwa 120 Tests und Untersuchun-

gen. Die Anwendung des Risikokatalogs führt dazu, dass inzwischen drei Viertel der werdenden Mütter mindestens ein Risikomerkmale im Mütterpass eingetragen haben, was eine häufigere Anzahl von Untersuchungen begründen kann. Darüber hinaus werden im Rahmen der Schwangerenvorsorge zusätzliche individuelle Leistungen (IGeL) angeboten, die privat zu finanzieren sind, als Beispiel können Ultraschalluntersuchungen mit 3-D Aufnahmen des Kindes im Mutterleib gelten, die sich großer Beliebtheit erfreuen.

Der Bericht weist auf Gruppierungen von Frauen hin, denen in der Schwangerschaft eine Überversorgung zu Teil wird, und auf Gruppierungen, die Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nur selten in Anspruch nehmen und damit als unterversorgt anzusehen sind. Beispiele für unterversorgte Gruppierungen sind Frauen mit Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft, schwangere Teenager und Frauen mit Migrationshintergrund. Der Bericht (vgl. ebenda S. 51) thematisiert Geburtsangst und Kaiserschnittwunsch von Frauen:

„Die meisten Frauen sehen der bevorstehenden Geburt wohl mit gemischten Gefühlen entgegen. Nicht selten steht Angst in Vordergrund, das Kind könne während der Geburt Schaden erleiden, doch sorgen sich die Frauen auch, den Anstrengungen einer Geburt nicht gewachsen zu sein, Schmerzen erleiden zu müssen oder einen notfallmäßigen, medizinischen Eingriff zu erleben.“

Schwangerschaft und Geburt an sich werden als Risiken eingeschätzt, Risikominimierung ist angesagt, die Angst vor fachlichen Fehlern oder die Befürchtung, während der Geburt hilflos zu sein, begleiten Frauen.

Ab den 90-er Jahren können in Deutschland Leistungen der Schwangerenvorsorge auch von Hebammen erbracht und abgerechnet werden (vgl. ebenda S. 24). Den Hebammen wird damit das Recht eingeräumt, Betreuungsleistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien zu erbringen, die vorab nur als ärztliche Leistungen abrechenbar waren. Es kommt damit ein Betreuungsmodell für schwangere Frauen mit niedrigem Risiko zur Anwendung, das von der WHO vorgeschlagen wird und primär durch Hebammen erfolgt. In diesem Modell geht es nicht ausschließlich um Risikovermeidung im Sinne der geltenden Mutterschaftsrichtlinien, sondern auch um eine Begleitung von Frau und Familie in der Übergangsphase zur Elternschaft. Ressourcen für die Förderung der Gesundheit sollen in dieser Phase genutzt werden. Als Kernelement wird hier das Begleiten durch Hebammen gekennzeichnet für den Übergang in Elternschaft mit der Einschränkung, dass es sich um eine Schwangerschaft mit „niedrigem Risiko“ handelt.

Für die Frage zu den Kernelementen beruflicher Praxen lassen sich auch Studien der Bertelsmann Stiftung heranziehen, die sich mit bevölkerungsbezogenen Versorgungslagen in Schwangerschaft und während der Geburt beschäftigt. Hierzu folgt ebenfalls ein kurzer Exkurs.

Exkurs zu Studien der Bertelsmann Stiftung (vgl. Bertelsmann Stiftung 2013 und 2015)

Die Studie „Überversorgung in der Schwangerschaft“ (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015) widmet sich der Situation in Deutschland und stellt im Ergebnis eine Überversorgung fest. Es wird untersucht, welche Angebote es für Maßnahmen während der Schwangerschaft gibt, wie diese Maßnahmen durchgeführt werden, welche Motive bei Aufklärung und Durchführung dieser Maßnahmen eine Rolle spielen und ob schwangerschaftsbezogene medizinische Befunde die Notwendigkeit der Maßnahmen nachvollziehbar erscheinen lassen. Das Ergebnis ist: es werden mehr Untersuchungen während Schwangerschaften durchgeführt als die Mutterschaftsrichtlinien

vorsehen und die Behandlungen gleichen sich, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft unauffällig oder mit Risiken verläuft. Kernelemente der Betreuung während der Schwangerschaft werden als ärztliche Untersuchung gekennzeichnet, die regelhaft über die Standards der Richtlinien hinausgehend erfolgen.

Eine andere Studie „Kaiserschnittraten“ (vgl. Bertelsmann Stiftung 2012) widmet sich Fragen zur medizinischen Intervention des Kaiserschnitts in Deutschland und kommt zu dem Ergebnis, dass nur bei 10 % der Geburten, in denen ein Kaiserschnitt durchgeführt wird, ein akuter Handlungsbedarf besteht, um eine Gefährdung der Gesundheit von Mutter oder Kind abzuwenden. Überwiegend besteht ein Handlungsspielraum in Situationen der Geburt, der nicht genutzt wird. Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt geht nach dieser Studie selten auf den Wunsch der werdenden Mutter zurück. Im Krankenhaus spielen Sicherheitsaspekte und organisatorische Gründe eine entscheidende Rolle in der Entscheidung für diese medizinische Intervention. Als Kernelement wird ein operativer medizinischer Eingriff gekennzeichnet, die ursprünglich in eine akute Gefahrensituation während der Geburt ärztlicherseits angewendet wurde, inzwischen regelhaft bereits in Risikosituationen zum Tragen kommt.

Das Geschehen von Schwangerschaft und Geburt wird in diesen Studien und Berichten regelhaft mit Risiken verbunden. Die Ergebnisse zeigen, dass vorausschauend und schnell medizinische Interventionen und Eingriffe eingesetzt werden. Ausbildungen und Berufspraxen in medizinorientierten Institutionen wie Krankenhäuser sind in hohem Maße eingriffsorientiert geworden. Schnelligkeit hat einen Wert für Gefahrenabwendung und Wirtschaftlichkeit. Individuelle körperbezogene Prozesse können technisch beschleunigt und auf Organisationsabläufe angepasst werden. Rhythmen und Tempi, die solchen Prozessen im individuellen Verlauf eigen sind, können und werden durch äußere Eingriffe beeinflusst und verändert. Landläufig wird das als Fortschritt in der Medizin gesehen. Die obigen Studien hinterfragen das allerdings.

In Dokumenten zur Aus- und Fortbildung (vgl. Teil B Kapitel 2) wird zur Beschreibung der Tätigkeiten von Hebammen oder Familienhebammen häufig Verben wie „beraten“, „betreuen“ oder „begleiten“ herangezogen. Die so gekennzeichneten beruflichen Tätigkeiten gleichen sich in der Unbestimmtheit des eigentlichen Tuns und in der Prozessorientierung des Handelns.

Um ein Kernelement beruflicher Praxen von Hebammen heraus zu arbeiten, wird im Folgenden der Bedeutung des Verbs „begleiten“ nachgegangen. Bei Schwangerschaft und Geburt handelt es sich um körperbezogene, leibliche Prozesse. Umgangssprachlich hat „begleiten“ (vgl. „begleiten“ in Duden-Online 2015) die Bedeutung von „zum Schutz oder in Gesellschaft mit jemanden gehen“, „jemanden an einen Ort führen“, „etwas zu etwas hinzu treten lassen“, „ergänzend, bekräftigend hinzufügen“. Aus subjektiver Perspektive geht es darum, sich zu etwas anderem so in Beziehung zu setzen, dass gemeinschaftlich eine mitgehende und schutzgebende Bewegungsfigur entsteht. Im Wort „begleiten“ lässt sich das Verb „leiten“ herauslösen, was einen Hinweis darauf gibt, dass sich die gemeinsame Bewegung räumlich begrenzt vollzieht, in einer Art Bahn geleitet verläuft. Aus dem Wort „begleiten“ lässt sich auch das Verb „gleiten“ extrahieren, was einen anderen Hinweis darauf gibt, wie sich die Art der Bewegung in Rhythmus, Tempo und Richtung darstellt. „Gleiten“ beschreibt eine Bewegung, die sich durch Reibungskräfte verlangsamt.

Zu dieser Art beruflicher Praxen von Hebammen führt Sayn-Wittgenstein aus (vgl. zu

Sayn-Wittgenstein 2007, S. 38):

„Der Betreuungsprozess wird so geleitet, dass die Frau ihre individuellen Fragen und Probleme klären und ordnen kann und einen für sie bestmöglichen und praktikierbaren Weg findet.“

Sayn-Wittgenstein spricht von einem „Betreuungsprozesse“. In diesem Prozess „geleitet“ die Hebamme die Frau auf ihrem Weg, „individuelle Fragen zu klären und zu ordnen“. Das Begleiten wird hier gekennzeichnet, in ordnender Funktion die Situation der schwangeren Frau zu klären. Das Begleiten wird zu einer gemeinsamen Bewegungsfigur, die in Rhythmus, Tempo und Ausrichtung von körperorientierten Prozessen bestimmt und durch Entscheidungen der schwangeren Frau getragen ist. Hebammen haben jedoch medizinische Modelle von Schwangerschaft und Geburt internalisiert, und das Wissen über Geburt als biografisches Ereignis und soziale Handlungszusammenhänge ist in den Hintergrund getreten. Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 55) bringt das auf den Punkt:

„Die Sozialisation von Hebammen in der klinisch-medizinischen Versorgungskultur hat einen vorrangig medizinischen Fokus mit dem Erlernen der Anwendung entsprechender Technologien sowie der Assistenz bei geburtsmedizinischen Interventionen bekommen.“

Nach Sayn-Wittgenstein (vgl. ebenda S.53 f) war bis in die 60-er Jahre „Geduld“ bei Geburten erforderlich und wurde als Tugend von Hebammen als Geburtshelferinnen angesehen. Primär abwartendes Verhalten war gebräuchlich, die „gekonnte Nicht-Intervention“ leitete das Handeln von Hebamme und Arzt. Aufgrund sich verstärkender und ausdifferenzierender Risikowahrnehmungen und zunehmender Möglichkeiten, dann medizinisch auch eingreifen zu können, sind Veränderungen in der Kultur der beruflichen Praxen erfolgt, wie Schlumbohm u.a. (vgl. Schlumbohm u.a. 1998) mit historischen Beispielen und die oben dargestellten Studien zur Gegenwart belegen.

Mit Bezugnahme auf Christine Loytved sieht Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 54) für diese Geduld jedoch weiterhin Indikationen:

„Geduld bedeutet ein teilnehmendes Begleiten und kontrollierendes Beobachten der Vorgänge. Es benötigt Kraft, die Zwischenzustände und Übergänge von einer zur anderen Geburtsphase auszuhalten. Die Helfenden müssen den Überblick behalten, warten können, aber dürfen den rechten Zeitpunkt für ihr Handeln nicht verpassen.“

Als Kernelement beruflicher Praxen von Hebammen wird hier „teilnehmendes Begleiten“ im Zusammenhang von „kontrollierendem Beobachten“ der körperbezogenen Prozesse mit Geduld gesehen. Dieses Kernelement wird in seiner Bedeutsamkeit im Folgenden weiter entfaltet.

5.2 Körper und Leib – Werkzeug und Werkstück

Nachdem „begleiten“ als Kernelement für berufliche Praxen identifiziert wurde, geht es im Folgenden noch einmal um den menschlichen Leib (vgl. auch Teil A Kapitel 3.3), mit und an dem sich das Begleiten vollzieht. Begleiten benötigt Beziehung als Rahmung.

Auf der Grundlage von Erfahrungen (vgl. auch Teil A Kapitel 2) werden Situationen interpretiert. In vertrauensvollen Beziehungen verstärkt sich der subjektive Eindruck von Angemessenheit und Glaubwürdigkeit dieser Erfahrungen, die als Basis für Entscheidungen dienen. Bei Begleiten spielen mindestens zwei Akteur_innen eine Rolle, die interagieren. Wenn eine Hebam-

me also eine schwangere Frau begleitet, basiert das auf dem Vertrauen, das die Hebamme in ihre Kompetenzen hat, und auf dem Vertrauen, das die schwangere Frau ihr entgegen bringt.

Beim Begleiten in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geht es um körperbezogene Prozesse (vgl. auch Kapitel 3.3), die begleitet und von den Akteurinnen in Interaktion leiblich erlebt werden. Wissen um und normative Konstruktionen des weiblichen Körpers fließen als Orientierung im Begleiten dieser Prozesse ein. Das Begleiten einer Schwangerschaft und Geburt bezieht sich auf das Anschwellen und Abschwollen des weiblichen Körpers und die Hervorbringung des Ungeborenen. Am Leib der schwangeren Frau werden von der Hebamme Erfahrungen nachvollzogen und eingeordnet. Die Hebamme schaut mit ihren Augen auf den schwangeren Leib, hört mit ihren Ohren Geräusche des schwangeren Leibes, riecht mit ihrer Nase an Ausscheidungen und Ausdünstungen und berührt mit ihren Händen den schwangeren Leib der Frau. Der Leib der schwangeren Frau wird zum Werkstück, an dem sich mit leiblichen Werkzeugen Praxen des Begleitens vollziehen. Das ist nur möglich, wenn sich eine Ebene der leiblichen Beziehung zwischen den Akteurinnen entwickelt.

Mit Sayn-Wittgenstein (vgl. zu Sayn-Wittgenstein 2007, S. 39) lässt sich sagen:

„Vertrauensbildung soll auch eine körperliche Selbsterfahrung im Schwangersein, Gebären und Stillen, die wiederum die Erkenntnis von eigener Kompetenz hinterlässt, ermöglichen. Diese Vertrauensbildung wird zudem mit dem Instrument der taktil-kinesthetischen Berührung durch die Hebamme hergestellt.“

Das kann als Hinweis zur Leiborientierung des Begleitens gelesen werden. In vertrauensvoller Beziehung wird die „Erkenntnis eigener Kompetenz“ möglich. Auf Seiten der schwangeren Frau ermöglicht das leibliche Begleiten „körperliche Selbsterfahrung“ und auf Seite der Hebamme werden „taktil-kinestatische Berührungen“ gekennzeichnet. Begleiten vollzieht sich durch Berühren zweier weiblicher Leiber.

Bei Schwangerschaft und insbesondere bei der Geburt ist die Aufmerksamkeit von Hebammen auf den weiblichen Körper gerichtet. Die Geburt kann nach Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 36) als einzigartiger Prozess angesehen werden, in dem „fetale und maternale Physiologie symbiotisch interagieren“:

„Physiologie beschreibt die Dynamik biologischer Vorgänge. Das heißt physiologische Prozesse sind normale Prozesse eines Organismus, nach denen er funktioniert. Von Interesse sind dabei die Faktoren, die sich störend, nachteilig oder fördernd auf die Dynamik auswirken.“

In diesem Verständnis wird Begleiten auf physiologischen Prozessen fokussiert, die einem regelhaften Verlauf folgen. Die Aufmerksamkeit des Begleitens ist auf Faktoren gerichtet, die den Prozess stören könnten.

Hebammen begleiten physiologische Prozesse in gekonnter Nicht-Intervention, indem sie Situationen individueller Abweichungen abwarten, ehe sie intervenierend eingreifen. Nach Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 37) ist wissenschaftlich belegt, dass eine „vertrauensvolle Begleitung, Ruhe, Bewegungsfreiheit und liberale Zeitvorgaben“ den Ablauf der physiologischen Geburt fördern. Mit Bezugnahme auf Llewelyn und Osborn weist sie auf das Entwicklungspotenzial für Hebammen durch Grenzerfahrungen hin:

„Hebammen sehen in der biografischen Erfahrung selbsterlebter körperlicher Grenzerfahrung ein Wachstumspotenzial für die Bewältigung weiterer

Lebensherausforderungen. Im gelungenen Fall entsteht daraus ein Wissen, solchen Herausforderungen gewachsen zu sein.“

Durch Erfahrungen des Begleitens verändert sich Wissen über den weiblichen Körper in leibliches Erfahrungswissen. Nach Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 39) entsteht eine andere Form des Wissens:

„Taktil-kinesthetische Wahrnehmungen im Sinne eines Kontinuums Tasten – Fühlen – Begreifen generiert in diesem Sinne eine andere Form von Wissen. Diese leiblich-sinnliche Wahrnehmung unterscheidet sich von einer instrumentell-technischen Diagnostik, die auch durch ein Tasten durchgeführt werden kann, den Fokus jedoch ausschließlich auf Bestimmung objektiver Parameter legt.“

Das taktil-kinesthetische Wahrnehmen wird als diagnostisches Instrument und als Technik der Intervention eingeordnet. Bei dieser Art von Berührungen geht es in erster Linie nicht um ein mechanisch ausgeführtes Tasten objektiver Befunde, sondern um eine differenzierte Leibwahrnehmung, die unterschiedliche Sinneskanäle in Kommunikation mit einem Gegenüber nutzt, um sich interpretierend zu orientieren. Der Leib der Hebamme wird damit zum Werkzeug an dem Werkstück des schwangeren Leibes einer anderen Frau.

Mit Erfahrungswissen zu physiologischen Normalverläufen von Schwangerschaft und Geburt und in Kommunikation mit den schwangeren Frauen kommen Hebammen situativ zu Einschätzungen, wie in gekonnter Nichtintervention begleitet wird. Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 40) formuliert als Orientierung:

„Maßnahmen, die den natürlichen Verlauf beeinträchtigen könnten und ein hohes Potenzial an unerwünschten Nebenwirkungen haben werden, möglichst vermeiden.“

Körperkontrolle zu haben, verbinden erwachsene Menschen mit positivem Selbsterleben. Den Körper unter Kontrolle zu haben, ist in sozialen Gemeinschaften normativ aufgeladen. Frauen sind darauf sozialisiert, dass ihr Körper insbesondere im öffentlichen Raum nicht außer Kontrolle gerät. Mit Schwangerschaft und Geburt wird das gewohnte Kontrollvermögen über den Körper jedoch außer Kraft gesetzt. Das zeigt sich in der Schwangerschaft am Umgang mit Gewichtszunahmen, bei der Geburt im Umgang mit möglichem Schmerzempfinden, der Absonderung von Körperflüssigkeiten und dem Ausstoßen der Leibesfrucht in Anwesenheit von anderen.

Bereits im Vorfeld zur Geburt wachsen Befürchtungen, die Kontrolle zu verlieren. Widersprüchliche Anrufungen führen zum Dilemma zwischen „sich gehen zu lassen“ und „sich zu kontrollieren“. Als Lösung dieses Konfliktes bietet sich für schwangere Frauen an, die Kontrolle für den Geburtsprozess symbolisch an die begleitende Hebamme zu delegieren. Die Erwartung des Kontrollieren-Könnens wird an die Hebamme adressiert, Begleiten wird mit der Erwartung eines spezifischen Könnens verbunden und Machtverhältnisse werden zugewiesen. Begleiten bedeutet, Unvorhergesehenes zu kontrollieren. Begleitet zu werden bedeutet, sich in den Schutz einer anderen zu begeben.

Daran schließt sich die Frage an, wie sich ein solches Beziehungsverhältnis dann auf berufliche Praxen von Hebammen auswirkt. In Bezugnahme auf Anderson und Berg formuliert Sayn-Wittgenstein (ebenda S. 46) dazu:

„Die Rolle der Hebamme während der Geburt ist demnach, ihre machtvolle Position zu nutzen, um in einer zurückhaltenden und unaufdringlichen Weise nach

dem Rhythmus und den Bedürfnissen der Frau eine Atmosphäre der Ruhe und Sicherheit zu schaffen, um der Frau die benötigte Sicherheit zu vermitteln, die es ihr ermöglicht, ihren Weg weiterzugehen, sich selbst zu verlieren und dem Körper die Kontrolle zu überlassen.“

Nach Sayn-Wittgenstein hat die Hebamme die Macht, Situationen sicher zu gestalten. Sie überlässt dem Körper der Frau jedoch die Kontrolle über seine Prozesse.

Eine Hebamme begleitet die individuellen körperlichen Prozesse von Schwangerschaft und Geburt in dem ihnen eigenen Rhythmen und Tempi (vgl. auch Teil A Kapitel 3.3). Dieses Begleiten ist eine Kunst, die auf Erfahrungswissen beruht und als berufliche Praxis zu erlernen ist. Das, was für das Begleiten von Geburtsprozessen gilt, kommt auch während Schwangerschaft und Wochenbett als kunstvolle berufliche Praxen zum Tragen.

Fazit zur Standortgebundenheit

Tempo und Rhythmus von Schwangerschaft und Geburt körper- und leibbezogen zu erspüren, ist sowohl für Frauen selbst als auch für Hebammen, die sie begleiten, ein Lernprozess. Der Einbezug von Körper und Leib durch sinnliche Wahrnehmungen und Berührungen in vertrauensvoller Beziehung ermöglichen Dimensionen der leiblichen Interaktion zwischen Frauen.

Erfahrungswissen zum Begleiten entsteht im Verlauf beruflicher Tätigkeit als Hebamme. Wie lernen Hebammen das erforderliche Erfahrungswissen zu Körper, Leib und Weiblichkeit? Wie kann dieses Wissen an schwangere Frauen weitergegeben werden? Gibt es eine Kunstlehre des „begleitens“ für Hebammen oder Familienhebammen? Ist „begleiten“ auch im empirischen Material ein Kernelement der beruflichen Tätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme zu erkennen? Diesen Fragen ist am Material des Forschungsprojektes nachzugehen (vgl. Teil B).

5.3 Professionelle Kompetenz – Wissen und Information für Frauen

Nach den Überlegungen zu Aspekten des leiblichen Begleitens als Kernelement von beruflichen Praxen richten sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin darauf, dieses Kernelement als professionelle Kompetenz von Hebammen oder Familienhebammen in den Fokus zu nehmen, bei der es um Wissen und Informationen für Frauen geht.

Barbara Baumgärtner und Katja Stahl (vgl. Baumgärten, Stahl 2011) untersuchen in einer Studie das subjektive Erleben von Frauen während der ärztlichen Vorsorge in der Schwangerschaft. Es geht ihnen um die Bedürfnisse, Erwartungen und Vorannahmen, die in der Schwangerschaftsvorsorge eine Rolle spielen, der Wahrnehmung von Risiken und dem Umgang mit dem Risikobegriff. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass das medizinische Vorsorgesystem von der Sichtweise geprägt ist, dass „Schwangerschaft und Geburt als Prozess erst retrospektiv als normal bezeichnet“ werden kann und damit immer ein mögliches Risiko besteht. Insofern wird der „Einsatz medizinischer Überwachung und Intervention“ als kontinuierlich erforderlich angesehen. Es entsteht ein „Bedürfnis nach kontinuierlicher Überwachung durch die latent oder explizit immer bestehende Angst vor Komplikationen“. Baumgärtner und Stahl (ebenda S. 159) kommen zu dem Ergebnis: „Das Vertrauen der Frauen in sich und ihren Körper wird untergraben und in Abhängigkeit von einem ExpertInnenurteil über den Zustand der Schwangerschaft gefördert.“

Als Folgerung für Hebammentätigkeit ergibt sich bei Baumgärtner und Stahl, dass sich „die Frau als Expertin für ihre individuelle Situation und ihr Wissen über ihren Körper“ und „die Hebamme mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen über normale Vorgänge und Veränderungen während der Schwangerschaft“ begegnen. Nach Baumgärtner und Stahl (vgl. ebenda S. 163 - 164) wird der Frau so ein eigenes Expertentum zuwiesen, das „Bestandteil der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986)“ und „der Schwangerenvorsorge aus Hebammensicht vor allem eine Begleitfunktion zukommt.“ Hebammen begleiten Frauen in dieser Übergangsphase mit Erfahrungswissen zur Regelmäßigkeit von Vorgängen.

An diese Überlegungen schließt sich die Frage an, wie sich Informations- und Wissensvermittlung gestaltet, wenn die beteiligten Frauen jeweils als Expertinnen für bestimmte Wissen- und Erfahrungsbereiche anzusehen sind. Voraussetzung für Kommunikation zwischen Expertinnen ist die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung des jeweiligen Fakten- und Erfahrungswissens sowie Vertrauen in der Beziehung. Das Verhältnis zwischen Hebamme und schwangerer Frau verändert sich durch diese Sichtweise. Die Hebamme oder Familienhebamme ist nicht mehr die alleinige Expertin, die der schwangeren Frau sagt, was sie zu tun hat, was richtig oder falsch ist. Auch die Frau kann der Hebamme oder Familienhebamme keine Anweisungen geben, was sie zu tun oder zu lassen hat. Auf Ebene der Beziehung zwischen den Frauen als Expertinnen in eigener Sache geht es um Fragen der Aushandlung von Macht, von Normen und Werten, die mit den Expertisen transportiert werden, und Positionierung der jeweiligen Expertisen und Expertinnen.

In Aushandlungen der jeweiligen Bedürfnisse der Frau als Schwangere oder Gebärende und der Hebamme oder Familienhebamme als professionelle Begleiterin in Situationen der Schwangerschaft und Geburt werden Informationen ausgetauscht und in Bezug auf Gültigkeit und Handlungskonsequenzen eingeordnet und bewertet. Sowohl die schwangere Frau als auch die begleitende Hebamme oder Familienhebamme bringen Informationen und Erfahrungswissen zu Schwangerschaft, Geburt, dem weiblichen Körper usw. ein oder fragen Informationen beim Gegenüber ab. Erst im Zusammenfließen dieser Wissensbestände, im (Inter)Akt des Teilens können die körperlichen Abläufe in Schwangerschaft und Geburt differenziert eingeordnet und individuell interpretiert werden.

Entscheidungen für mögliche Interventionen basieren auf der jeweiligen Interpretation der geteilten Wissensbestände als gemeinsames Erfahrungswissen im Begleiten. Frau und Hebamme müssen nicht zwangsläufig zur gleichen Einschätzung der Situation kommen. Auch hier geht es wieder um Machtfragen und Expertise für Entscheidungen und Handeln. Wer wann für was ein Recht auf Entscheidung hat, wie das kommuniziert wird und welche Konsequenzen sich daraus jeweils für die schwangere Frau oder die begleitende Hebamme oder Familienhebamme ergeben, ist im jeweiligen Kontext auszuhandeln.

Fazit zur Standortgebundenheit

Für einen solchen Weg der gemeinsamen Erschließung von Wissensbeständen als Erfahrungswissen im Begleiten mit partnerschaftlicher Orientierung und Öffnung für gemeinsames Lernen sind professionelle Kompetenzen der Hebamme oder Familienhebamme erforderlich, die dem Bereich personaler Kompetenz (vgl. auch Teil A Kapitel 2.4 und 4.3) zugeordnet werden können. In Prozessen des Begleitens von Schwangerschaft und Geburt gibt es Verführungssitua-

tionen und biografische Verhaltensmuster auf Seiten der schwangeren Frau und auf Seiten der begleitenden Hebamme oder Familienhebamme, die Chancen oder Hürden darstellen. Hebammen können im Rahmen von beruflicher Qualifizierung und beruflicher Praxis ihre personalen Kompetenzen so entwickeln, dass sie dieses geteilte Erfahrungswissen als Ressource für ihre Tätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme erschließen.

In dem Forschungsprojekt ist am empirischen Material der Frage nachzugehen, wie Informationen und Wissen in berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen einfließen, wie sie die Macht ihrer eigenen Expertise bewerten und wie sie sich gemeinsame Wissensbestände mit schwangeren Frauen erschließen, die sie begleiten.

5.4 Professionelle Kompetenz – Gestaltung von Frauenbeziehungen

Der zweite Aspekt von professioneller Kompetenz, der sich für die Kernkompetenz des Begleitens ergibt, ist eine Bezugnahme auf der Ebene von Beziehungen. Es geht um eine Beziehung zwischen zwei Frauen, die sich im Geschlecht zwar gleichen, in Sichtweisen auf den weiblichen Körper und Konstruktionen von Geschlechtlichkeit jedoch different sein können.

Eine Hebamme und eine schwangere Frau begegnen sich in einer spezifischen Situation. Es geht um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Angelegenheiten der weiblichen Körpers. Das Begleiten findet in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung statt. Themen des Gleich-Seins und des Anders-Seins, der geschlechtlichen Normierung und des Geschlechterverhältnisses werden sowohl durch den situativen Anlass der Begegnung als auch durch die Art der Beziehung fortlaufend durch Impulse angespielt und belebt. Biografische Aufschichtungen von Erfahrungen setzen sich in Situationen dieser Begegnung fort (vgl. auch Teil A Kapitel 3.3 und 3.4).

Positionierungen der jeweiligen Hebamme oder Familienhebamme, die begleitet, werden von einer schwangeren Frau angefragt, in Frage gestellt und in Interaktion verhandelt. Hebammen oder Familienhebammen haben ihrerseits Vorstellungen und Erwartungen, wie sich Frauen allgemein und schwangere und gebärende Frauen oder junge Mütter im Speziellen verhalten sollten. Werte und Normen in ihren geschlechtlichen Zuschreibungen spielen für Kommunikation und Beziehungsgestaltung in der Tätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme eine Rolle. Gegenseitiges Vertrauen entsteht in einem Verständigungsprozess über normative Färbungen von Orientierungen. Welchen Stellenwert hat Risiko und Sicherheit, wie wird mit Veränderungen des weiblichen Körpers und Emotionen umgegangen, wie wird das normativ eingeordnet, sind Fragen, die im Begleiten einer Schwangerschaft auftauchen und für die begleitende Hebamme oder die schwangere Frau in unterschiedlicher Weise relevant sein können.

Sayn-Wittgenstein (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007, S. 45) erläutert das mit Bezug auf Anderson am Beispiel des Betreuungsbedarfs während der Geburt. Frauen haben ein Kontrollbedürfnis und den Wunsch, die Verantwortung in dieser Situation an die Hebamme abzugeben, um sich den Prozessen ihres Körpers überlassen zu können:

„In Situationen, die gekennzeichnet sind durch Ungewissheit, Schmerz, Stress und Anspannung können Frauen explizit um Unterstützung in Form von Führung bitten.“

In diesem Beispiel klingen Aspekte von Macht und Expertise an, diesmal jedoch verbunden mit dem expliziten Wunsch der schwangeren Frau, in der Beziehung „geführt“ zu werden. In diesem

Wunsch und seiner Adressierung an die begleitende Hebamme zeigen sich spezifische Erwartungen: eine mächtige andere Frau zur Seite zu haben, die beisteht und die Kontrolle übernimmt, in einer Situation, die subjektiv als gefahrreich und außer Kontrolle zu geraten scheint. Diese Anrufung basiert auf Vertrauen in die Kompetenz der begleitenden Frau und fordert eine Antwort ein. Die Hebamme selbst muss ihrem Wissen und ihren Fertigkeiten so vertrauen, dass sie sich zutraut in einer solchen Situation für Kontrolle und als Begrenzungsinstanz anzutreten und einzustehen. Das erfordert spezifische personale Kompetenzen mit gefühlter Sicherheit bezogen auf das, was jeweils zu tun oder zu lassen ist, die sich in der Interaktion mit der schwangeren Frau vermittelt.

Fazit zur Standortgebundenheit

Gefühlte Sicherheit oder Unsicherheit hat eine erlernte geschlechtsbezogene Komponente, die in biografischen und sozialen Erfahrungen begründet ist (vgl. auch Teil A Kapitel 2). Dies gilt auch für andere emotionale Bedürfnisse, die in Schwangerschaften und mit Geburten auftreten können und den Weg zu biografischen Erfahrungen mit dem Geschlechterverhältnis weisen. Sichtweisen von Körper und Weiblichkeit, Schwangerschaft und Muttersein sind eng verbunden mit beruflichen Tätigkeiten als Hebamme oder Familienhebamme am und im weiblichen Körper. Begleiten erfordert personale Kompetenz, die Hebammen oder Familienhebammen eine Transformation ihres Erfahrungswissens in andere Kontexte ermöglicht. Begegnungen zwischen Frauen machen respektvolle Interaktion von beiden Seiten erforderlich und stellen für Hebammen oder Familienhebammen eine professionelle Herausforderung dar, die mit personaler Kompetenz beantwortet werden kann.

In den Materialien des Forschungsprojektes ist Hinweisen nachzugehen, wie Begleiten als Kernelement beruflicher Praxen in Beziehung zu anderen Frauen von Hebammen oder Familienhebammen gesehen wird und welche personalen Kompetenzen möglicherweise mit diesem Begleiten zum Tragen kommen in dem Sinn, eine Beziehung zwischen Frauen zu gestalten.

5.5 Erfahrungswissen – trennen und verbinden können

Begleiten als Kernelement beruflichen Praxen als Hebamme erfordert Wissen als Erfahrungswissen. Der Begriff Wissen steht in Verbindung mit Wissensgesellschaft, die in Informationen und Wissen entscheidende Faktoren für Prozesse der Produktion und gesellschaftlichen Entwicklung sehen. Wissen wird zur strategischen Ressource im privaten und beruflichen Bereich. Durch neue Medien ist Wissen vernetzt, dezentral zugänglich und interdisziplinär verfügbar. Die effektive Nutzung von Wissen wird als Faktor im Wettbewerb angesehen und ist zu einer Dienstleistung geworden, das es zu kaufen und zu verkaufen gilt. Daten, Informationen und Wissen können differenziert werden. Informationen sind kontextbezogene Daten, bei Wissen handelt es sich um Daten und Informationen, bei denen bekannt ist, was sie beschreiben oder repräsentieren. Wissen ist an Sprache gebunden und kann implizit oder explizit sein. Die Produktion von Wissen kann als Prozess der Umwandlung von implizitem Wissen in allgemein verständliche Sprache, in Worte und Zahlen, verstanden werden.

Erfahrungswissen entsteht durch Erfahrungen der Akteur_innen, die von ihnen mit bereits vorhandenen Wissensbeständen verknüpft werden (vgl. auch in Teil A Kapitel 2, in Teil B Kapi-

tel 1, Teil C). Erfahrungswissen beruht auf Wahrnehmungen, Folgerungen und Interpretationen. Es schichtet sich in Situationen durch unmittelbare Aneignung auf, ist personengebunden und manchmal für andere schwer nachvollziehbar. Die Logik des sozialen Feldes und gesellschaftliche Normen und Normierungen verkörpern sich im Erfahrungswissen.

Erfahrungswissen als Lernerfahrung (vgl. auch Teil A Kapitel 2) ist ein Wissensbestand, der berufliche Expertinnen von Novizinnen als Hebammen oder Familienhebammen unterscheidet. Insbesondere für freiberuflich tätige Hebammen können diese Wissensbestände auch als Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Hebammen fungieren. So ist eine Abgrenzung von andern möglich, so sind Alleinstellungsmerkmale auf dem Markt zu kommunizieren.

Wettbewerb fordert Heraustreten aus der Gemeinschaft, um auf dem Markt im Gesundheitssektor erfolgreich agieren zu können. Sich von andern trennen und sich in Konkurrenz vereinzeln, ist die Konsequenz aus dieser Logik, die auch im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen Wirkkraft entfaltet. Gleichzeitig wird Vernetzung propagiert, um eigenes Erfahrungswissen auszubauen und zu maximieren. Das ist für Hebammen oder Familienhebammen mit der Anrufung verbunden, sich in die Gemeinschaft einer professionellen Community zu integrieren, um Informationen für eine Berufsausübung schnell erschließen und gemeinsame Interessen vertreten zu können.

Die Kompetenz eines flexiblen Trennens und Verbindens ist erforderlich, um sich im beruflichen Feld als Hebamme oder Familienhebamme zu bewegen. Diese Kompetenz kann im Bereich personaler Kompetenzen angesiedelt werden und hat für Ausbildung und Weiterbildung im Hebammenberuf Relevanz (vgl. auch Teil A Kapitel 2.2 sowie Teil B Kapitel 2). Personale Kompetenz bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Erfahrungswissen zu eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch auf die Fähigkeit, mit anderen gemeinsam lernen und leben zu können.

Unterschiedliche Informationen und Informationsquellen können genutzt werden, in einen gemeinsamen Informationspool einfließen und sich so zu einer neuen, vielleicht umfassenderen Sichtweise auf Situationen verbinden. Andere Informationen sind zu vernachlässigen und auszuschließen. Die Akteurinnen in Situationen der Schwangerschaft und Geburt trennen sich von ihnen.

Bei der unüberschaubaren Vielfalt von Informationsquellen wird „Verbinden und Trennen“ zu einer Kompetenz für das Suchen und Einordnen von Informationen. Dies gilt allgemein und für spezielle Situationen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts. Diese Kompetenz gehört für Hebammen oder Familienhebammen als professionelle Kompetenz zur Berufsausübung und kann sich bei schwangeren Frauen im Verlauf der Schwangerschaft entwickeln.

Im Begleiten der schwangeren Frau geht es für Hebammen oder Familienhebammen darum, Informationen für spezifische Anlässe und Situationen der Schwangerschaft gemeinsam als relevant zu identifizieren, sich auf gemeinsames Erfahrungswissen für die Situation zu beziehen. Schwangere Frauen haben durch neue Medien leichten Zugang zu einer Vielfalt von Informationen. Die Qualität der Informationen und ihre Bedeutungszuweisung stellt jedoch ein Problem dar.

Hebammen oder Familienhebammen werden von Frauen in ihrer Expertise angefragt und stehen in fachlicher Konkurrenz zu anderen Informationsquellen oder Informand_innen. Hebammen oder Familienhebammen sind in ihren beruflichen Praxen zusätzlich auf Informationen durch die schwangere Frau angewiesen, um ihr Erfahrungswissen situationsbezogen zu erweitern

und es auf diese Frau auszurichten.

Auf beiden Seiten geht es um Austausch von Informationen und deren Interpretation. Die Hebamme oder Familienhebamme reichert auf diese Weise ihr Erfahrungswissen an, der schwangere Frau, die von ihr begleitet wird, gewinnt Zugang zu Erfahrungswissen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Situationen, die ihr unbekannt sind. Der Austausch bedeutet für beide Seiten einen Gewinn. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Beziehungsgestaltung, die auf Verbinden- und Trennen-Können beruht. Im Zusammenhang mit Verbinden und Trennen spielen die Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Muster und Figuren ebenfalls eine Rolle (vgl. auch Teil A Kapitel 2.2).

Gesundheitsförderung, Schwangerschaft und Mutter-Seins sind konfliktträchtige Handlungsfelder, die von normativen Vorstellungen und Erwartungen überlagert und geprägt sind. Dort Zugänge zu Informationen und Wissensbeständen zu ermöglichen und zu erschließen, erfordert von Hebammen oder von Familienhebammen personale Kompetenz, die sich in Auseinandersetzung mit biografischen Erfahrungen entwickeln kann.

Hebammen und Familienhebammen begegnen in beruflichen Alltagssituationen vielfältigen und unterschiedlichen Anrufungen, die eine Antwort fordern. Zustimmungen, Widerstände und Ablehnung müssen auf der Ebene der Interaktion integriert werden. Verbale und nonverbale Ausdrucksformen können Zugangswege öffnen oder verschließen. Milieuzugehörigkeit kann ebenso verbinden oder trennen wie die Verortung im Geschlechterverhältnis. Eine Passung der Kommunikation und Interaktion kann als Entwicklung von gemeinsamem Erfahrungswissen verstanden werden.

Fazit zur Standortgebundenheit

Erfahrungswissen entsteht in einem Prozess, bei dem sich bereits vorhandenes Wissen mit neu erlebter Erfahrung verbindet. Vielfältige Informationsquellen stehen zur Verfügung. Die Kompetenz, Informationen verbinden und trennen zu können, ist Voraussetzung zur Orientierung in Situationen von Schwangerschaft und Geburt, eine Kompetenz, die sowohl für Hebammen oder Familienhebammen, die diese Situationen und Prozesse von schwangeren Frauen professionell begleiten, als auch für schwangere Frauen selbst von Bedeutung ist.

Die gegenseitige Wertschätzung von Erfahrungswissen ist im Zusammenhang mit der Fähigkeit zu sehen, das Unbestimmte, das Vage dieser Art des Wissens erst einmal zu akzeptieren, ohne auf schnelle Schließung und Festlegung zu drängen. Sich in unbestimmten Situationen sicher zu bewegen, basiert auf Vertrauen und Selbstvertrauen in der Interaktion mit anderen. Für die Berufsausübung als Hebamme oder Familienhebamme ist deshalb angezeigt, personale Kompetenz zu entwickeln, die Trennen und Verbinden in hinreichender Weise einbezieht.

Im Begleiten als Kernelement der beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sind wechselseitige Bewegungen des Verbindens und Trennens zu erwarten, die sich möglicherweise in spezifischen Figuren und Bewegungsmustern ausdrücken, denen im Rahmen des Forschungsprojektes am Material nachgegangen werden kann (vgl. Teil B und C).

6. Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf

Nach den Überlegungen zu einem Kernelement der beruflichen Praxen von Hebamme oder Familienhebamme, wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin Aspekten der Qualität und Qualitätsentwicklung zu.

Der Begriff „Qualität“ steht in Verbindung mit Dienstleitungen und hat im Gesundheitssektor eine spezifische Entwicklung genommen, die in diesem Kapitel angerissen wird. Im Weiteren wird nach einem verbindenden Zusammenhang zwischen beruflichem Handeln und Reflexion der beruflichen Praxen gesucht, der als Qualitätsentwicklung im Beruf gefasst werden kann. Es wird Fragen nach Formaten der Qualitätsentwicklung nachgegangen, die im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen angeboten werden und gebräuchlich sind. Das Kapitel schließt mit Überlegungen, wie ein Verständnis von „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme oder Familienhebamme sich mit Qualitätsentwicklung verbinden lässt.

Die beruflichen Vorerfahrungen der Forscherin mit kommunalen Planungen im Gesundheitssektor haben zu diesem Kapitel beigetragen und die Auswahl und suchende Auseinandersetzung mit den verwendeten Quellen bestimmt. Das zugehörige Erfahrungswissen wird in diesem Kapitel als Standortgebundenheit der Forscherin eingeordnet und transparent gemacht, die bereits die Phase der Erhebung der Materialien mitbestimmt hat. Auch die Auswahl der Quellen und der dargestellten Aspekte ist selektiv und nicht darauf gerichtet, den Forschungsstand zur Thematik abzubilden.

Die erste Verschriftlichung zu diesem Kapitel ist nach Erhebung und vor Auswertung der empirischen Materialien des Forschungsprojektes erfolgt und ist im Anschluss nur straffend überarbeitet worden, um den Standort der Forscherin zu Beginn des Forschungsprojektes zu markieren.

6.1 Qualität im Gesundheitswesen

Der Begriff Qualität ist abgeleitet von dem lateinischen Wort „qualitas“ und bedeutet Beschaffenheit, Merkmal, Eigenschaft oder Zustand. In der Alltagssprache kann der Begriff Qualität sowohl in neutral beschreibender als auch in bewertender Bedeutung angewendet werden. Einschätzungen zur Qualität basieren auf subjektiven Erfahrungen, die verallgemeinert werden. In Deutschland sind Qualitätsbewertungen gegenwärtig ein allseits verwendetes Instrument der Interaktion von Akteur_innen im Marktgeschehen. Mit Internet und sozialen Netzwerken sind Spielvarianten dazugekommen, die Qualität in den Fokus stellen.

Im Wirtschaftsbereich und in der industriellen Produktion haben sich für den Begriff Qualität spezifische Definitionen entwickelt. Qualität beschreibt hier Merkmale von Produkten, Dienstleistungen, Konzepte, Verfahren und Herstellungsprozessen, die für bestimmte Anforderungen zu einem bestimmten Zeitpunkt gelten sollen. Über diese Merkmale haben sich die Akteur_innen vorab verständigt. Qualität wird dann als der Grad definiert, indem diese Produkte und Dienstleistungen vereinbarte Anforderungen erfüllen.

Wenn das Produkt selbst, die Wünsche von Kund_innen oder der Fertigungsprozess in den Blick genommen wird, wird Qualität auf der jeweiligen Ebene an anderen Merkmalen ausgerichtet und differenziert. Ziel ist es, Qualität objektiv, d.h. gültig, messbar und vergleichbar, festlegen,

darstellen und kommunizieren zu können. In der Folge haben sich Normen und Verfahren zur Feststellung von Qualität entwickelt. Die DIN ISO (vgl. DIN Norm und DIN ISO 9001, 2015) ist ein Beispiel für solche Normverfahren, die im Wirtschafts-, Gesundheits- und Sozialbereich angewendet werden, um Qualität von Produkten und Dienstleistungen darstellen und nachweisen zu können.

Anfänglich wurden die Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gleichbedeutend genutzt, um zu beschreiben, dass die vereinbarte Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung sichergestellt ist. Inzwischen haben sich Differenzierungen der Begrifflichkeiten ergeben. Qualitätsmanagement wird als erforderlich angesehen, um ein bestimmtes Qualitätsprodukt herzustellen. Der Begriff bezieht sich dann auf den gesamten Prozess von Planung, Steuerung und Kontrolle der Herstellung von Produkten oder Dienstleistungen. Qualitätsmanagement erfolgt auf Ebene von Strukturen und Ressourcen als Rahmenbedingung für die Erstellung, auf Ebene von Prozessen, mit denen Erstellung erfolgt, und auf Ebene von Ergebnissen als erreichte Wirksamkeit für Produkte oder Dienstleistungen, um die bei den Herstellungsprozessen geht.

Für einzelne Produktgruppen oder Dienstleistungen sind inzwischen eigene Qualitätsnormen entwickelt und in eine Standardisierung mit DIN Normen umgesetzt worden. Während in industriellen Herstellungsprozessen eine Normierung von Qualität sich relativ einfach darstellte, hat Qualität im Gesundheits- und Sozialbereich zu fachlichen politischen Diskursen geführt. Personenbezogene Dienstleistungen basieren auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und stellen in Bezug auf ethische Regeln ein vielschichtiges Anliegen dar, das sich Normierungen aus unterschiedlichen Gründen entzieht, die hier nicht ausgeführt werden.

Der Erhalt menschlicher Gesundheit durch hochwertige und für alle zugängliche Qualität gesundheits- und personenbezogener Dienstleistungen stellt in Deutschland ein gesellschaftspolitisches Anliegen dar und hat als Bestreben zur Qualitätssicherung in der Medizin auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden. Im Sozialgesetzbuch zur Krankenversicherung SGB V wird Qualitätssicherung dieser Dienstleistungen legitimiert und geregelt. Mit diesem Gesetz werden Erbringer_innen von Leistungen, für die Krankenversicherungen Kostenträger sind, zu Qualitätssicherung verpflichtet.

Im Gesetz ist eine grundsätzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz SGB V § 135 a, 2015) formuliert:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag (...) besteht, sind nach Maßgabe des § 137 und 137 d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.“

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung gilt für alle Leistungserbringer_innen im ambulanten

ten und stationären Bereich, die gesundheitsbezogene Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen. Für den ärztlichen Bereich ist eine einrichtungsübergreifende Verpflichtung zur Qualitätssicherung im Gesetz formuliert, sodass damit auch Qualität in Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gemeint ist. Die zu gewährleistende Qualität muss dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Fachlichkeit entsprechen. Um Qualität in der Medizin fassen zu können, werden Meinungen von Expert_innen und medizinische Leitlinien zugrunde gelegt, die Eingang in Gesetze und Verordnungen der staatlichen Administration sowie der Berufsverbände finden.

Da sich die Erkenntnisse der Wissenschaft in einen stetigen Veränderungsprozess befinden, unterliegt Qualität in der Medizin auch einem Wandel. Was vor zwanzig Jahren unter Qualität verstanden wurde, wird gegenwärtig bereits anders gefasst. In der Medizin gibt es auch differierende Positionen von Expert_innen zu Optionen der medizinischen Intervention. Hinzu kommen unterschiedliche Interessenlagen der Akteur_innen im Gesundheitssektor und in Abgrenzung zu anderen Sektoren wie beispielsweise der Jugendhilfe. Es ist eine wiederkehrende Frage, wer die Definitionsmacht für Qualität hat und wie sie in der Interaktion mit anderen genutzt wird. In sozialen Aushandlungsprozessen, wie Qualität für einzelne Bereiche der Medizin festzulegen ist, kommt auch die Logik der Ökonomisierung zum Tragen. Aushandlungsprozesse werden durch Ebenen der Administration in ihrer Reichweite begrenzt und sind grundsätzlich langwierig und oft schwierig.

Mögliche Hürden für soziale Aushandlungsprozesse dieser Art deuten sich schon im Gesetzestext (ebenda SGB V § 137, 2015) durch Hinweis auf Regelungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien (...) insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach (...) sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.
3. Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschlüsse für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten. (...)
4. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen.“

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung bezieht sich auf Maßnahmen der Verbesserung der Patientensicherheit und auf ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement mit Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen. Die grundsätzlichen Anforderungen werden als Mindeststandards durch Richtlinien von außen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem die unterschiedlichsten Akteur_innen Lobbyarbeit leisten, vorgegeben und sind dann einrichtungsintern und einrichtungsübergreifend umzusetzen. Dazu folgt ein kurzer Exkurs.

Exkurs zum Gemeinsamen Bundesausschuss und Qualitätsentwicklung

(vgl. G-BA 2015)

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist im Jahr 2004 eingerichtet worden und ist als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzt_innen, Zahnärzt_innen, Psychotherapeut_innen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland mit weitreichenden Befugnissen ausgestattet. Er bestimmt durch Richtlinien die grundsätzlichen Anforderungen und Mindeststandards von gesundheitsbezogenen Leistungen.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss haben die Krankenhäuser ab dem Jahr 2014 verpflichtet, Qualitätsberichte über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen zu erstellen mit der Zielsetzung, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, Situationen zu bewerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst auch Beschlüsse zu Fortbildungsnachweise für ärztliches und psychotherapeutisches Personal in Krankenhäusern, zum Katalog planbarer Leistungen und zum Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser.

Zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung erteilt der Gemeinsame Bundesausschuss Aufträge an ein externes Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (vgl. ebenda SGB V § 137, 2015).

Unterstützt von dem externen unabhängigen Institut wird seit dem Jahr 2012 speziell für das Gesundheitswesen ein System zur medizinischen Qualitätssicherung entwickelt. Krankenhäuser erstellen regelmäßig eigene Qualitätsberichte und veröffentlichen sie auf ihren Internetseiten. Vom Aqua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen werden im Rahmen der externen Qualitätssicherung inzwischen Indikationskataloge und Bundesbewertungen zu dokumentationspflichtigen Leistungsbereichen erstellt und veröffentlicht.

Auch für Geburtshilfe in Krankenhäusern gilt die gesetzliche Verpflichtung zu Qualitätssicherung. Seit dem Jahr 2001 wird der Leistungsbereich Geburtshilfe in Krankenhäusern in Deutschland mit einer vergleichenden Qualitätsbewertung erfasst und ausgewertet. Die Indikatoren zur Bewertung (vgl. Aqua-Institut 2015) sind an medizinischen Parametern orientiert und darauf ausgerichtet, Qualität auch sektorübergreifend darstellen zu können.

In Deutschland findet Geburtshilfe überwiegend in Krankenhäusern statt, die mit diesem System der Qualitätssicherung arbeiten müssen. Außerklinische Geburten in Geburtshäusern oder durch Hebammen zuhause begleitet, sind in dieses System bisher nicht eingebunden. Der Anteil außerklinischer Geburten beträgt 1,3 % aller Geburten im Jahr 2013. Ausgehend von einer freiwilligen Initiative werden im Zusammenschluss einer Fachgesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe inzwischen auch regelhaft Daten zur Qualität im ambulanten Bereich der Geburtshilfe erhoben und ausgewertet, wozu ein Exkurs folgt.

Exkurs zur Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe

(vgl. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe 2014)

Bereits im Jahr 1996 wurde die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe als Initiative von in der außerklinischen Geburtshilfe engagierten Akteur_innen gegründet. Es

haben sich Hebammen als auch Ärzt_innen engagiert, einen Dokumentationsbogen für außerklinisch geplante Geburten zu entwickeln, der inzwischen nahezu flächendeckend bei Hausgeburten und in Geburtshäusern eingesetzt wird. Die Gesellschaft veröffentlicht regelmäßig Qualitätsberichte.

Der Qualitätsbericht für das Jahr 2013 ist auf der Basis der Dokumentation von 10.600 außerklinisch geplanten Geburten erstellt, die in Einrichtungen, die von Hebammen geleitet werden, oder als Hausgeburten geplant und in der überwiegenden Fällen (83,1 %) auch außerklinisch beendet wurden. Die Anzahl der Hausgeburten nimmt in den vergangenen Jahren ab, während die Anzahl der Geburten in Geburtshäusern ansteigt.

Jährliche Qualitätsberichte werden von der Fachgesellschaft regelmäßig im Internet veröffentlicht, sodass die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung und Transparenz auch für den ambulanten Bereich der Geburtshilfe umgesetzt wird.

Fazit zur Standortgebundenheit

In der Medizin ist Qualität und Qualitätssicherung mit Erwartungen von Risikominimierung, Fehlervermeidung und Kostensenkung verbunden und in die Hände der Selbstverwaltung gelegt.

Maßnahmen der Qualitätssicherung ranken sich in hohem Maße um Planbarkeit, Objektivität, Verminderung der Risiken von Schadensfällen und dienen damit den ökonomischen Interessenlagen von Institutionen, die gesundheitsbezogene Leistungen anbieten und erbringen.

Auch wenn Kundenzufriedenheit als Begrifflichkeit in der medizinischen Versorgung bei Organisationen wie Krankenhaus, Geburtshäuser und ambulante Praxis angekommen zu sein scheint, verdeutlichen Beispiele des Alltags, wie schwierig Interessenlagen von Patienten_innen transparent zu machen sind und wie weit der Weg zu einer respektvollen Beteiligung von Patient_innen an Aushandlungsprozessen der Qualität noch ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für die Geburtshilfe in engem Sinn, also bezogen auf das eigentliche Geburtsgeschehen, die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung in medizinerorientierter Form eingelöst wird. Als Einschränkung ist jedoch festzuhalten, dass für gesundheitsbezogene Dienstleistungen sich schon eine zuverlässige Beschreibung von Prozessabläufen dieser personenbezogenen Dienstleistungen als schwierig darstellt und zur Ergebnisqualität oft keine Indikatoren zwischen den Akteur_innen ausgehandelt werden können, die Interessenlagen von Patient_innen regelhaft einbeziehen.

Der Aspekt einer Weiterentwicklung von Qualität in der Geburtshilfe mit dem Anspruch, die Produzent_innen und Adressat_innen mit ihren jeweiligen Perspektiven auf die Dienstleistungen einzubeziehen, wird von den bisherigen Indikatoren und öffentlich vorliegenden Daten nur eingeschränkt bedient.

In Veröffentlichungen der Hebammenwissenschaft sowie der Bundesinitiative Frühe Hilfen (vgl. Baumgärtner, Stahl 2005 sowie Veröffentlichungen des NZFH) wird dieser Aspekt aufgenommen, indem der Frage nachgegangen wird, wie Frauen und Familien bestimmte Interventionen erleben.

6.2 Reflexion beruflicher Praxen

Ausgehend von den Überlegungen zur Qualität im Gesundheitswesen geht es bei den Aushandlungsprozessen im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen darum, dar-

stellen zu können, welche Notwendigkeiten die Akteur_innen sehen, was, wann, wie und von wem getan wird oder getan werden muss. Auf der Ebene der Interaktion kann das in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichen Medien in öffentliche Diskurse eingespeist werden. Voraussetzung für das Fortschreiten dieser Prozesse ist, sich mit Anliegen und Tun für andere nachvollziehbar und verständlich machen zu können. Reflexion beruflicher Praxen kann das unterstützen.

Im beruflichen Feld basiert Kompetenz darauf, dass Praxen des beruflichen Alltags eingeübt intuitiv zur Verfügung stehen. In ungewöhnlichen beruflichen Situationen muss jedoch eine Passung zwischen Fremdem und Bekannten erfolgen, die ein inneres Anhalten und Nachdenken voraussetzt, wie etwas abgelaufen ist, welche Vorstellungen und Emotionen möglicherweise eine Rolle gespielt haben, wie der eigene Handlungsspielraum sich dargestellt hat und sich möglicherweise zukünftig darstellen wird. Hebammen und Familienhebammen bewegen sich in ihrem beruflichen Alltag häufig in ungewohnten Situationen und familiäre Kontexte, die auf Außenstehende befremdend wirken können. Diese befremdenden Situationen zu reflektieren, ermöglicht Erkenntnisgewinn auf Ebene der Kommunikation und der Interaktion beruflicher Praxen.

Für diese Situationen richtet sich der Prozess des Reflektierens auf die Aufschichtung von Erfahrungen der Vergangenheit und Erkenntnisse wirken auf zukünftiges Denken und Handeln ein, im Sinne von Lernen. Alltagssprachlich bedeutet reflektieren (vgl. „Reflexion“ in Duden-Online 2015) „nachdenken, überlegen, prüfendes betrachten“. Reflektieren beschreibt die veränderte Relation zu einem Objekt, das aus Distanz betrachtet wird. Die Sichtweise auf das Objekt wird prüfend verändert. Die Herleitung des Begriffes von dem lateinischen Wort „zurückbeugen“ gibt den Hinweis auf eine Bewegungsfigur des Ausrichtens.

Der Begriff Reflexion hat auch in wissenschaftlichen Diskursen einen festen Platz. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, werden zur Demonstration Stichworte angerissen. In der Psychologie und Philosophie wird Reflexion als eine Introspektion oder eine Selbstbeobachtung dessen verstanden, was der Mensch in sich selbst wahrnimmt. Aus phänomenologischer Sicht wird Reflexion als Methode für Erkenntnis von Bewusstsein angesehen. Reflexion kann auch erweitert verstanden werden, wenn es nicht nur um die Selbstbeobachtung sondern auch um Begründungen geht. Aus diskursanalytischer Sicht kommt mit der Reflexion die in Kommunikation eingebaute Schichtung von Diskursen zu sozialem Handeln zum Tragen. Aus systemtheoretischer Perspektive bedeutet Reflexion dann eine bestimmte Form der Selbstreferenz sozialer Systeme in autopoietischer Reproduktion, die in einer Orientierung an der Differenz von System und Umwelt eine Anpassung selbst wählt.

Auch in gegenwärtigen pädagogischen Konzepten (vgl. auch Teil A Kapitel 2.3) werden der Begriff Reflexion oder „reflektieren“ als Bezeichnung des Tuns häufig verwendet. Hierzu sind in Dokumenten zur Qualifizierung von Hebammen und Familienhebammen durch Aus- und Fortbildung (vgl. Teil B Kapitel 2), die im Rahmen des Forschungsprojektes als empirische Materialien herangezogen werden, Beispiele zu finden.

Im Rückbezug auf Qualitätssicherung sind Lernprozesse erforderlich, um Zielsetzungen von Qualität im beruflichen Handeln zu erreichen. Das Lernen (vgl. auch Teil A Kapitel 2), in diesem Fall in Spezialisierung für Herstellungsprozesse von Produkten oder Dienstleistungen, setzt bei der Fähigkeit zur Reflexion an. Reflexion wird in Prozessen der Qualitätssicherung zu einer

Kompetenz, die Sicherung von Qualität erst möglich macht, indem über berufliche Praxen und mögliche Fehler nachgedacht wird. Bei einem engen Verständnis, dabei vorrangig nach Fehlern zu suchen und fachliches Nicht-Können zu markieren, führt das allerdings zu Hürden. Mit Werten, Normen und Normierungen kommen Situationen der möglichen Beschämung oder andere emotional gefärbte Situationen ins Spiel. Kreativität und Eigensinn haben wenig Raum. Tiefgreifende Widerstände auf Ebene der einzelnen Personen oder Organisationen können in der Folge auftreten. Die gemeinsame Suche nach Alternativen stagniert. Andere Diskussionen zu Qualität werden möglich, wenn der Prozesse auf Entwicklungsmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume ausgerichtet wird statt auf Einhalten und Erreichen von Normen und Standards, wenn die Reflexion am Wachstum von Personen oder Organisationen orientiert ist.

Der Begriff Qualitätsentwicklung beschreibt dann einen offenen Suchprozess nach Qualität in beruflichen Praxen, der gemeinsam positiv gefüllt werden kann. Individuelle und institutionelle Gestaltungsspielräumen, die zu beschreiben und festzulegen sind, werden im reflektierenden Austausch sichtbar, können so zugänglich und genutzt werden.

Fazit zur Standortgebundenheit

Die Fähigkeit zur Reflexion kann als eine Kompetenz im beruflichen Feld angesehen werden, die durch Erfahrungen vermittelt und gelernt wird. Für personenbezogene Dienstleistungen, ist ein kommunikativer Verständigungsprozess notwendige Voraussetzung, um gegenseitige Vorstellungen und Erwartungen von Qualität situativ aushandeln zu können.

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin verorten sich beim Begriff Qualitätsentwicklung, der sich auf Entwicklungsprozesse von Personen oder Organisationen fokussiert. Qualitätsentwicklung nutzt dann Reflexion als Methode für Erkenntnisgewinn in beruflichen Prozessen und zur Erschließung von Gestaltungsmöglichkeiten, die sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene angesiedelt sein können.

Im beruflichen Alltag von Hebammen oder Familienhebammen ist die Fokussierung auf Entwicklung kein neuer Aspekt, wenn Schwangerschaft und Geburt als Beispiele für offene Prozesse dieser Art angesehen werden. Die Verortung des Hebammenberufs im Medizinsystem mit Qualitätssicherung zur Risikovermeidung und Schadensminimierung weist jedoch auch auf andere Orientierungen hin.

Die Fähigkeit zur Reflexion wird als berufliche Kompetenz von Hebammen oder Familienhebammen gesehen. Die Entwicklung einer reflexiven Haltung in beruflichen Praxen erfordert spezifische Rahmenbedingungen für Hebammen oder Familienhebammen, um diese Kompetenz zu erlernen und in beruflichen Praxen anwenden zu können.

Im empirischen Material des Forschungsprojektes ist den Fragen nachzugehen, welche Vorstellungen von Qualitätsentwicklung die Interviewpartner_innen haben, wie sie die Fähigkeit zur Reflexion im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung für sich bewerten, wie aus ihrer Perspektive die Rahmenbedingungen für Entwicklungsprozesse dieser Kompetenz im Hebammenberuf oder in der Tätigkeit als Familienhebamme sind oder sein sollten.

6.3 Formate der Qualitätsentwicklung

Die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin werden unter der Fragestellung weitergeführt, welche Formate dieser Qualitätsentwicklung im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen Anwendung finden können. In den Interviews des Forschungsprojektes werden unterschiedliche Formate von Beratung im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung thematisiert.

Beratung wird als professioneller, reflexiver und ergebnisoffener Prozess verstanden (vgl. auch Teil A Kapitel 2.5). Es gibt verschiedene Beratungskonzepte, die für das berufliche Feld zur Qualitätsentwicklung Anwendung finden. Als Beispiele für mögliche Formate werden hier Intervention, Balint-Gruppe, Qualitätszirkel, Supervision und Coaching, die im Folgenden in Bezug auf eine Anwendung im Hebammenberuf kurz vorgestellt. Diesen Formaten von Beratung ist gemeinsam, dass sie sich als Angebot verstehen für Menschen, die beruflich tätig sind und vorrangig Fragen, die sich aus beruflichen Erfahrungen ergeben, in den Fokus nehmen. Diese Formate arbeiten mit Reflexion als Methode der Erkenntnisgewinnung für die jeweilige berufliche Tätigkeit. Es geht um Entwicklungsprozesse der Persönlichkeit im beruflichen Kontext, für die diese Beratungsformate Raum und Struktur bieten.

Das Format Intervision als eine Beratung unter Kolleg_innen wird im beruflichen Bereich häufig angewendet. Für Intervision haben sich unterschiedliche Konzepte entwickelt. Auch der Begriff kollegiale Beratung wird verwendet. Sowohl Intervision als auch kollegiale Beratung beziehen sich auf mindestens zwei Personen oder eine Gruppe, die sich austauschen, und fragen nach fachlichem Wissen und Erfahrungen von Kolleg_innen für ungewohnte oder konflikthafte berufliche Situationen. Die institutionalisierte zeitliche Rahmung ermöglicht Gespräche, in denen gemeinsam über berufliche Situationen gesprochen werden kann. Der Austausch von Erfahrungswissen ist möglich. Es kann gemeinsam nach alternativen Handlungsstrategien gesucht werden. Voraussetzung ist ein gefühltes Gleichgestellt-Sein der Beteiligten, sodass eine kollegiale Begegnung in der Fachlichkeit möglich wird. Das Konzept zu kollegialer Beratung ist entstanden aus der gegenseitigen Beratung erfahrener Supervisor_innen ohne Hinzuziehung einer externen Begleitung, die für den Beratungsprozess verantwortlich ist, mit der Zielsetzung, ein gleichberechtigtes von und miteinander Lernen für die berufliche Tätigkeit zu ermöglichen. Daraus hat sich „Kollegiale Fallberatung“ als lösungsorientiertes Format entwickelt, das inzwischen auch von anderen Berufsgruppen genutzt wird.

Bei kollegialer Fallberatung werden Fragen zum Umgang mit spezifischen Klient_innen in einem formalisierten Ablauf in der Beratungssituation mit Kolleg_innen erörtert. Zuerst berichtet eine Person aus der Gruppe von ihrer Situation und stellt Fragen, die anderen hören zu, dann unterhalten sich die anderen Gruppenmitglieder über das, was sie verstanden haben, und überlegen im gemeinsamen Gespräch, welche Antworten oder Lösungsmöglichkeiten sie sehen, während die falleinbringende Person zuhört. In einem nächsten Schritt überlegt die falleinbringende Person, mit welchen Antworten oder Lösungsvorschlägen sie für den geschilderten Fall etwas anfangen kann und wie sie weiter vorgehen wird. Ziel dieses Formats ist es, dass die falleinbringende Person für sie passende Lösungen finden kann. Es gibt keine grundsätzliche Festlegung, mit welchen Methoden nach dieser Lösung gesucht wird. Je nach Kenntnis der Gruppenmitglieder

können einvernehmlich unterschiedliche Methoden angewandt werden.

Das Format der Balint-Gruppe ist eine Gruppenberatung. Das Konzept der Balint-Gruppe ist von Michael Balint als Arzt und Psychoanalytiker entwickelt worden. Eine Balint-Gruppe hat acht bis zwölf Mitgliedern und arbeitet mit einer leitenden Person nach psychoanalytischem Konzept. Die Mitglieder sprechen im regelmäßigen Gruppensetting über Klient_innen ihrer beruflichen Praxis. Balint-Gruppen werden im medizinischen Bereich häufig angeboten. Die Fragestellung im medizinischen Bereich ist oft darauf gerichtet, dass Ärzt_innen ihre Beziehung zu Patient_innen verbessern, indem sie ein Verständnis dieser Beziehung entwickeln und sich damit auch das Ergebnis der Behandlung verbessern lässt. Das Format Balint-Gruppe wird auch von anderen Berufsgruppen genutzt. Unbewusste Prozesse in der Arbeit mit Klient_innen werden unter Leitung eines Expert_innen mit psychoanalytischen Methoden angegangen. Es wird in freier Form über Fallbeispiele und die situative Begegnung mit Klient_innen berichtet. Die Gruppe kommt im freien Gespräch zu Assoziationen und Phantasien. Im Verständnis der Psychoanalyse sind Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung erkennbar, die Beziehungsdiagnose lässt Rückschlüsse auf Konflikte zu, die die beteiligten Personen mitbringen.

Das Format Qualitätszirkel findet im Gesundheitssektor häufige Anwendung. Es ist eine Gruppenberatung zur Verbesserung der Qualität von Produkten oder Dienstleistungen im Sinne von Qualitätsmanagement. Qualitätszirkel setzen auf Potentiale der Mitwirkenden für die Belange der Institution und die Arbeitsatmosphäre. Sie werden mitarbeiterorientiert und motivationsfördernd eingesetzt. Qualitätszirkel sind auf unbestimmte Zeit angelegte moderierte Kleingruppen von Berufstätigen, die sich freiwillig in ihrer Arbeitszeit mit Themen ihres Arbeitsbereichs auseinandersetzen, indem sie sich gemeinsam und kreativ mit Analysen und Lösungen beschäftigen.

Der Arbeitsprozess eines Qualitätszirkels verläuft zirkulär. Es werden Themen festgelegt, an denen gemeinsam gearbeitet wird. Die Ausgangssituation wird analysiert und dokumentiert. Gemeinsam werden dann Ziele formuliert, die in Maßnahmen umgesetzt werden. Um die Ausgangssituation der angestrebten Zielsetzung anzunähern, wird gemeinsam nach möglichen Lösungen gesucht und deren Umsetzung geplant und durchgeführt. In einem weiteren Schritt wird abgeglichen und kontrolliert, welche Ziele erreicht wurden, welche möglichen Probleme weiter fortbestehen oder neu hinzugekommen sind. Danach kann ein weiterer Durchlauf des Arbeitsprozesses erfolgen oder die Gruppe wendet sich einem anderen Thema zu. Moderation des Qualitätszirkels sorgt für Einhaltung des vereinbarten Zeitrahmens und ist für interpersonelle Prozesse verantwortlich, die in der Zusammenarbeit auftreten können. Themen, Fragen, Lösungen und Umsetzungsschritte werden protokolliert und dokumentiert, um Prozesse und Ergebnisse transparent zu halten und nachvollziehen zu können. Es gibt Qualitätszirkel, deren Mitwirkende hierarchisch gleichgestellt sind, oder die eine hierarchieübergreifende Zusammensetzung haben, weil das für die Thematik, die zu bearbeiten ist, erforderlich oder für mögliche Lösungen vorteilhaft ist. Qualitätszirkel werden im medizinischen Sektor häufig zur Qualitätsentwicklung genutzt.

Das Format Supervision ist im sozialen Sektor beheimatet. Aus den USA kommend hat sich Praxisberatung in der sozialen Arbeit zu einem Format der Beratung für den beruflichen Bereich entwickelt. Ursprünglich war Supervision in den USA eine Form der Aufsicht und Anleitung durch Vorgesetzte. Aktuell versteht sich Supervision als ein Beratungskonzept für Personen in

ihren beruflichen Rollen und Positionen (vgl. DGSv 2015). Zentrales Element ist Reflexion zur Klärung. Impulse für Veränderung entwickeln sich auf der Basis eigener Erkenntnisse in ergebnisoffenen Beratungsprozessen. Supervision versteht sich als Beratungsinstrument für Menschen, die in unterschiedlichen Bereichen der sozialen Arbeit tätig sind und in ihrem beruflichen Alltag Situationen haben, die sie reflektieren möchten.

Exkurs zu Supervision und Coaching

(vgl. auch Teil A Kapitel 2.4 und 2.5, sowie Teil B Kapitel 4)

Supervision kann einzeln, in einer Gruppe oder als Team stattfinden, kann auf Persönlichkeits- und Rollenentwicklung ausgerichtet werden oder sich im Schwerpunkt auf institutionelle Fragestellungen richten. Auch für Supervision werden in der Praxis unterschiedlichen Konzepte angewendet (vgl. Teil B Kapitel 4).

Der jeweilige Auftrag für die Beratung wird zu Beginn des Supervisionsprozesses ausgehandelt. Supervision wird dann verstanden als Ort für gedankliche und emotionale Freiheiten. Konzeptionell wird auf Partizipation, Eigenverantwortlichkeit, Innovationsinteresse und Neugier gesetzt statt auf Normerfüllung und Kontrolle. Normative Orientierungen von Supervisand_innen bestimmen Sichtweisen und berufliche Praxen. Im Supervisionsprozess entwickeln sich Erkenntnisse zu Handlungs- und Entscheidungsspielräumen. Supervision erfordert und vollzieht sich in einer professionellen Beziehung, die offen und dialogisch angelegt ist. Gemeinsame Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Lerninteresse sind die Basis von kontinuierlichen Veränderungs- und Entwicklungsprozessen mit Impulsen für eine Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeiten.

Konzepte der Supervision basieren auf unterschiedlichen Theorieansätzen und Methoden, die in supervisorischen Ausbildung vermittelt werden. Als Beispiele werden psychoanalytische, psychodramatische, personenzentrierte, systemische Konzepte für Supervision genannt. Unabhängig vom jeweiligen Schwerpunkt der Ausbildungskonzepte engagiert sich die DGSv übergreifend als Fachverband für fachliche Qualität in Supervision. Aus dem Non-Profit-Bereich der sozialen Arbeit kommend findet Supervision inzwischen auch im medizinischen und im Profit-Bereich als Format von Reflexion und Beratung in der beruflichen Praxis Anwendung.

Zu Abgrenzungen und Gemeinsamkeiten der Formate Supervision und Coaching wird auf einen Diskurs in der DGSv (vgl. Journal Supervision 2013 sowie RTC 2014) verwiesen, der sich in einem Annäherungsprozess befindet und hier nicht weiter ausgeführt wird. Coaching ist im Sportbereich entstanden und dann für Führungskräfte des Managements im Profit-Bereich weiterentwickelt worden. Das Angebot hat sich in den vergangenen Jahren top-down in die mittleren und unteren Managementbereiche ausgebreitet (vgl. Wüntsche 2014). Coaching bezieht sich im Schwerpunkt weniger auf Organisationen als auf Personen, die in der Ausgestaltung und Bewältigung ihrer beruflichen Rolle unterstützt werden. Beim Coaching geht es um das Erlernen von Kompetenzen, die für die Bewältigung von beruflichen Anforderungen benötigt werden (vgl. Hellweg 2014, Naumann 2014). Das Prinzip der Selbststeuerung und Konzepte der Selbstregulierung werden in Lern-, Trainings- und Beratungsaktivitäten umgesetzt. Im Wirtschaftsbereich geht es um Leistungssteigerung und Entwicklung von Führungs- und Managementkompetenz. Zielvorgaben der Organisation können in Aufträge für Coaching einfließen.

Coaching nutzt wie Supervision unterschiedlichen Theorien und Methoden für Entwick-

lungsprozesse. Motivations- und Emotionssteuerung erfolgen auf Basis psychologischer Konzepte. Coaching kann als Format lösungsorientierter Beratung oder als Training von Verhalten ausgestaltet werden. Im medizinischen Bereich werden Coaching-Konzepte beispielsweise angewendet, um die Lücke zwischen empfohlener und tatsächlich realisierter Behandlung zu schließen, indem Patient_innen zu Verhaltensweisen motiviert und hingeführt werden, die im Sinne der Behandlung erwünscht sind. Coaching wird dann als Training der patientenorientierten Eigenverantwortlichkeit für die Umsetzung der Behandlung gesehen. Patient_innen können Behandlungsexpert_innen ihre Fragen stellen und erhalten Hinweise für die eigene Umsetzung der Behandlungsziele.

Fazit zur Standortgebundenheit

Im Forschungsprojekt ist in den Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen häufig von Beratung unter Kolleginnen die Rede. In den Materialien ist der Frage nachzugehen, wie Beratung unter Kolleginnen von Hebammen oder Familienhebammen verstanden und strukturell gerahmt wird.

Da Balint-Gruppen im ärztlichen Bereich bekannt und anerkannt sind, könnte dieses Format auch für Hebammen oder Familienhebammen von Interesse sein, insbesondere wenn es um Zusammenarbeit mit Ärzt_innen im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich mit ärztlichen Praxen geht. Im Rahmen des Forschungsprojektes ist nachzuvollziehen, welche Hinweise es im Material auf dieses Format gibt.

Auch Qualitätszirkel sind im Gesundheitssektor häufig anzutreffen, wenn es um die Umsetzung von medizinischen Leitlinien oder Qualitätsanforderungen geht. Im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen ist Leitlinienorientierung ein aktuelles Stichwort. Das Format Qualitätszirkel findet im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung und fachlichen Standards für einzelne Arbeitsbereiche der Berufsausübung sowie im institutionellen Rahmen von hebammengeleiteten Einrichtungen oder Gemeinschaftspraxen Anwendung. Hinweisen auf Anwendung dieses Formats in spezifischen Kontexten kann im Material des Forschungsprojektes nachgegangen werden.

Qualitätszirkel haben als Format von Beratung auch in anderen sozialen Feldern Einzug gehalten wie der Jugendhilfe oder dem Schulbereich. Heike Schnoor, Carmen Lange und Artur Mietens stellen Qualitätszirkel als zeitökonomisches Verfahren für konkrete Problemlösungen an Schulen praxisnah vor (vgl. Schnoor u.a. 2006). Sie verstehen Qualitätszirkel im Kontext von Schule als ein Format von Beratung, das den Aufbau professioneller Lerngemeinschaften unterstützen kann, um gemeinsam reflektierte Handlungsfähigkeit zu entwickeln. Mit Bezugnahme auf die empirischen Materialien des Forschungsprojektes bieten sich diese Überlegungen an, sie im Hinblick auf mögliche Lerngemeinschaften von Hebammen oder Familienhebammen weiter zu führen. Dies kann auch unter dem Aspekt der Öffnung von Hebammentätigkeiten in Richtung Jugendhilfe von Interesse sein.

Supervision als Format von Beratung im beruflichen Feld ist in der sozialen Arbeit beheimatet und findet insbesondere im Bereich der Jugendhilfe Anwendung (vgl. auch Winkens 2016). Hebammen und Familienhebammen kooperieren in ihrem beruflichen Alltag häufig mit der Jugendhilfe, sodass durch Supervision ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund als Schnittmenge

von Gesundheitswesen und Jugendhilfe entstehen könnte. In den Materialien des Forschungsprojektes ist der Frage nachzugehen, wie Supervision von Hebammen oder Familienhebammen genutzt wird, wie Reflexionsprozesse in dieser Rahmung erlebt werden.

Das Format Coaching erscheint in seiner eher unbestimmten Form für das berufliche Feld von Hebammen oder Familienhebammen anwendbar, wenn es um berufliche Praxen des Begleiten und Begleitet-Werden in einem zielorientierten Beziehungsprozess, wenn es um Situationen in Schwangerschaft und Geburt geht. Der Begriff ist aktuell derart positiv oder auch negativ besetzt, dass er als Containerbegriff für alles Mögliche oder Unmögliches angewendet wird. Für das Forschungsprojekt ergibt sich, aus dem empirischen Material heraus zu einer konkreten Beschreibung zu kommen, wie „gesund leben lernen“ im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen als berufliche Praxen ausgestaltet werden. In einem weiteren Schritt wäre zu prüfen, wie sich der Begriff Coaching eignet, berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zu beschreiben.

6.4 „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme

In einer abschließenden Wendung richten sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin auf eine Verbindung von „gesund leben lernen“ und Entwicklung von Qualität im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen.

Aus ökonomischer Perspektive ist Arbeitskraft als Ressource einzelner Individuen, einzelnen Organisationen sowie der Gesellschaft anzusehen, die für Prozesse der menschlichen Reproduktion und Kapitalvermehrung gebraucht werden. Fragmentierung in der Arbeitswelt, Zeitdruck und Mangel von Anerkennung wirken sich auf Arbeitskraft aus und führen zu Beeinträchtigungen, die sich als Störungen des Systems und Belastungen der Person kennzeichnen lassen. Arbeitskraft verbindet sich mit gefühlter Gesundheit, Gesunderhalt und Gesundheitsförderung auf Ebene von Individuen und sozialen Gemeinschaften. Im beruflichen Feld können Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung durch mitarbeiterorientierte Komponenten zusammengehen, wenn dem Erhalt von personalen Kompetenzen und menschlicher Schaffenskraft eine gesellschaftliche Wertigkeit in Produktions- und Dienstleistungsprozessen beigemessen wird.

Hebammen und Familienhebammen begleiten Frauen in Situationen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts und verstehen diese körperlich leiblichen Prozesse als Wachstumsprozesse und als Ausdruck von Gesundheit. Sie haben insofern ein breites Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung (vgl. Schäfers 2011). Hebammen und Familienhebammen leisten in ihrer beruflichen Tätigkeit einen Beitrag zum Erhalt der Arbeitskraft von anderen Frauen, als Mütter in Familien oder ihrem jeweiligen beruflichen Umfeld, indem Frauen während der Zeit der Schwangerschaft Vorstellungen zu „gesund leben“ in den Fokus nehmen. Leibbezogene Wahrnehmungen werden Aufmerksamkeit und Beachtung geschenkt und Handlungsspielräume ausgelotet. Unter dem Aspekt von Qualitätsentwicklung der beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen wäre dann am Material des Forschungsprojektes der Frage nachzugehen, wie diese Lern- und Vermittlungsprozesse im beruflichen Alltag gestaltet werden.

Ein anderer Aspekt von Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf ist, wie Hebammen oder

Familienhebammen in ihrer Berufstätigkeit „gesund leben lernen“ für sich selbst in den Fokus nehmen, um ihre Arbeitskraft zu erhalten. Da Hebammen oder Familienhebammen in unterschiedlichen Kontexten ihren Beruf ausüben, kann der Schwerpunkt auf der Entwicklung von individueller Achtsamkeit oder auf der Gestaltung der jeweiligen institutionellen Rahmung in betrieblichen Zusammenhängen wie Selbstständigkeit, Anstellung in Jugendhilfe, Krankenhaus oder hebammengeleiteten Einrichtungen liegen.

Im Forschungsprojekt wird „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme insofern als Lernprozess auf zwei Ebenen betrachtet, der „gesund leben“ in den Fokus nimmt als Sichtweisen auf berufliche Praxen in Auseinandersetzung mit eigenen Wertigkeiten und normativer Vielfältigkeit.

In den Interviews des Forschungsprojektes werden förderliche und hinderliche Voraussetzung für solche Lernprozesse geschildert. Mit Bezugnahme auf das Material gilt es dann strukturelle Rahmenbedingungen herauszuarbeiten, die für „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebammen gegeben sein müssen, damit sich solche Lernprozesse überhaupt und kontinuierlich ereignen können. Als notwendige Bedingung wird von einer spezifischen Rahmung im Berufsalltag mit Raum und Zeit für Reflexion ausgegangen. Wie Hebammen oder Familienhebammen die Notwendigkeit und Wirkung dieser Rahmung erleben und schildern, welche Konsequenzen sich daraus ergeben könnten, ist dann am empirischen Material der Fokusgruppe nachzugehen und mit theoretischer Einbettung zu klären.

7. Forschen mit Perspektiven

Nach den Überlegungen zu „gesund leben lernen“, die in den ersten Kapiteln zur Standortgebundenheit als Forscherin behandelt wurden, nach weiteren Überlegungen zum Beruf Hebamme, Kernelementen beruflicher Praxen und zu Qualitätsentwicklung in den folgenden Kapiteln, geht es in den Suchbewegungen jetzt um Fragen des Forschen und Beforschens.

Die Überlegungen dieses Kapitels basieren auf Bewegungen einer reflexiven Hinwendung zur eigenen Person im Forschen. In einem ersten Schritt wird die Ausgangssituation in den Blick genommen und transparent gemacht, wie das Forschungsprojekt gestartet ist. Anschließend wird biografischen Wurzeln und Begegnungen mit soziale Strömungen während des Lebensverlaufs der Forscherin nachgegangen, um zu erfassen, wie forschen sich vollzieht.

In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit im Forschen sind im Lesen von Quellen für mich Erkenntnisse zur biografischen Verortungen in sozialen Strömungen aufgetaucht, die für das Ausmachen eines Standortes klärend waren, Staunen ausgelöst und zu den Exkursen in diesem Kapitel beigetragen haben.

Die Verschriftlichung zu diesem Kapitel ist nach einer ersten Beschäftigung mit den empirischen Materialien des Forschungsprojektes entstanden und in der Überarbeitung am Ende des Forschungsprojektes nur unwesentlich verändert worden. In diesem Kapitel geht es um den subjektiven Standort im Forschen. Wie die Auswahl der verwendeten Quellen ist die Spurensuche und Form der Annäherung selektiv.

7.1 Öffnen und Schließen – Startmotivationen

Während der Vorbereitung des Forschungsprojektes im Jahr 2013 wurde von mir als Forscherin ein kurzer Text zur Motivation geschrieben, auf den ich an dieser Stelle mit einem Zitat aus dem Forschungstagebuch zurückkommen möchte:

„Nach einer kurzen Studienzeit begleitet durch Geburten eigener Kinder war ein rascher Einstieg in Erwerbsarbeit erforderlich. Vertiefungen einzelner Themen während der Jahre der Erwerbstätigkeit waren in der Regel nur begrenzt möglich. Neugier und Interesse an Kommunikation und Interaktion, wie Menschen fühlen und handeln, ihre Gewohnheiten und Ritualen, was sie antreibt, was sie befähigt, wie sie Krisen durchleben, sich Ressourcen erschließen, sich und anderes zu verändern beginnen, wie individuelle Entwicklung zu verstehen ist, was sich für Bewegungen fördernd oder hemmend auswirkt, diese Fragen haben mich während meines Berufslebens geleitet und begleitet. Der gefühlte Eindruck war allerdings häufig, nicht genügend Muße zu haben, um beobachteten Phänomenen in einer für mich befriedigenden Form erkundend nachzugehen. Als älter werdender Mensch habe ich mit der passiven Phase der Altersteilzeit dazu jetzt für mich passende Rahmenbedingungen gefunden.“

Während des Studiums ist für mich als junger Mensch etwas offen geblieben, das ich zum damaligen Zeitpunkt auch nicht als Mangel markiert hätte. Im Laufe der Zeit hat sich meine Sicht dazu geändert. Aktuell möchte ich es so beschreiben, dass eine Bewegungsfigur, die mit forschendem Lernen und daraus resultierender Zufriedenheit zusammenhängt, sich in dieser frühen Lebensphase für mich nicht ausreichend öffnen und schließen konnte. So ist der Wunsch zu einer

forschenden Bezugnahme zur Mitwelt mit zunehmendem Lebensalter angewachsen. Begegnungen mit anderen Menschen und passende Rahmenbedingungen haben mich ermutigt, diesem Bewegungsimpuls dann Raum zu geben und in Form eines strukturierten Forschungsprojektes zu gestalten.

Prozesse wie Geburt am Beginn oder Sterben am Ende menschlichen Lebens sind mit Körper und Leiblichkeit verbunden. Aus Sicht einer schwangeren Frau vollzieht sich mit Geburt die Aufhebung einer erlebten körperlichen Einheit, mit der Trennung bei der Geburt werden es zwei eigenständige menschliche Wesen. Das körperliche und emotionale Erleben dieses Prozesses ist für Frauen, die erstmals Mütter werden, eine bisher unbekannte Erfahrung, die gewohntes Wahrnehmen und Handeln irritieren kann. Wie kommunizieren Frauen solche Prozesse? Wie werden Erwartungen und Anforderungen an professionelle Begleitung durch Hebammen formuliert und erlebt?

Beide Fragen signalisieren Einstiege in mögliche Forschungsprozesse, kennzeichnen jedoch jeweils unterschiedliche Ebenen. Während erstere nach weiblichen Kommunikationsformen zu Veränderungen des Erlebens durch Schwangerschaft und Geburt fragt, ist die zweite Frage auf Interaktion in professioneller Begleitung durch andere gerichtet. Aus Sicht von Hebammen, die diese Erlebensprozesse von Frauen professionell begleiten, sind beide Ebenen in Relation zu sehen. Sich den in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auftretenden Phänomenen mit diesen Fragen forschend zu nähern, bringt in Verschränkung von Theorie und Alltagspraxen Erkenntnisgewinne für Kommunikation und Interaktion zwischen Hebammen und anderen Frauen, die sie begleiten.

Forschen könnte insoweit als eine systematische Form der Annäherung an Phänomene der Welt verstanden werden, eine spezifische Hinwendung des forschenden Subjektes zur Mitwelt, die methodisch erfolgt mit Erkenntnissen, die so mit anderen ausgetauscht und geteilt werden können. Was unterscheidet Forschen jedoch von anderen Tätigkeiten, die im Berufsleben angewendet werden? Wie kann ich Forschen lernen? Diese Fragen haben mich in Vorbereitung und zu Beginn des Forschungsprojektes intensiv beschäftigt und zu vielschichtigen Überlegungen und Gesprächen mit anderen geführt.

Fazit zur Standortgebundenheit

Als Zugang zum Forschen hat sich für mich folgendes Verständnis von Subjekt und Struktur entwickelt: Forschen bezieht Ebenen des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens und Handelns ein, es wird von einem Subjekt ausgegangen, das sich interaktiv bewegt in Relation zu anderem als Mitwelt mit Ordnungssystemen. Als forschendes Subjekt können andere Akteur_innen, Situationen, Relationen oder Ordnungssysteme in den Blick genommen und zuordnend erschlossen werden. Erkenntnisse des forschenden Subjektes sind an Perspektiven gebunden. Diese Perspektiven eröffnen oder verschließen Erkenntnisse, die sich als relative Strukturen in Dimensionen wie Raum und Zeit aufspannen. Perspektiven können sich im Prozess des Forschens verändern. Es kommt zu Bewegungsfiguren des Suchens und Findens, des Öffnens und Schließens.

7.2 Biografische Wurzeln – Begegnungen und Geschichten

In den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin werden beispielhafte Geschichten zu Begegnungen genutzt, um in reflexiver Perspektive zur eigenen Biografie zu einer Verortung zu kommen, die unter dem Aspekt Forschen zu Erkenntnissen führt.

Exkurs einer biografischen Geschichte

Geschichten meiner Mutter zur Folge, hat ihre Großmutter ihr als Kind von fremden Ländern erzählt, während sie gemeinsam auf einer Fensterbank saßen und sich Landkarten in einem alten Schulatlas anschauten. Die Großmutter meiner Mutter hat ihrer Enkelin von fremden Kulturen erzählt, die sie in eigener Anschauung nicht kennenlernen konnte. Reisen fanden nur mit dem Zeigefinger auf der Landkarte statt und waren für die Großmutter mit intensivem Begehren und unerfüllten Sehnsüchten verbunden. Auf diese Weise wurde bei der Enkelin, Neugier an fremden Kulturen geweckt, und meine Mutter, als Vertreterin einer Frauengeneration mit anderen sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen als ihre Großmutter, konnte dann reisen und reiste gern, um diesem Begehren Raum zu geben.

Nach anderen Erzählungen meiner Mutter waren Bücher in ihrer Ursprungsfamilie eher Mangelware und Bildung wurde für Mädchen als unnötig angesehen, da sie ja heiraten werden. Dass meine Mutter dann doch eine weiterführende Schule besuchen durfte, deren Besuch außerdem ja noch Geld kostete, war nur dem Engagement ihres Volksschullehrers zu verdanken, der meinen Großeltern ins Gewissen redete und sie umstimmte. Zugang zu Bildung und Kultur hatte für meine Mutter zeitlebens einen hohen Wert. Als erwachsene Frau liebte sie es, literarische Bücher zu lesen und sich darüber mit anderen zu unterhalten. Auch hat sie ihren Kindern viel vorgelesen. Als ihre Tochter lese ich gern und viel. Die Wertschätzung des Lesen-Könnens hat meine Mutter an mich weitergegeben.

Nach Erzählungen meines Vaters waren in seiner Herkunftsfamilie humanistische Schulbildung und ein anschließendes Studium sowohl für die Söhne als auch für die Töchter der Familie Standard. Lesen von Fachbüchern und Schreiben eigener Texte gehörten zum Alltag des calvinistischen Pastorenhaushalts, in dem er herangewachsen ist. Kulturellen Veranstaltungen wie Theater oder Oper waren jedoch nicht gern gesehen und wurden als Ausdruck mangelnder Sittlichkeit gekennzeichnet.

Mein Vater machte die Pädagogik mit naturwissenschaftlichen Fächern zu seinem Beruf, blieb Kultur und Kunst gegenüber jedoch immer zurückhaltend. Auf Wunsch meiner Mutter pflegten meine Eltern eine Zeit lang eine gemeinsame häusliche Lesestunde, in späteren Jahren erzählte meine Mutter meinem Vater von Büchern, die sie gelesen hatte und interessant fand. Die Belesenheit meiner Mutter ermöglichte ihm so eine informierte Selbstdarstellung in der Öffentlichkeit. Als älter werdender Mensch hat sich mein Vater dann dem Schreiben zugewandt. Er schrieb regelmäßig Fachartikel zu kirchengeschichtlichen Themen in einer Gemeindezeitung.

Zugang zu Büchern und Bildung waren für meinen Vater selbstverständlich, aber auch mit Erwartungen und sozialen Verpflichtungen verbunden, die für ihn mit Spannungen verbunden waren. Seinen Töchtern hat er vermittelt, dass kulturelle Ausdrucksmittel, wie Texte lesen und schreiben zu können, als Selbstverständlichkeit zum Alltag gehören. Für mich als Tochter sind

jedoch auch Ambivalenzen sozialer Erwartungen spürbar gewesen, die daran geknüpft waren.

Diese Erinnerungen deuten auf biografische Wurzeln hin. Die Geschichten von meiner Mutter können in Verbindung mit Grenzen des sozialen Milieus ihrer Herkunft und der emotionalen Aufladung von Lernen als Beispiel für die Eröffnung von Zugängen zu Bildung gelesen werden. Die Geschichten von meinem Vater können ebenfalls in Verbindung mit dem Milieu seiner Herkunft und Gepflogenheiten des Bildungsbürgertums Anfang des 20. Jahrhunderts als schließende Zugänge zu kulturellen Dingen interpretiert werden.

Beide Stränge finden sich als biografische Wurzeln wieder und spielen für meine Verortung eine Rolle. Die Gemengelage dieser Wurzeln hat dazu geführt, dass ein wissenschaftliches Studium für mich Normalität und soziale Norm darstellte. In der Studienzeit habe ich mich jedoch zwischen Gefühlen der Selbstverständlichkeit und Orientierungslosigkeit bewegt. Ein wissenschaftliches Studium schien mir wenig zu bieten, um im Alltagsleben klar zu kommen. Kenntnisse und Abschlüsse zu erwerben, habe ich wenig wertgeschätzt und eher als überflüssig angesehen. Wissenschaftliche Forschung hat sich für mich nicht als Feld von beruflicher Tätigkeit angeboten und erschließen lassen.

Mit beruflichen Erfahrungen und zunehmendem Lebensalter hat für mich dann eine Entwicklung begonnen, in der möglicherweise die Saat der mütterlich vermittelten Sehnsüchte nach Wissen und Erkenntnis doch noch aufgegangen ist. Ich habe begonnen, Impulse zu forschendem Lernen aufzunehmen und damit verbundenen Suchbewegungen zu folgen.

In Verlauf meines Lebens haben sich aus der anfänglichen Orientierungslosigkeit in struktureller Rahmung des sozialen Herkunftsmilieus Bewegungsfiguren entwickeln, die sich biografisch abbilden. Die strukturellen Rahmungen begrenzen den Raum der Bewegungen zur Aneignung der Mitwelt, in dem sich forschendes Lernen vollziehen kann und für mich vollzogen hat.

Fazit zur Standortgebundenheit

Forschendes Lernen als Zugang, sich die Welt anzueignen, entfaltet sich zwischen Vertrautem und Fremdem. Forschendes Lernen als Weltzugang wird in sozialen Beziehungen übermittelt, eröffnet und verschließt Zugänge zu Kapital und gesellschaftlicher Position. Schlüsselpersonen bahnen Zugangswege, emotionale Impulse in Beziehungen zu anderen stoßen forschendes Lernen an. Neugier und intensiv gefühltes Begehren liefern Energie, um Hürden des Zugangs zu überwinden. Familiäre Muster im Umgang mit kulturellen Werten sind von sozialen und gesellschaftlichen Strukturen gerahmt. Strukturelle Rahmenbedingungen begrenzen oder eröffnen Chancen. Grenzen können individuell eingehalten oder überschritten werden. Es gibt einen strukturell gerahmten Spielraum der Gestaltung. Zugänge zu Informationen und Wissen wirken sich auf gesellschaftliche Teilhabechancen aus und sind mit Hoffnungen auf bessere Lebensumstände, mit Wohlstand und Wohlfühl verbunden. Wenn Zukunfts- und Leistungserwartungen sich jedoch überwiegend als Anforderungen darstellen, denen in gesellschaftlicher Normierung nachzukommen ist, kann sich Widerstand und Verweigerung einstellen.

7.3 Politisches wird privat – Begegnungen und Psycho-Strömungen

In Fortsetzung der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin geht es im Folgenden um soziale Strömungen, in die der Verlauf meines Lebens eingebunden ist. Die Vorstellung, den Verlauf des Lebens als Strömen in einem Bündel anderer Strömungen auszumachen, hat mich als Bilde in den folgenden Überlegungen begleitet, die wieder beispielhaft an biografischen Stationen festgemacht werden.

Exkurs einer biografischen Geschichte

In meiner Erinnerung ist das Studium sozialwissenschaftlicher Fächer in den 70-er Jahren verbunden mit unablässigen Diskussionen zu Begrifflichkeiten und in Positionierungen vorrangig männlicher Vertreter unterschiedlicher politischer Gruppierungen in Seminaren, die sich mir nicht erschlossen und mich gelangweilt haben.

Angetrieben von dem Wunsch, anders leben zu wollen als meine Eltern, erschien mir ein Leben in Wohngemeinschaft auf dem Land als gangbare Alternative zur Tristesse und Enge im bürgerlichen Elternhaus und verwirrendem Alltag des Studiums. Einfaches Leben mit Kindern in Einklang mit Natur wurde zur Lösung und Devise meines Alltags und bescherte mir neue Erfahrungen. Zugänge zu anderem Wissen öffneten sich, Sichtweisen auf die Welt veränderten sich.

In diesem Zusammenhang sind auch psychotherapeutische Praxen zu sehen, die ich anschließend in Selbsterfahrung am eigenen Leib und systematisch in Ausbildungen kennen lernte. Sie berührten Fragen, die sich im praktischen Alltag des Zusammenlebens mit Menschen ergaben. So waren Erkenntnisse über mich selbst und andere möglich, die mir schlüssig und relevant erschienen.

Suchbewegungen des forschenden Lernens nachgehend begann ich Zugänge zu unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen zu erschließen, in Ausbildungs- und Fortbildungsgruppen Anwendungsverfahren zu erlernen und in beruflichem Handeln anzuwenden. In diesem Lernprozess ist eine Bewegung des Öffnens und Schließens wahrzunehmen, die der beschriebenen Startmotivation zu dem Forschungsprojekt vergleichbar ist.

Im Verlauf meines Lebens sind mir immer wieder Menschen begegnet, die Impulse gegeben haben, mich zu Erfahrungen und Erkenntnissen im Sinne von forschendem Lernen angeregt haben. Den biografischen Bewegungen im Einzelnen wird hier nicht weiter gefolgt. Zum Teil sind sie auch bereits in anderen Kapiteln zur Standortgebundenheit als Forscherin (vgl. Teil A Kapitel 1 bis 3) angeklungen. In Hinwendung auf soziale Zeitströmungen kann sowohl die Ausrichtung auf ein Leben in Landkommunen als auch auf psychotherapeutische Praktiken als Bewegungen hin zum Privaten gelesen werden, die sich im Einklang mit sozialen Bewegungen der 70-er und 80-er Jahre als Orientierung kennzeichnen lässt.

7.4 Privat ist politisch – Begegnungen und feministische Strömungen

In den sozialen Bewegungen und Strömen dieser Zeit rückt das Subjekt in den Mittelpunkt, psychologisch fundierte Theorien zur Entwicklung der Persönlichkeit und zur Person differenzieren sich, daran orientierte Sichtweisen und Handlungspraxen werden öffentlich und gewinnen

soziale Wertschätzung. Es geht um Wissen über sich und andere, das unterschiedliche Wurzeln und Perspektiven hat, um die Suche nach Autonomie und Selbstbestimmung, nach Raum für Entfaltung und reflexivem Teilen von Erkenntnissen, um Räume für utopische Sinnhaftigkeiten.

Exkurs einer biografischen Geschichte

Mit Beginn der 80er Jahre habe ich ca. zehn Jahre in Frauenprojekten mitgearbeitet. Getragen von persönlichen Erfahrungen in einer komplizierten Ehe, die mit einer Trennung endete, vom Alltag mit kleinen Kindern und von Hürden beim Einstieg in existenzsichernde berufliche Tätigkeiten begann ich mit anderen Frauen an Beratungskonzepten von Frauen für Frauen zu arbeiten und habe am Aufbau eines Frauenprojektes mitgewirkt, in dem geleistete Arbeit perspektivisch auch bezahlt werden sollte. Diese intensive und kreative Zusammenarbeit mit anderen Frauen steht für mich in starker Verbindung mit forschendem Lernen und hat mich zu einer Perspektive der Wahrnehmung und des Denkens geführt, die mich seit dieser Zeit begleitet.

In der Suche nach Literaturquellen für dieses Kapitel bin ich auf einen Fachbeitrag von Brigitte Schigl (vgl. Schigl 2010) zu feministischer und Gendertheorie gestoßen, die mich beeindruckt haben. Aus dieser Lektüre erwachsen plötzliche Erkenntnisse, wie sich meine Biografie mit Strömungen einer spezifischen Zeit verbindet. Mit diesem einordnenden Verstehen wurde ein emotionaler Effekt auslöst, der sich als Begeisterung kennzeichnen lässt, in einer solchen Epoche gelebt zu haben. Um diese Begeisterung transparent zu machen und möglicherweise auch teilen zu können, werde ich dem von Schigl dargestellten Überblick im Folgenden als Exkurs Raum geben.

Exkurs zu feministischen und Gender-Diskursen und ihre Bedeutung fürs psychologische Feld

Brigitte Schigl und Surur Abdul-Hussein haben gemeinsam ein Buch veröffentlicht, das sich mit Menschenbildannahmen in feministischen Diskursen als Perspektive für Psychotherapie beschäftigt. Der Fachbeitrag von Brigitte Schigl (vgl. Schigl 2010) basiert auf dieser Arbeit und untersucht, wo die theoretischen Annahmen feministischer Denkerinnen und Gendertheoretikerinnen in Praxen des psychosozialen Feldes aufzufinden sind, wie sich Theorien und Praxen gegenseitig befruchtet haben.

Nach Schigl richtet sich feministische Kritik gegen Idealvorstellungen von Gesundheit, die sich „vom weißen bürgerlichen Mann“ ausgehend als „Norm“ darstellen. Diese Norm ist der Ausgangspunkt allen Wissens und Erfahrung und „macht Frauen zu Anderen und Minderen“. Feministische Diskurse richten sich auf die „Gleichsetzung von Mensch und Mann als Andozentrismus“, die „Abwertung der Frau als Misogynie“, „Verzerrungen in der Darstellung von Frauen und Weiblichkeit als Sexismus“ und die „Hegemonie von Männern“ in fast allen beruflichen Feldern. Schigl weist darauf hin, dass es sich bei diesen feministischen Diskursen um „unterschiedliche Strömungen“ handelt mit „Auseinandersetzungen zu Identitäts-, Subjekt- und Sozialisationstheorien“, die „gleichzeitig in unterschiedlichen Projekten oder auch vermischt in ein und demselben Aufgabengebiet“ stattgefunden haben.

Feministische Theoriebildung erwächst aus Handeln im Feld und wirkt darauf zurück. Es handelt sich dabei nicht um Prozesse, die sich in einer linear verlaufenden Figur vollziehen oder die an allen Orten gleichzeitig und in gleicher Intensität aufgetreten sind. Schigl differenziert ein-

zelne feministische Diskurse. Der Diskurs der Gleichheit und der Geschlechterdifferenz haben die längste Tradition und sind inzwischen in gesellschaftliche Alltagstheorien und Praktiken eingegangen.

Nach Schigl (vgl. ebenda 1.1) begann der „Diskurs der Gleichheit“ im 19. Jahrhundert mit der ersten Frauenbewegung und geht von der „Annahme aus, dass eine Gleichheit der Geschlechter in Bezug auf Intelligenz, Fähigkeiten und Menschsein“ sowie ein „Recht auf Freiheit“ besteht. Dieser Diskurs geht mit der Begrifflichkeit „die Frau“ von einem „kollektiven Subjektbegriff“ als Generalisierung auf alle Frauen aus. Die zweite Frauenbewegung Anfang der 70er Jahre konnte an diese Überlegungen anschließen und verknüpfte sie mit der Forderung nach „Chancengleichheit“. „Frausein war das verbindende Element“, Unterschiede werden in „kollektive weibliche Erfahrung als Betroffenheit“ eingeordnet. Alltagserfahrungen und Gesellschaftsstrukturen werden aufeinander bezogen, „subjektive Erkenntniswege legitimiert“ und öffentlich sichtbar gemacht. Ungleiche Teilhabechancen durch patriarchale Macht- und Herrschaft werden kritisiert, die prinzipielle Gleichheit der Geschlechter in Kompetenzen, Rechten und Pflichten wird betont. Gleichzeitig wird eine spezifische Sicht auf Differenzen zwischen Opfer und Täter etabliert.

„Das Bild der Frau aus den Anfängen der zweiten Frauenbewegung ist das eines gesellschaftlich unterdrückten, auf den privaten Reproduktionsbereich eingeschränkten und gleichzeitig aller Fähigkeiten für eine gesellschaftliche Teilhabe mächtigen Wesens.“

Es ist verbindet sich mit dem „Bild eines kollektiven Opfers gesellschaftlich struktureller Gewalt“.

Der „Diskurs der Differenz“ kehrt nach Schigl (vgl. ebenda 1.2) in den 80er Jahren aus den USA nach Europa zurück. Italienerinnen entwickeln eine feministische Denkweise, die den Gleichheitsdiskurs ablehnt, weil darin eine Angleichung an männlichen Normen gesehen wird. Es wird das „Bild der völlig für sich stehenden, unabhängigen und positiv gezeichneten Frau, ohne Heranziehung des Männlichen als Vergleich oder Bezugspunkt“ entworfen. Es gibt eine „unleugbare und strukturelle Differenz zwischen Frau-Sein und Mann-Sein, die von jedem der beiden Geschlechter aus ihrer Parteilichkeit heraus gedacht wird“. „Weibliche Subjektivität“ wird als „ursprünglicher und eigenständiger Standpunkt“ konstruiert, was sich mit einer „Idealisierung von Frausein und Weiblichkeit“ verbindet. „Frauen sind in diesem Denken zugleich Erkenntnissubjekt und Erkenntnisobjekt“. Geschlechtlichkeit im Mensch-Sein wird als biologisch und ontologisch bestimmt, die gesellschaftliche Positionierung jedoch als kulturell hervorgebracht gesehen.

Auch der „Diskurs der Diversität“ (vgl. ebenda 1.3) nimmt in den 80-er Jahren seinen Weg aus den USA nach Europa und kritisiert feministische Normsetzung durch „privilegierte weiße heterosexuelle Mittelschichtsfrauen“ und die „Besetzung des Subjekts Frau durch eine feministische weibliche Minderheit in der westlichen Welt“. Als „patriarchale Mittäterinnen“ unterdrücken sie andere Frauen „zur Konstruktion ihrer eigenen weiblichen Überlegenheit“. Aspekte wie Ethnie, sexuelle Orientierung, gesellschaftliche Herkunft und Positionierung rücken in den Fokus des Erkenntnisinteresses. Das Bild der Frauen geht von „handlungsfähigen Subjekten aus, die in soziokulturell konstruierten (Macht)Verhältnissen und Identitätsvorstellungen leben, welche marginalisierte Frauen ausschließen“. Die Reflexion von Herrschaftsformen ermöglicht Erkenntnisse zu Diskriminierungsprozessen.

„Frausein ist keine einheitliche Kategorie sondern differenzierte Subjektivität und betont den politischen Charakter der Epistemologie.“

Nach Schigl (ebenda 1.4) kennzeichnet der „empirisch-konstruktivistische Diskurs des Doing Gender“ den Übergang von feministischer zu gendertheoretischer Denkart.

„Statt einer (mehr oder minder) universalistischen Subjektsetzung von Frausein erweitert sich die Perspektive auf Frauen und Männer gleichermaßen und damit auf die historischen und soziokulturellen Konstruktionen von Geschlecht und Geschlechterverhältnis für Frauen und Männer.“

Alle Interaktionen und Handlungen werden als durch Geschlechtszugehörigkeit überformt angesehen, Sozialisation konstruiert und perpetuiert Geschlechterverhältnisse. Erwartungen an Männer und Frauen sind von historisch und gesellschaftlich gewachsenen Vorstellungen geprägt. Der Prozess der „Geschlechterdarstellung und Geschlechterwahrnehmung im Alltag“ wird mit dem Begriff „doing gender“ bezeichnet, Zugehörigkeit zu einem Geschlecht drückt sich im Tun aus. Menschen sind „kulturell bestimmte Wesen“, „Frau und Mann werden handelnde Subjekte und als gesellschaftlich determiniert im Sinne der Entsprechung gesellschaftlicher Erwartungen verstanden“, die „sich entlang komplementär konstruierten Normen und Zuschreibungen formieren“:

„Die komplementäre, polarisierte Zweigeschlechtlichkeit ist im Denken des doing gender eine soziale Konstruktion und dient der Orientierung und Komplexitätsreduktion.“

Im „poststrukturalistischen Diskurs des undoing genders“ (ebenda 1.5) wird dann auf unterschiedliche Wissenschaftsbereiche Bezug genommen und Verbindungen gesucht.

„Theorien operieren mit dem System der Zweigeschlechtlichkeit und reproduzieren und transportieren diese Vorstellungen permanent weiter, während andere Sichtweisen aufgrund fehlender Sprachsysteme gar nicht gedacht werden können.“

Judith Butler als eine Vertreterin dieses Diskurses schließt am Diversitätsdenken an und stellt das Subjekt des Feminismus in Frage, „undoing gender“ bedeutet, „Frauen und Männerbilder ständig in Frage“ zu stellen und „alles sprachlich Ausgedrückte“ einer Dekonstruktion zu unterziehen.

„Das bedeutet, dass die bestehende vorherrschende Art der Thematisierung der Geschlechter andere mögliche Formen der Betrachtung ausgrenzt und verunmöglicht, Dekonstruktion ist somit eine Strategie der Aufdeckung und Neubewertung von Hierarchien, Normen, Werten bzw. dessen, was sie ausschließen.“

Mit dieser Strategie werden bewusste und unbewusste Normen und Werte offengelegt und sichtbar. Die Matrix der Zweigeschlechtlichkeit und Zwangsheterosexualität bilden die Basis für die Entwicklung der „Quer Theory“. Indem Transgender-Lebensweisen sichtbar und öffentlich werden, werden Normen von Geschlechtlichkeit in Frage gestellt. Denkfiguren und Handlungsmuster verändern sich dadurch.

Verschiedene feministische Diskurse haben also gemeinsame Wurzeln, sind nebeneinander und aufeinander bezogen entstanden, ergänzen und widersprechen sich. Eine Gemeinsamkeit ist nach Schigl auch,

„dass das gemeinsame Handeln der feministischen psychosozialen Praktikerinnen über die unmittelbare Intervention für die einzelne Klientin oder die (Ziel)Gruppe hinaus, immer gesellschaftliche Hintergründe mitgedacht und (meist) politische Ziele formuliert hat.“

Nach Schigl haben die frühen feministischen Gesundheitsprojekte an eigenen Erfahrungen zu Sexualität, Lust und Verhütung angesetzt und dies mit der „Forderung nach Selbstbestimmung

über den eigenen Körper“ verbunden. Kritik an Macht und Kontrolle über den weiblichen Körper und Fruchtbarkeit durch männerdominierte Medizin waren Ausgangspunkt, Selbsterfahrung und Selbsthilfe rückten in den Vordergrund:

„Frauen wehrten sich gegen die Andersbehandlung von Männern und Frauen durch das Gesundheitssystem und forderten Selbstbestimmung über den eigenen Körper und Sexualität, so wie sie Männern zugestanden wird.“

Feministische Diskurse zur Gleichheit und zur Differenz wirkten sich auf der Ebene des praktischen Handelns aus. Erkenntnistheoretisch wird der männliche Blick in Wissenschaft und Forschung, der Frauen zu Objekten macht, durch die Praxis von Frauengesundheitsprojekten kritisiert und verändert. Auf der Ebene der Praxis ging es auch darum, Räume öffentlich ausschließlich für Frauen, als eigene Territorien zu markieren. Dies war mit Vorstellungen verbunden, dass sich in diesen Räumen dann Eigensinn von Frauen entfaltet, ausdrückt, entwickelt. Utopisches kann in den Raum der Öffentlichkeit treten und wird damit öffentlich sichtbar.

In den 80er Jahren begannen Forscherinnen im Kontext von Wissenschaft und Universitäten an feministischen Perspektiven zu Gesundheit anzuknüpfen. Es werden Unterschiede in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, von Symptombeschreibungen, Diagnosen und Behandlungen konstatiert. Nach Schigl erwachsen Untersuchungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers aus dem Diskurs zur Gleichheit der Geschlechter. Wissenschaftlich begründete Antworten zu den festgestellten Unterschieden basieren auf dem Differenzdenken und dem Diversity-Ansatz für empirisch-konstruktivistische Überlegungen.

Nach Schigl (vgl. ebenda 2) werden psychologische und psychotherapeutische Theorien von feministischen und Gender-Theoretikerinnen in den meisten Fällen als androzentrisch entlarvt. Zum Beispiel werden in Studien von Inge Brovermann patriarchale Geschlechterstereotypen der psychosozial Tätigen nachgewiesen:

„Der gesunde Mann wird mit gesundem Mensch gleichgesetzt, eine gesunde Frau hingegen hat Eigenschaften, die beim männlichen Geschlecht als krank eingestuft werden.“

Die Auseinandersetzung mit Theorien der Psychoanalyse (vgl. auch Teil A Kapitel 3.3) ist umfangreich. Feministische Psychoanalytikerinnen nutzen in der Mehrzahl den Differenzansatz und „beschreiben unterschiedliche Entwicklungen von Frauen und Männern mehrheitlich vor einem konstruktivistischem Weltverständnis, das Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität als durch die Verhältnisse hergestellt (...) begreift.“

Andere Protagonistinnen deuten tiefenpsychologische Annahmen zu Weiblichkeit und Männlichkeit konstruktivistisch im Sinne von „doing gender“ neu. Auf welche Diskurse sich unterschiedliche psychotherapeutische Schulen in ihrer Sicht auf Geschlecht und Geschlechtsverhältnisse beziehen, wird an dieser Stelle nicht zusammenfassend eingegangen.

Schigl (vgl. ebenda 2) bezieht sich auf den aktuellen feministischen Gesundheitsdiskurs, der sich in Kritik an „medizinunterstützte Manipulation von – meist weiblicher – Leiblichkeit“ im Zusammenhang mit Herstellung von Schönheit und Reproduktionsfähigkeit entspannt. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass der „Gleichheitsdiskurs im Gesundheitswesen mit seinen Wirtschaftsunternehmen angekommen“ ist und gesellschaftliche Akzeptanz erreicht hat, während im psychosozialen Feld eine „Abnahme der Schärfe der politischen Auseinandersetzungen“ zu verzeichnen ist.

In aktueller Ergänzung erfolgt hier noch ein Hinweis auf die Überlegungen von Susanne Maurer (vgl. Maurer 2016, S. 135 ff) zum Begriff „Erinnerungslandschaft“ und „Gedächtnis der Konflikte“, die mich in einer späteren Leserunde zu diesem Thema zum weiteren Nachdenken angeregt haben.

Fazit zur Standortgebundenheit

Begegnungen mit sehr unterschiedlichen Frauen haben mich im Verlauf meines Lebens privat und beruflich in Kontakt mit feministischen Strömungen gebracht. Eine Auseinandersetzung mit Gleichheit und Diversität, mit Macht und Herrschaft haben mich auf diesem Weg begleitet.

Die hier vorgestellten Diskurse haben Spuren hinterlassen, die sich im Verlauf meines Lebens biografisch auffinden lassen. Soziale und gesellschaftliche Macht- und Herrschaftsverhältnissen sind an männlichen Werten und Normen orientiert und bringen diese immer wieder hervor. Als Standortgebundenheit der Forscherin wird festgehalten: trotz einem Verständnis von individueller Diversität mündet Frau-Sein in verbindende, kollektive, weibliche Erfahrungen ein, die als spezifisch und strukturell gerahmt anzusehen sind. Von diesen Strukturen sind Beziehungen zwischen Frauen geprägt. Auch in diesen Beziehungen ist von Diskriminierungsprozessen auszugehen.

Wenn weibliche Subjektivität als eine Perspektive im Forschen markiert wird und einen Erkenntnisweg kennzeichnet, geht es nicht um Angleichungsprozesse an männliche Werte und Normen, sondern um Entfaltung von weiblichem Eigensinn und der Suche nach kollektivem Erfahrungswissen.

Das begründet auch ein spezifisches Raumverständnis. Räume werden in Standortgebundenheit der Forscherin als Territorien für Frauen proklamiert, die es öffentlich zu besetzen gilt. Diese Räume sind ausschließlich Frauen zugewiesen und vorbehalten, um dort ungestört Prozesse weiblichen Eigensinns als Kollektiv-Erfahrungen zu entfalten. Auch gegenwärtig erweist es sich in Deutschland immer noch als notwendig, öffentlichen Raum für eigene Ausdrucksformen weiblicher Subjektivität einzufordern, so dass Wissen von Frauen und weibliche Erfahrungen im sozialen Raum sichtbar werden, um Macht- und Herrschaftsverhältnisse der Geschlechter zu verändern.

7.5 Weg in der Institution – Begegnungen und Gouvernamentalität

In Fortsetzung der Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin geht es im Folgenden um andere soziale Strömungen, in die der Verlauf meines Lebens eingebunden werden kann. Diese Erfahrungen haben sich in der Berufstätigkeit in einer staatlich administrativen Organisation ergeben.

Exkurs einer biografischen Geschichte

Anfang der 90er Jahre habe ich die Welt autonomer Frauenprojekte verlassen, um anschließend mehr als zwei Jahrzehnte als Mitarbeiterin einer Kommune beruflich zu arbeiten. Der Wechsel in diesen institutionellen Rahmen war von Vorstellungen begleitet, dort Ressourcen erschließen zu können, die über die bisher gewohnten Möglichkeiten der Einwirkung auf soziale Strukturen hinausgehen. Territorien der Frauenerkenntnisse sollten sich in andere Räume ausweiten.

Eine Planungsaufgabe aus öffentlicher Verwaltung heraus zu entwickeln, erschien mir als

Chance und Herausforderung zugleich. Eine dieser damaligen Vorstellungen war, dass mein bis dahin in Erfahrungsräumen von Frauenprojekten erworbenes Wissen in einem anderen strukturellen Kontext in wirkungsvoller Weise zur Gestaltung sozialer Veränderungen beitragen würde. Diese Vorstellung war von ungebrochener Überzeugung eigener Wirkfähigkeit geprägt, die ich aus heutiger Sicht humorvoll als jugendlichen Übermut und Überschätzung kennzeichnen würde.

In dieser beruflichen Phase habe ich viel über Institutionen als strukturelle Rahmung beruflicher Praxen sowie deren Organisation und speziell über öffentliche Verwaltung lernen können. Wissen, emotionale Befindlichkeiten und Einschätzungen dazu haben sich im Laufe der Zeit mehrfach verändert. Phasen der Begeisterung haben sich mit Phasen der Resignation abgewechselt. Erleben von männlich geprägter Macht und Herrschaft haben in spezifischer Weise auf mich gewirkt. Wahrnehmung von und Erkenntnisse über Organisationen als interessen geleitete Gebilde haben den Fokus auf Strategien gelenkt. Durch zunehmendes Erfahrungswissen haben sich Gewichtung und Zeitdimensionen in der Relation von Individuum und Institution verschoben. Eine beispielhafte Erfahrung ist, dass soziale und gesellschaftliche Veränderungsprozesse sich im Verlauf langsamer und in der Bandbreite weniger different darstellen, als es meiner ursprünglichen Erwartung entsprochen hätte. Für die zeitliche Dimension hat sich im Verlauf der Berufstätigkeit daraus eine Mehrgenerationenperspektive entwickelt.

In der Suche nach Quellen, die zur Unterfütterung dieses Erfahrungswissens aus wissenschaftlicher Perspektive herangezogen werden können, bin ich auf Überlegungen von Thomas Lemke (vgl. Lemke 1999/2016) zu Foucault und zu Gouvernamentalität gestoßen, auf den ich an dieser Stelle mit einem Exkurs Bezug nehmen möchte, um Begegnungen mit diesen Strömungen für andere nachvollziehbar machen zu können.

Exkurs zu Gouvernamentalität als Technologien des Regierens (vgl. Lemke 1999/2016)

Der moderne Staat ist durch eine verwickelte Kombination von Individualisierungstechniken und Totalisierungsverfahren gekennzeichnet. Foucault interessiert sich in seinen Forschungen für Prozesse, wie sich moderne Staatlichkeit und Subjektivität herausbilden.

Der Begriff Gouvernamentalität setzt sich semantisch aus „Regieren (gouverner) und Denkweisen (mentalité)“ zusammen. Foucault differenziert die Begriffe Macht und Herrschaft. Der Begriff Regierung bedeutet für ihn, Machtbeziehungen unter dem Aspekt Führung in den Blick zu nehmen. Das Regieren übernimmt eine Scharnierfunktion, ist Bindeglied zwischen strategischen Machtbeziehungen und Herrschaftszuständen und vermittelt zwischen Macht und Subjektivität. Mit diesem Scharnier werden Herrschaftstechniken und Technologien des Selbst verknüpft. Nach Lemke kann Gouvernamentalität als „Macht-Wissen-Komplexe“ gefasst werden.

„Regieren“ umfasst alle Formen des Führens von Menschen und schließt Selbsttechniken und Techniken der Fremd-Führung ein. Nach Foucault können drei Formen des Regierens unterschieden werden: Staatsräson, Policy und Liberalismus. Regieren ist mit Disziplinartechnologien verbunden. Techniken und Verfahren der Disziplinierung richten Individuen in ihrem Denken und Handeln an normativen Vorgaben aus, passen Subjekte in soziale Strukturen ein. Sicherheitstechnologien sind von reinen Disziplinarsystemen zu unterscheiden. Der Ausgangspunkt von Sicherheitstechnologien ist das empirisch Normale, das als Norm anerkannt wird, und weitere Differenzierungen erlaubt. Die Realität wird quasi zur Norm erhoben und im Streben nach Si-

cherheit gibt es keine absoluten Grenzen zwischen Erlaubten und Verbotenen, sondern es geht darum, ein spezifisches, optimales Mittel einer Bandbreite von Variationen zu finden. Nach Lemke differenziert Foucault rechtliche Normen, disziplinäre Normierung und Normalisierung durch Sicherheitstechnologien.

Ein liberaler Staat ist mit der rechtlichen Garantie von Freiheit, der Organisation von Bedingungen, unter denen Individuen frei sein können, und der Produktion dieser Freiheit verbunden. Zwischen Freiheit und deren Gefährdung besteht eine problematische Beziehung, die der ständigen Reflexion und Steuerung bedarf. Regierungskunst im liberalen Staat setzt auf Freiheit, die grundsätzlich fragil und bedroht ist, und immer neuer staatlicher Interventionen bedarf. Staatliche Interventionen basieren auf dem Sicherheitskalkül. Technologien und Verfahren der Sicherheit kontrollieren Mechanik und Dynamik von Interessen und Begehren. Im liberalen Staat ist Freiheit ein zentrales Produkt mit Produktionskosten.

Nach Lemke führen Formen des Neoliberalismus in den USA und dem Nachkriegsdeutschland zu einer Neudefinition des Verhältnisses von Staat und Ökonomie. Der Staat überwacht nicht mehr die Marktfreiheit, der Markt wird zu einem sich organisierenden regulierenden Prinzip des Staates. Im neoliberalen Staat ist Rationalität des Regierens gebunden an rationales Handeln der Individuen. Die natürliche Freiheit wird durch eine künstlich arrangierte Freiheit als unternehmerisches Verhalten von ökonomisch-rationalen Individuen ersetzt. In Deutschland wird Freiheit der Marktwirtschaft zur Norm staatlichen Handelns, das durch soziale Interventionen zu rahmen ist. Begrifflich wird das unter dem Prinzip der sozialen Marktwirtschaft gefasst. Der Logik der Ökonomie wird damit für alle Bereiche menschlichen Handelns Gültigkeit eingeräumt.

Beim Regieren geht es um die Zuweisung knapper Ressourcen zu konkurrierenden Zielen. Regieren im Neoliberalismus ist mit dem Kalkül verbunden, Individuen dazu zu bringen, ihre knappen Mittel eher für ein bestimmtes Ziel als für ein anderes einzusetzen. Der Markt wird zum Herrschaftszustand, Machtbeziehungen zeigen sich in strategischen Spielen. Technologien und Verfahren des Regierens verbinden Spiele der Macht mit spezifischen Zuständen der Herrschaft. Es gibt keine machtfreien Zonen, keine interpersonale Kommunikation und Interaktion ohne Macht. Mit strategischen Spielen bestimmen Individuen das Verhalten der anderen und suchen es zu lenken. Nach Lemke ist Macht ein ubiquitäres Merkmal menschlicher Interaktion. Institutionalisierte Ausübung von Macht bedient sich politischer und militärischer Mittel, Asymmetrien werden dauerhaft etabliert, das Feld der Machtbeziehungen ist blockiert und damit starr, Mobilität und Freiheitsspielräume sind beschränkt. Technologien des Regierens sind darauf gerichtet, Macht systematisiert, reguliert und reflektiert auszuüben, um über strategische Spiele hinauszugehen, ohne die Dauerhaftigkeit und Starre von Herrschaftszuständen anzunehmen. Herrschaft wird so nicht zur Quelle der Ausbeutung und Unterwerfung, sondern ist ein Effekt der Praktiken des Regierens, um Machtbeziehungen zu systematisieren, zu stabilisieren und so Herrschaftszustände herzustellen.

Für die Analyse dieser Form des Regierens ist bemerkenswert, wie institutionelle Herrschaftstechniken Prozesse nutzen, in denen Individuen auf sich selbst einwirken und Selbsttechnologien in Zwangs- und Herrschaftsstrukturen integriert sind. Nach Lemke sind

„Regierungstechnologien als Ensemble von Produktionstechniken zu fassen für Sinnkonstruktionen und Kommunikation, für Selbst und Herrschaftszustand“.

Technologien des Regierens legen fest, wie strategische Spiele ablaufen, ob sie offen oder verdeckt, fixiert oder flexibel sind, Herrschaftsverhältnisse verhärten oder Freiheitspraktiken eröffnen. Lemke spricht in diesem Zusammenhang von der

„Kunst der freiwilliger Unknechtschaft, der reflektierten Unfügsamkeit“.

Diesem Hinweis von Lemke auf eine Kunst der reflektierten Unfügsamkeit aufnehmend, die dem Subjekt im Zusammenspiel der Technologien des Regierens eigen sein könnte, wenden sich die Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin einer weiteren Quelle zu. Ausgehend von einem Zusammenspiel von Macht und Wissen richtet Susanne Maurer (vgl. Maurer 2013) die Aufmerksamkeit auf „Bruchlinien im Auftauchen eines akzeptierten Systems von MachtWissen“. Sie befragt das Subjekt als Widerstand in diesem System. Nach Maurer führt Gouvernamentalität systematisch immer auch die Dimension der Subjektivierung mit.

Exkurs zu Gouvernamentalität mit einem Subjekt als Widerstand (vgl. Maurer 2013)

Ein sozialwissenschaftlicher Zugang orientiert sich an gesellschaftlichen Fragestellungen, eine epistemologische Perspektive untersucht Wissen als „MachtWissen“. Nach Maurer greift „im gesellschaftlichen Diskursraum verfügbares und Platz anweisendes Wissen auf spezifische Rationalisierungsweisen“ zurück.

In einer wissenssoziologischen Analyse geht es um gesellschaftliche Produktion von Wissen mit dem Bezugspunkt Gesellschaft. Mit einer diskursanalytischen Perspektive werden Grundpositionen dekonstruiert, in denen von Ordnungssystemen ausgegangen wird, die durch Diskurse hergestellt werden. Prozesse sozialer Konstitution, Objektivation, Kommunikation und Legitimation von Sinnstrukturen sind damit auf der Ebene kollektiver Akteur_innen, auf Ebene von Institution und Organisation zu rekonstruieren und in ihrer Wirkung zu analysieren.

Mit Bezug auf Foucault unterscheidet Maurer zwischen realen, reflexiven und diskursiven Beziehungen, die lose verkoppelt sind, aber auch separiert betrachtet werden können. Gegenstände, Regeln zu Äußerungsmodalitäten, verwendete Begrifflichkeiten und Strategien von Diskursen sowie Auswirkungen historischer Prozesse sind zu untersuchen und transparent zu machen. Von Interesse ist, „wie sich Wissen konstituiert und welche Art von Antiwissen“ es hervorgerufen hat.

Konstitution von Wissen basiert auf einem prozessualen Verständnis in Dimensionen von Zeit und Raum. Das Auftauchen von institutionellen Strategien und Machtwirkungen steht mit spezifischen Aussageformen und formativen Regeln sowie mit daran gekoppelten sozialen Praktiken in Verbindung. Brüche und Kontingenzen im „MachtWissen“ markieren für Maurer das Feld möglicher Umkehr oder Veränderung. Kritik ist dann eine Strategie, Bewegung im Feld der Auseinandersetzungen und diskursiven Kämpfe zu erzeugt. Diese Bewegungen und Verschiebungen ermöglichen Prozesse von Grenzerfahrungen, die das Subjekt von sich selbst löst und in eine andere strukturelle Rahmung transformiert.

Maurer sieht in Kritik als Strategie kein Erkenntnismodell, sondern ähnlich wie Lemke eine „Kunst, nicht auf diese Weise und um diesen Preis regiert zu werden“. Sie (ebenda S. 149) weist dem Subjekt einen spezifischen Platz für soziale Bewegungen zu:

„Mit dem konkreten Subjekt und mit der Subjektivität dieses konkreten Subjekts wird jede gesellschaftliche Bewegung erst lebendig. Es führt also kein Weg an diesem Subjekt der Geschichte vorbei.“

Das „Subjekthafte“ wird gefasst als „sich artikulieren“ oder „re-artikulieren“, es gibt „Einspruch gegen Ungerechtigkeit“ und „Anspruch auf Demokratie und Teilhabe“ eine Stimme im Regieren und zeigt sich als Widerstand, „der die eigenen Bewegungen und Bestrebungen unterläuft“. Maurer (ebenda S. 149) bringt es abschließend auf den Punkt:

„Physikalisch verweist Widerstand auf Spannung – sozial wird daraus die Spannung des Konflikts, aber auch die Lust auf Veränderung. Aus beiden entstehen Bewegung und Entwicklung immer wieder neu. Und das alles meint die Rede vom Subjekt als Widerstand.“

Fazit zur Standortgebundenheit

An diese Überlegungen lassen sich sowohl meine Erfahrungen anschließen als auch soziale Bewegungen mit Blick auf Gouvernamentalität einordnen. Die dargestellten Überlegungen zu Macht und Herrschaftsverhältnissen, zu Technologien und Verfahren des Regierens, zu Gouvernamentalität und dem Subjekthaften als Widerstand erscheinen mir geeignet, um Sichtweisen und Erfahrungen, die sich in den Materialien des Forschungsprojektes zeigen, einordnen zu können. Das subjekthafte und die strukturelle Rahmungen verdichten sich zu Spielräumen, die von Hebammen oder Familienhebammen mit beruflichen Praxen gestaltet werden.

Forschen ist auch eine Form des Regierens und der Produktion von „MachtWissen“ mit einem spezifischen räumlich und zeitlich dimensionierten Ensemble der Relationen von Subjekten in Strukturen und den zugehörigen Spielen der Macht. Diesem Aspekt ist im Rahmen des Forschungsprojektes mit Aufmerksamkeit zu begegnen.

7.6 work in progress - weitere Spuren und Anregungen

Mit den Vorbereitungen des Forschungsprojektes begann für mich eine Beschäftigung mit der Frage, was als Wissen gilt und wie Wissen entsteht bzw. weitergegeben wird. Daraus ist ein Interesse erwachsen zu verstehen, wie sich Erkenntnisse durch forschendes Lernen einstellen, wie es gelingt, neue Sichtweisen mit bereits bekannten Orientierungen zu verbinden, wie sich im Lebensverlauf spätere Sichtweisen von früheren unterscheiden, wie sich Sichtweisen von Forscherinnen an Sichtweisen vorangegangener Generationen von Forscherinnen anschließen, wie Diskurse und strukturelle Rahmungen im Forschen einzuordnen und zu interpretieren sind.

Meine Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin haben damit begonnen, dass ich Fachbücher und Studien als Quellen gesichtet habe, in denen möglicherweise Antworten auf diese Fragen zu finden sind. Erste Funde haben mich beflügelt, Spuren anderer Wissenschaftlerinnen zu folgen. Auch persönliche Kontakte und Begegnungen haben den Prozess des eigenen forschenden Lernens angefeuert und bereichert. Im Folgenden gehe ich auf Beispiele ein, die ich hervorheben möchte, weil sie mich in diesem Sinne angeregt und getragen zu haben.

Zur Unterscheidung von Geschlechtlichkeit (vgl. Lindemann 2011)

Ein solches Beispiel ist die Dissertation von Gesa Lindemann. Sie untersucht transsexuelle Geschlechtsveränderungen und zeigt, dass eine Veränderung von Frau-zu-Mann anders verläuft als eine Veränderung Mann-zu-Frau. Im Vorwort zur zweiten Auflage beschreibt sie, wie sich ihre Einschätzungen durch Fortsetzung eigenen Forschens sowie durch kritische Stimmen zu ihrer

Forschungsarbeit verändert haben und wie sie Ergebnisse daraufhin jetzt anders interpretiert. Sie (vgl. ebenda S. 10 f) beschäftigt sich in diesem Zusammenhang mit der „Frage, wie Gesellschaften die Grenzen zwischen sozialen Personen und anderen Entitäten ziehen“ und kommt zu der These, „dass der Mensch seit dem 18. Jahrhundert zu einem diesseitigen natürlichen Wesen wird, das anhand von vier Grenzbeziehungen begriffen wird – dem anthropologischen Quadrat. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass es sich nicht um eindeutig fixierte Grenzbeziehungen, sondern von Anfang an um umkämpfte Grenzen handelt.“

Für diese Form der Grenzziehung zwischen Personen und anderen ist nach Lindemann (vgl. ebenda S. 11f) kein anspruchsvolles Kriterium in Form von personalen Eigenschaften wie Autonomie oder Selbstbewusstsein erforderlich.

„Das Kriterium funktioniert von seiner inneren Logik her inklusiv, was zu einer zunehmenden Einbeziehung aller lebenden Menschen führt. Trotz der Naturalisierung des Kriteriums soll der Mensch aber exklusiv dem Bereich der Gesellschaft zugeordnet werden. Es scheint so, als würde die Geschlechtsunterscheidung hier als vermittelndes Glied funktionieren. Sie bezieht den Menschen als (gesellschaftlich erzeugtes) Naturwesen ein, funktioniert dabei aber in einer Weise, die den Menschen von anderen Naturwesen unterscheidet.“

Als neue Form der Geschlechterunterscheidung ist nach Lindemann (ebenda S. 13 f) sowohl die Differenz als auch die Gleichheit unterschiedlicher Geschlechter denkbar. Sie formuliert als Arbeitshypothese:

„Die Geschlechterunterscheidung ist diejenige gesellschaftliche Form, die einen Geltungsbereich für ihre Unterscheidung festlegt, der sowohl den Bereich der menschlichen Natur als auch den der menschlichen Gesellschaft/Kultur umfasst und diesen insgesamt vom Nichtmenschlich-Natürlichen abhebt. In diese Weise stützt die Form der Geschlechterunterscheidung die moderne Grenzziehung zwischen sozialen Personen und anderen anhand der Unterscheidung lebender Mensch/anderes.“

Die Möglichkeit, eine Auseinandersetzung mit grundsätzlichen Fragen nach der menschlichen Natur in Begrenzungen von Körper und Leiblichkeit zu suchen und sich mit unterschiedlichen Perspektiven fortgesetzt in einen eigenen Diskurs zu begeben, hat mich beim Lesen dieser Dissertation angesprochen und ermutigend gewirkt, Denkhorizonte im forschenden Lernen als beweglich anzusehen, Spuren des Eigensinns im Forschungsprozess grundlegend und mit Ausdauer nachzugehen und die Vielfalt interpretativer Lesarten als Instrumentarium für Konstruktionen und Rekonstruktionen zu nutzen.

Zu Subjekt und Eigensinn und methodischer Annäherung (vgl. Maurer 1996)

Als weiteres Beispiel hat mich die Dissertation von Susanne Maurer beschäftigt. Maurer setzt sich hier bereits mit dem Subjekt und seinem Eigensinn auseinander. Sie verortet weibliche Identität „zwischen Zuschreibung und Selbstgestaltung“ und fragt nach „Voraussetzungen für die Suche nach Eindeutigkeit“ der Identität.

Maurer (ebenda S. 1 f Einleitung) geht davon aus, dass „Differenzen und Kontroversen mit einer Suchbewegung“ verbunden sind, die sich mit Identität in Bezug auf Nicht-Identität“ auseinander setzt. Sie bezieht sich auf „die Praxis feministischer Theoriebildung seit der 60er Jahre“ und stellt fest:

„Der erkenntnistheoretische Kontext: die Diskussion um das Subjekt der Erkenntnis

(und damit auch um das Verhältnis zwischen Erfahrung und Erkenntnis) und die Frage, wie ein Individuum denkend und handelnd mit komplexen Wirklichkeiten umgehen kann. Damit ist bereits die spezifische Verknüpfung von Theorie und Praxis angesprochen, die für die vorliegende Arbeit konstitutiv ist.“

Insbesondere an die Frage, „welches Subjekt braucht der Feminismus?“, der im Kapitel zur „Konstruktion, Dekonstruktion und Rekonstruktion des Subjektbegriffs“ (vgl. ebenda S. 102 – 138) nachgegangen wird, konnte ich mit eigenen Überlegungen anschließen. Die Unterscheidung von „Denkvoraussetzungen“, „Wirklichkeiten befragen“ und der Einordnung „feministischer Identitätspolitik im Kräftefeld von Kritik, Norm und Utopie“ als Strukturierung einer Forschungsarbeit (vgl. ebenda Inhaltsübersicht) haben mich in Gliederungsbemühungen des eigenen Forschungsprojektes zu der Übernahme einer analogen Darstellungslogik geführt. In der Suchbewegung zu forschendem Lernen und meiner Beschäftigung mit „Grounded Theory“ als eine Forschungshaltung hat mir das Kapitel „Verfahren als Methode“ (vgl. ebenda S. 138 – 205) beispielhaft vermittelt, wie im Prozess des Forschens Ebenen verschränkt sind. Alltagssprachlich formuliert: nach dem Lesen formte sich für mich eine Vorstellung, wie ich einen Erkenntnisprozess in meinem Forschungsprojekt methodisch angehen könnte.

Forschen im Sinne von Grounded Theory (vgl. Christof, Forster u.a. 2005)

Dieses Beispiel ist eine Studie zu feministischer Bildungsarbeit, die methodisch mit Grounded Theory arbeitet und sich thematisch mit „Leben und Lernen zwischen Wunsch und Wirklichkeit“ von Frauen beschäftigt. Es wird ein mehrjähriges Forschungsprojekt dokumentiert, zu dessen Prozess im Vorwort (vgl. ebenda Vorwort) ausgeführt wird:

„Über eine Reihe von Wegen, Abwegen, Umwegen, aber auch Brücken und Schwellen und in ständiger Auseinandersetzung mit Geschichten, Erfahrungen und Zukunftsentwürfen des eigenen Lebens, sind wir in den vergangenen zwei Jahren diesen Ideen nachgegangen. Dabei haben wir uns im besten Sinne der Grounded Theory in langen Interpretationsprozessen theoretische Konzepte angeeignet, modifiziert und neu geschrieben und sie mit dem empirischen Material konfrontiert. Was sich zuweilen unter dem Begriff der Validität verbirgt, hieß bei uns: den Widerstand der Interviewaussagen gegen jede vorschnelle Theoretisierung stark zu machen. Dieses Widerstehen voreiliger kategorialer Zuschreibungen von konkreten Lebenserfahrungen ist hier nicht nur eine allgemeine methodologische Vorsichtsmaßnahme, sondern eine konkrete Erfahrung mit der eigenen Forschungspraxis, die selbst durch Widersprüche und Brüche (...) gekennzeichnet ist.“

Die Organisation des Forschungsprozesses in dieser Untersuchung folgt Vorschlägen der Grounded Theory. In der Darstellung wird dies als Prozess transparent. Forschungsfragen verändern sich, es kommen andere Aspekte hinzu, Verführungen zu schnellen kategorialen Zuschreibung wird widerstanden, da es um Lebenserfahrungen geht. Interpretationen von Alltagshandeln als spezifische Bewegungen und die Bezugnahme auf Strukturen als Bewegungsmuster, die im Kapitel „In Bewegung sein“ (vgl. ebenda S. 47 – 168) beschrieben werden, sowie die Ausführungen zu „Lernherausforderungen“ (vgl. ebenda S. 200 – 235) haben dazu geführt, dass ich mich mit Überlegungen zu meinem Forschungsprojekt dort anschließen konnte.

Zum empirischen Arbeiten mit Bourdieu (vgl. Brake, Bremer, Lange-Vesper 2013)

Dieses Beispiel bezieht sich auf ein Buch zum empirischen Arbeiten mit Bourdieu. Anna Brake, Helmut Bremer und Andrea Lange-Vesper haben als Herausgeber_innen Beiträge zu theoretischen und methodischen Überlegungen, Konzepten und Erfahrungen von unterschiedlichen Autor_innen zusammengestellt, deren empirische Forschungen auf Bourdieu aufbauen. In den Beiträgen von Barbara Friebertshäuser (ebenda S. 255 -277) und Steffi Engler (ebenda S. 35 – 58) werden Analysewerkzeuge von Bourdieu zur Entwicklung einer (fachkulturellen) Logik eines spezifischen Feldes angewendet, dem Feld der Hochschule. Anne Schlüter (ebenda S. 278 – 299) geht es in ihrem Beitrag um die „biografische Illusion“ sowie „Besonderheiten und Erträge einer an Bourdieu orientierten Biographieforschung mit erziehungswissenschaftlicher Perspektive“. Zu diesem Beitrag schreiben Anna Brake u.a. (vgl. Brake, Bremer, Lange-Vesper 2013, S. 16f) in der Einleitung des Buches:

„Die Idee des Subjekts ist demnach, (...), eng verknüpft mit Lern- und Bildungsprozessen und damit zusammenhängenden Emotionen, deren Fluchtpunkte Autonomie, Eigensinn und Selbstbehauptung des Individuums gegen die Grenzen sozialer Bedingtheit sind. Dagegen fokussieren die Soziologie und auch das Habituskonzept Bourdieus tendenziell Reproduktionsmechanismen sozialer Ungleichheit. Für die Perspektive sich herausstellender bzw. sich herausbildender Subjektivität wird das Reiben der Individuen an sozialen Grenzen aber besonders relevant, weil sich hier die gesellschaftliche und die individuelle Perspektive treffen. Für diesen Prozess kann der analytische Blick der Biographieforschung mit Bourdieus Konzepten des Habitus, des sozialen Feldes und des Kapitals sehr gut geschärft werden.“

Forschungsarbeiten von Bourdieu hatte ich bis dahin nicht kennengelernt. Im obigen Zitat werden Subjekt und Biographie in Verbindung mit Analyseinstrumenten von Bourdieu gebracht, was die Neugier geweckt hat, die Beiträge dieses Buches zu lesen und mich für mein Forschungsprojekt anregen zu lassen. In der Folge habe ich begonnen, mich mit den Konzepten von Bourdieu zu beschäftigen und zu überlegen, wie sie zur Schärfung des Forschens in meinem Projekt beitragen können.

Fazit zur Standortgebundenheit

Da Forschen mit Perspektiven auf mögliche Zugänge zum Forschungsgegenstand hinweist, ist ein Standort zu bestimmen, von dem ausgehend sich der Forschungsgegenstand erschließen lässt. Von einem Standort sind mehrere Perspektiven auf den Forschungsgegenstand möglich, die als Methodologie begrifflich gefasst werden. Mit methodischen Instrumenten, die als spezielle Brillen anzusehen sind, gewinnt der Blick auf den Forschungsgegenstand an Schärfe. Standort und Perspektive können sich im Forschungsprozess verändern, wenn sich Spuren im Material zeigen und andere Formen der Annäherungen zu Erkenntnissen führen könnten.

Zum Abschluss erscheint mir ein Hinweis auf das Prozesshafte im Forschen unverzichtbar, der sich in der Formulierung „work in progress“ wiederfindet, einem Leitsatz der Choreografin Pina Bausch für die Tanzprojekte ihrer Company. Mit diesem Satz eröffnen sich auch Perspektiven für Forschungsprojekte.

Wenn Forschen im Sinne von Grounded Theory einem Prozess folgt, können sich Perspektiven im Forschungsprozess verändern. Forschen mit Perspektiven kann insofern als eine „laufende Arbeit“ verstanden werden, die Ähnlichkeiten mit künstlerischen Prozessen hat. Wenn ein Kunst-

werk die Arbeit an der Entwicklung eines Werks umfasst und das Werk selbst zum Teil dieses Gesamtkunstwerks wird, bleibt im Feld der Kunst ein Kunstwerk immer ein „unvollendetes Werk“. Diese Erkenntnis kann auch auf Forschen angewendet werden.

Das Prinzip des „unvollendeten Werks“ gilt auch für Projekte. Das hat mich ermutigt zu diesem Forschungsprojekt. Ich habe mich dem beruflichen Feld von Hebammen in einem Prozess des forschenden Lernens genähert, um die Logik dieses Feldes zu erkunden und verstehen zu können.

Die Darstellungen dieser Spurensuche und Annäherungen erfolgt als Bericht in schriftlicher Form. Erkenntnisse und der Prozess ihrer Entstehung werden für einen begrenzten Zeitraum dokumentiert. In meinem Lebensverlauf reicht das forschende Lernen zum Thema „gesund leben“ über dieses Forschungsprojekt hinaus. Es hat bereits vor dem Projekt begonnen und wird mich darüber hinaus weiter begleiten.

Biografisch verbindet sich forschendes Lernen für mich mit Bewegungen des Öffnens und Schließens von Zugängen und Perspektiven. Das Prozesshafte dieses Tuns hat kein definierbares Ende in einer spezifischen Lebensphase. Auf individueller Ebene scheint allenfalls das Ende eines menschlichen Lebens selbst hier einen Endpunkt zu markieren.

8. Forschendes Lernen und Forschungsprozess – Überleitung zum empirischen Teil

Die Kapitel des Teil A sind den Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin gewidmet. Dies geschieht mit der Intention, Vorkenntnisse und Sichtweisen der Forscherin transparent zu machen und Zugänge zu den Materialien des Forschungsprojektes als intersubjektiv zu kennzeichnen und nachvollziehbar zu gestalten.

Überlegungen zu Konstruktionen und Konzepten von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Lebensqualität geben eine Rahmung für die im Titel gewählte Begrifflichkeit „gesund leben“ und führen darüber hinaus (vgl. Teil A Kapitel 1). Im Kapitel „Lernen im Erwachsenenalter“ (vgl. Teil A Kapitel 2) geht es um eine Auseinandersetzung mit den Begriffen Bildung, Lernen und Lehren, um Zusammenhänge spezifischer Lernerfahrungen von Frauen und allgemein zu Lernen im Erwachsenenalter aufzuzeigen. Zum Abschluss dieses Kapitels wird der Frage nachgegangen, wie Beratung als beziehungsorientiertes Setting für Lernen gesehen werden kann.

Im Kapitel „Frauenleben rund um Entscheidungen zum Mutter-Werden“ (vgl. Teil A Kapitel 3) wird das Forschungsinteresses in zeitlicher Rahmung auf eine spezifische Lebensphase von Frauen eingegrenzt. Diese Phase wird im Zusammenhang mit Entscheidungen, die zeitlich begrenzt erscheinen, unter dem Aspekt spezifischen Körperlernens ausgeleuchtet. Merkmale dieser Phase werden unter den Aspekten „Schwangerschaft als Statuspassage“ und „Mutter als soziale Rolle“ herausgearbeitet. Zum Abschluss des Kapitels wird für diese Lebensphase von Frauen ein Bezug zum Thema „gesund leben lernen“ hergeleitet.

Während die ersten drei Kapitel sich um den Titel „gesund leben lernen“ ranken, nehmen die folgenden Kapitel Bezug auf Wissensbestände, die aus beruflichen Erfahrungen mitgebracht und sich in der Standortgebundenheit als Forscherin wiederfinden werden.

Im Kapitel „Der Beruf Hebamme“ (vgl. Teil A Kapitel 4) werden Aspekte zum Beruf Hebamme entfaltet. Bezüge zur inhaltlichen Annäherung haben sich aus dem Berufskontext der Forscherin ergeben. Mit diesem Feldwissen bin ich an die Erschließung von Materialien für das Forschungsprojekt herangegangen. Stichworte dafür sind Frauenwissen, ein Beruf mit Geschichte, der Gesundheitsfachberuf Hebamme, Familienhebammen, Frauenberuf und strukturelle Rahmenbedingungen.

Im folgenden Kapitel „begleiten als Kernkompetenz berufliche Praxen“ (vgl. Teil A Kapitel 5) nehme ich, wiederum von meinen beruflichen Erfahrungen ausgehend, berufliche Praxen von Hebammen in den Blick, um ein Kernelement heraus zu arbeiten. Aspekte dafür sind Wissen über Körper und Leib sowie professionelle Kompetenzen, die sich am Wissen für Frauen und an der Gestaltung von Frauenbeziehungen festmachen. Dieses Kapitels schließt mit der Kennzeichnung des Erfahrungswissens von Hebammen oder Familienhebammen als „begleiten“, das sich als Können von „trennen und verbinden“ fassen lässt.

Auch im nächsten Kapitel „Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf“ (vgl. Teil A Kapitel 6) bleibt die Fokussierung auf Aspekten des Berufes, indem auf Qualität und Qualitätsentwicklung in beruflichen Praxen Bezug genommen wird. Begrifflichkeiten zur „Qualität im Gesundheitswesen“ werden differenziert. Die Bedeutung von Reflexion des beruflichen Handelns für Qualität einer Dienstleistung am Menschen wird herausgearbeitet. Formate von Qualitätsent-

wicklung werden exemplarisch vorgestellt. Zum Abschluss des Kapitels wird Qualitätsentwicklung in Bezug zum Thema „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme gesetzt.

Die beiden abschließenden Kapitel von Teil A sind Fragen des Forschens und der Überleitung von der Suche nach der Standortgebundenheit als Forscherin zum Teil B mit seinen empirischen Bausteinen gewidmet. Im Kapitel „Forschen mit Perspektiven“ (vgl. Teil A Kapitel 7) geht es um das Forschen und um die Standortgebundenheit als Forscherin in diesem Prozess. Insbesondere zu Beginn des Forschungsprojektes haben mich als Forscherin folgende Fragen beschäftigt: Wie verläuft forschen und was unterscheidet eine forschende Tätigkeit von anderen beruflichen Tätigkeiten, die ich im Verlauf meines Lebens ausgeübt habe. Ausgehend von Startmotivationen für das Forschungsprojekt geht es in diesem Kapitel um biografische Wurzeln in Begegnungen und Geschichten, mit feministischen Strömungen und Gouvernementalität, die für die Standortgebundenheit der Forscherin eine Rolle spielen. Dieses Kapitel schließt mit einem Hinweis auf das Prozesshafte menschlichen Denkens und Handelns im Forschen. „Work in progress“ wird als Orientierung für Forschungsprojekte markiert. Der Forschungsprozess ist von den dargestellten Suchbewegungen zur Standortgebundenheit als Forscherin geprägt. Die jeweils gewählten und beschrifteten Zugänge zum Feld, die jeweils gewählten Blickwinkel als mögliche Perspektiven auf Phänomene sind im Rahmen eines Forschungsprojektes zu dokumentieren und transparent zu machen. Diesem Anliegen wird in Teil A Raum gegeben.

Der Teil A endet mit einem Kapitel (vgl. Teil A Kapitel 8), das als Überleitung zum empirischen Teil gedacht ist und einen Überblick zum Forschungsprozess und -design gibt. Das Kapitel hat den Titel „Forschendes Lernen und Forschungsprozess“. Die Offenlegung der Suchbewegungen zur „Standortgebundenheit der Forscherin“ wird geschlossen, forschendes Lernen am empirischen Material wird angekündigt, ein Ausblick auf den Forschungsprozess eröffnet sich. Der Fokus des folgenden Teils B ist darauf gerichtet, die empirischen Bausteine des Projektes mit den jeweiligen Materialien darzustellen.

Der Prozess des forschenden Lernens, der sich sowohl auf das Forschungsprojekt als auch auf mich als Forscherin beziehen lässt, verbindet sich in Resonanzbewegung zu sich wiederholenden Bewegungsfiguren des Denkens und Handelns, die sich in zeitlicher Dimensionierung darstellen lassen. Die Abfolge von Voranschreiten und Verweilen, von Ausbreiten und Eingrenzen, von Halte- und Wendepunkten zum Entscheiden und erneutes Ausrichten der Bewegungen werden im Überblick aufgezeigt, der bei allem Bemühen immer nur ausschnitthaft bleiben kann. Die Übersicht markiert einzelne Punkte des Forschungsprozesses entlang einer Zeitschiene und ordnet sie auf zwei Ebenen. Die eine Ebene umfasst Forschen als Beobachtungen, als Fragen stellen, als Material erheben und auswerten. Das Fortschreiten im Forschungsprozess wird dokumentiert. Die eingerückt dargestellte Ebene bezieht sich auf Lernimpulse und Entscheidungen in Verbindung mit dem Prozess, den die Forscherin vollzieht. Diese Ebene beschreibt das Lernen als Forscherin in diesem Projekt.

Ohne die Verbindung zwischen beiden Abläufen im Einzelnen ausdifferenzierend zu fassen, folgt die Darstellung der Zielsetzung, Verbindungslinien sichtbar und Resonanzbewegungen nachvollziehbar werden zu lassen. So ergibt sich ein Einblick in Überlegungen zum Design des Forschungsprojektes, die im Folgenden als tabellarischer Überblick aufbereitet sind.

Tabellarischer Überblick zu Entscheidungen im Verlauf und zum Design des Forschungsprojektes

2013	vor Beginn des Forschungsprojektes
Beobachtungen	<p>im Kontext beruflicher Erfahrungen im Zusammenhang mit „Frühe Hilfen“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebammen oder Familienhebammen begleiten Frauen in der Lebensphase rund um Entscheidungen zum Mutter-Werden. • Hebammen oder Familienhebammen sind beruflichen Belastungssituationen ausgesetzt.
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie entsteht gesundheitsbezogene Lebensorientierung von Frauen in dieser Phase in der Begleitung von Hebammen oder Familienhebammen? • Wie entwickelt sich eine gesundheitsbezogene Lebensorientierung von Frauen im Hebammenberuf?
Entscheidung	→ vertiefende Beschäftigung mit diesen Fragen, als Projekt ab 2014 vorbereiten
2013	Strukturellen Rahmen für das Projekt suchen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • In welchen Rahmen kann ein solches Projekt eingebunden werden? • Welche Zugänge erschließen sich durch ein universitäres Forschungsprojekt und welche Hürden ergeben sich möglicherweise daraus? • Welche Möglichkeiten gibt es für meine spezifische Situation?
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Anfragen beim Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg • Beratung durch zwei Professorinnen des Fachbereichs zu Promotionsmöglichkeiten <p>→ Forschungsprojekt im Rahmen von Promotion</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • mündliche Zusage der Betreuung eines Promotionsprojektes im Fachbereich Erziehungswissenschaften durch Frau Prof. Dr. Susanne Maurer, Frau Prof. Dr. Heike Schnoor als mögliche zweite Gutachterin • Erarbeitung eines Exposés zur Antragstellung für ein Promotionsvorhaben im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, fachliche Beratung durch Frau Prof. Dr. Susanne Maurer als Doktor-Mutter • Antragstellung und Genehmigung durch den Promotionsausschuss in 2014 • Besuch des Doktorandenkolloquiums während der Forschungsarbeiten von 2014 - 2016
2014	Projekt als ein Forschungsprojekt entwickeln
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Was heißt Forschen? • Was unterscheidet Forschen von anderen beruflichen Tätigkeiten?
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: Thema „Forschen“ in Sozial- und Erziehungswissenschaften
Entscheidung	→ interaktives Forschungsprojekt, um Erkenntnisse zu Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zu gewinnen
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: Thema qualitative Forschung, Methodologien, Methoden und Verfahren, Studien oder Projekte als Anwendungsbeispiele
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Feldzugang über Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen → Feldzugang über Interviews mit Supervisor_innen → Feldzugang über Dokumente zur Ausbildung und Berufsausübung von Hebammen oder Familienhebammen
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: zu Interviews in qualitativer Forschung

Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen in den Fokus nehmen → leitfadengestützte, problemorientierte Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen als Expertinnen, um zu Orientierungen für berufliche Praxen zu erkennen
2014	Gesprächsleitfaden für Interviews entwickeln mit Hebammen oder Familienhebammen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Was möchte ich von Hebammen oder Familienhebammen erfahren? • Wie frage ich danach? • Welche formalen Dinge muss ich bei Interviews berücksichtigen?
Lernen	<p>Lektüre von Fachliteratur: Thema „Datenschutz, informierte Einwilligung“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachgespräch mit einer Hebamme und Überarbeitung des Gesprächsleitfadens • Fachgespräch mit einer Hebammenwissenschaftlerin zu Datenschutz • Gewinnung von Hebammen oder Familienhebammen als Interviewpartnerinnen • Vorbereitung, Durchführung und Transkription von Interviews
2014	weitere Interviews vorbereiten mit Supervisor_innen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie finde ich andere Zugänge zu dem Feld? • Wie gewinne ich Interviewpartner_innen?
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Onlinebefragung der Mitglieder der DGGSv als Fachverband → Interviews mit Supervisor_innen

	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung und Durchführung einer Onlinebefragung innerhalb der DGSv • Vorbereitung der Interviews mit Supervisor_innen
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen im Spiegel von Supervision → Interviews als offenes Gespräch gestalten, um Erkenntnisse zu Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen in einer anderen Perspektive zu ergänzen
2014	<p>Gesprächsstrategie entwickeln</p> <p>für Interviews mit Supervisor_innen, die berufliche Erfahrung mit Hebammen oder Familienhebammen haben</p>
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sehe ich meine Gesprächspartner_innen? • Wie gehe ich mit meiner Professionalität und als Mitglied des Fachverbandes um? • Wie sehe ich mich als Interviewerin?
2014	<p>Interviews mit Supervisor_innen vorbereiten und durchführen</p>
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gewinne ich Gesprächspartner_innen? • Was möchte ich von ihnen erfahren? • Wie gestalte ich den Kontakt? • Welche formalen Dinge sind zu beachten?
	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme über den Fachverband DGSv • Online-Befragung von Mitgliedern des Fachverbandes für Supervision • Gewinnung von Interessent_innen aus dem Fachverband • Vorbereitung, Durchführung und Transkription von Interviews mit Supervisor_innen

2014/15/16	Lernen in Workshops
	Besuch von Methodenworkshops und Forschungswerkstätten in Oldenburg, Magdeburg, Berlin, Essen und Marburg (reflexive Interpretation, Grounded Theory, Dokumentarische Methode, Inhaltsanalyse mit MAXQ-DA, Forschungsdesign und Triangulierung) Lektüre zu qualitativen Forschungsmethoden
2015	Kenntnisse zum Hebammenberuf erweitern
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: Thema „Beruf Hebamme“, „Familienhebamme“
Entscheidung	→ Dokumente zu Ausbildung und Berufsausübung von Hebammen und Familienhebammen als Material einbeziehen und auswerten
2015	Dokumente zu Aus- und Fortbildung von Hebammen auswählen und beschaffen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Dokumente erscheinen mir interessant? • Wie bekomme ich Zugang zu diesen Dokumenten? • Welche Kontakte kann ich nutzen?
	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Dokumente, die als Informationen zu strukturellen Rahmenbedingungen im Hebammenberuf in Frage kommen • Beschaffung von Dokumenten als Material für das Forschungsprojekt über mehrere Monate
Entscheidung	→ empirische Materialien nach inhaltsanalytischen Aspekten auswerten

2015	Materialien der einzelnen empirischen Bausteine nach inhaltlichen Aspekten auswerten
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Was geben Materialien jeweils inhaltlich her? • Wie können sie methodisch erschlossen werden? • Welche technischen Möglichkeiten gibt es zur Bearbeitung? • Wie gehe ich schrittweise vor? • Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen: erste Auswertung des Materials Kodierung des gesamten Materials nach inhaltlichen Aspekten mit MAXQDA und inhaltliche Zusammenfassungen • Interviews mit Supervisor_innen: erste Auswertung des Materials Kodierung des gesamten Materials nach inhaltlichen Aspekten mit MAXQDA und inhaltliche Zusammenfassungen • Dokumente zu Aus- und Fortbildung von Hebammen: erst Auswertung des Materials inhaltliche Zusammenfassungen zu Aspekten personaler Kompetenzen
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Erhebung und Auswertung der Materialien dokumentieren → Materialien jeweils einzeln auswerten
2015	Textentwürfe zur Bearbeitung der Materialien schreiben
	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung und Auswertung der Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen, • Erhebung und Auswertung der Interviews mit Supervisor_innen • Auswahl und Auswertung der Dokumente zu Ausbildung und Berufsausübung als Hebamme
2015	Forschungsfragen weiterentwickeln Bezüge der Fragen zu den jeweiligen Materialarten klären Fragen durch Differenzierung und Spezifizierung verändern
Beobachtung im Material	Hinweise, Brüche, Irritationen sind zu erkennen

Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, die sich in den Materialien zeigen, mit anderen methodischen Verfahren zugänglich und in Verbindung gesetzt werden? • Wie lassen sich Erkenntnisse aus den verschiedenen Materialarten verbinden?
Lernen in Forschungswerkstätten	Besuch einer Forschungswerkstatt in Essen zu „Empirisch arbeiten mit Bourdieu“ Suche nach Interpretationsgruppen zum kollegialen Austausch
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: zu Auswertungsmethoden, interpretierende Verfahren, Kompatibilität von Methoden und Methodologien
Entscheidung	→ interpretierende Auswertung einzelner Textpassagen anschließen, um Erkenntnisse zu bündeln und zu vertiefen
Lernen in einer kollegialen Interpretationsgruppe und einer kollegialen Forschungswerkstatt	Mitwirkung in zwei kontinuierlich arbeitenden kollegialen Gruppen Interpretation und Rekonstruktion von Texten aus anderer Forschungsprojekte Vorstellung von Textpassagen aus eigenem Material
2015	Forschungsfragen weiterentwickeln Fragen für interpretierende Auswertung von Textpassagen entwickeln
Entscheidung	→ Standortgebundenheit der Forscherin verschriftlichen, um Perspektiven der Interpretation der Materialien zu dokumentieren und transparent zu machen, ehe eine erneute Auswertungsphase der Materialien gestartet wird
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: jeweils zu Themenbereichen zur „Standortgebundenheit als Forscherin“

2015	Gliederung für den geplanten Bericht zum Projekt überarbeiten
	<ul style="list-style-type: none"> zur Präsentation zum Forschungsprojekt in drei Teile gliedern: Teil A Standortgebundenheit der Forscherin, Teil B empirischer Teil, Teil C Einordnung der Erkenntnisse
2015	Textentwürfe zu Teil A „Standortgebundenheit der Forscherin“ schreiben
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> Welches Wissen über und welche Erfahrungen mit dem Feld habe ich? Wie sind meine Zugänge zum Feld und zu den Forschungsfragen? Mit welchen Perspektiven schaue ich auf das Material?
	<ul style="list-style-type: none"> Textentwürfe zu den einzelnen Kapiteln des Teils A „Standortgebundenheit der Forscherin“
Lernen	<p>Lektüre von Fachliteratur: zu Methoden in der qualitativen Forschung, Grounded Theory, inhaltsanalytische Verfahren, interpretierende Verfahren, Dokumentarische Methode</p>
Lernen in Workshops	Besuch eines Forschungs-Workshops in Essen zur Dokumentarischen Methode
Lernen in Interpretationsgruppen	Vorstellung der Zugänge in der kollegialen Interpretationsgruppe
Entscheidung	→ Forschungsstrategie verschriftlichen
2015	Erkenntnisse der Auswertungen zusammenfassend strukturieren
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> Welche Erkenntnisse habe ich bisher gewonnen? Wie lassen sich diese möglicherweise verfeinern und ausbauen?

Lernen in Lektüre von Fachliteratur	zu Fokusgruppen, Gruppendiskussionen, Gütekriterien qualitativer Forschung
Lernen in Interpretationsgruppen	Erkenntnisse der Auswertung in der Marburger Interpretationsgruppe und geplantes Vorgehen in der Fokusgruppe diskutieren
2016	Textentwürfe zum methodischen Vorgehen schreiben
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Methodologien und Methoden erschließen die Materialien? • Welche Methoden bieten Anchlüsse und ergänzen sich? • Über welches methodisches Wissen und Erfahrungen verfüge ich?
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: zu qualitativen Methoden und Methodologien
	<ul style="list-style-type: none"> • einleitendes Methodenkapitel zu Teil B schreiben • ein Kapitel als Überleitung von Teil A (Standortgebundenheit der Forscherin) zu Teil B (empirischer Teil) schreiben
Entscheidung	<p>→ Erkenntnisse aus den Interviews in einer Fokusgruppe mit Hebammen diskutieren</p> <p>→ eine Fokusgruppe für Frühjahr 2016 vorbereiten</p>
2016	Fokusgruppe vorbereiten
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Welches Wissen und Erfahrungen habe ich zu Fokusgruppen? • Welche Zielsetzung soll die Fokusgruppe haben? • Wie gewinne ich welche Mitwirkenden? • Welcher Impuls lässt sich aus den Interviews entwickeln? • Welche organisatorischen Dinge sind erforderlich?

	<ul style="list-style-type: none"> • Planung und Organisation einer Fokusgruppe für Frühjahr 2016 • Gewinnung von Hebammen oder Familienhebammen als Mitwirkende • Entwicklung eines ersten Impulses für die Fokusgruppe
Lernen in Interpretationsgruppen	Zielsetzung der Fokusgruppe und einen möglichen Impuls in der kollegialen Interpretationsgruppe vorstellen und diskutieren
2016	Forschungsfragen weiterentwickeln
	Fragen zur Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben“ bzw. „gesund leben lernen“
2016	Textpassagen „gesund leben“ bzw. „gesund leben lernen“ festlegen und interpretierend auswerten
Lernen in Interpretationsgruppen	Textpassagen zu „gesund leben lernen“ aus den Interviews mit Supervisor_innen in der kollegialen Forschungswerkstatt in Essen interpretieren
Entscheidung	→ Textpassagen aus den Materialien in Anlehnung an Dokumentarische Methode interpretieren

	<ul style="list-style-type: none"> • Formulierende und reflektierende Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben“ in den Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen in Anlehnung an Dokumentarische Methode • Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen mit Bezug auf Kontexte und strukturelle Rahmenbedingungen, die aus der inhaltsorientierten Analyse der Interviews und der Dokumente erkennbar sind, mit interpretierendem Verfahren verdichten. • Formulierende und reflektierende Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben lernen“ aus den Interviews mit Supervisor_innen in Anlehnung an Dokumentarische Methode • Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen mit Bezug auf Kontexte und strukturelle Rahmenbedingungen, die aus der inhaltsorientierten Analyse der Interviews und der Dokumente erkennbar mit interpretierendem Verfahren verdichten. • Suche nach Verbindungslinien und Gemeinsamkeiten in den Materialien
Entscheidung	→ Erkenntnisse der interpretierenden Auswertung verschriftlichen
2016	Textentwürfe zur interpretierenden Auswertung schreiben
	<ul style="list-style-type: none"> • interpretierende Auswertung der Textpassagen zu „gesund leben“ • Steckbriefe zu „gesund leben“ (Interviews mit Hebammen) • interpretierende Auswertung der Textpassagen zu „gesund leben lernen“ • Steckbriefe zu „gesund leben lernen“ (Interviews mit Supervisor_innen)
2016	Auswertung zu „gesund leben“ bzw. „gesund leben lernen“ fortsetzen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen zu „gesund lernen“ zeigen sich? • Sind Bewegungsfiguren in den Materialien und Verbindungslinien zwischen den Materialien auszuma- chen? • Wie können Erkenntnisse so dargestellt werden, dass sie nachvollziehbar sind? • Wie können diese Erkenntnisse für die Fokusgruppe genutzt werden?

	<ul style="list-style-type: none"> • nach Verbindungslinien zu Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen im Material suchen • Erkenntnisse mit Kärtchen visualisieren • Spannungspole identifizieren und Spannungsfelder dimensionieren
Lernen	Lektüre von Fachliteratur: zu theoretischer Einordnung der Erkenntnisse, Feldlogik nach Bourdieu
Entscheidung	→ Erkenntnisse auswählen, die in die Fokusgruppe eingebracht werden, und als Basis für Impuls in der Fokusgruppe nutzen
2016	
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Fokusgruppen möglich? • Wie lassen sich Fokusgruppen organisieren? • Wer soll in einer Fokusgruppe mitwirken?
	Bei der Akquisition von Mitwirkenden für eine gemischte Fokusgruppe aus Hebammen und Supervisor_innen ergeben sich unüberwindliche organisatorische Schwierigkeiten.
Entscheidung	→ nur Hebammen oder Familienhebammen für die Fokusgruppe gewinnen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gewinne ich Mitwirkende für eine Fokusgruppe? • Welche organisatorischen Vorbereitungen sind erforderlich?
	<ul style="list-style-type: none"> • Mail-Aktion bei Hebammen und Familienhebammen in zwei ausgewählten Regionen • Raumplanung für beide Regionen • Auswertung des Rücklaufs der Akquise in beiden Regionen • wenige Interessenbekundungen in einer Region, gar keine in der andern

Entscheidung	→ Fokusgruppe in der Region mit Interessenbekundungen vorbereiten und durchführen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gewinne ich weitere Mitwirkende? • Welche Fragen kläre ich mit Interessentinnen vorab telefonisch? • Welchen Raum kann ich in der Region nutzen? • Wie fördere ich die Verbindlichkeit einer Zusage zur Mitwirkung? <ul style="list-style-type: none"> • Telefon-Aktion in dieser Region, um weitere Interessentinnen zu gewinnen • Organisation und Terminierung von Räumlichkeiten in dieser Region • Abstimmung eines Termins im April 2016 mit den Interessentinnen • schriftliche Information und Einladung der Interessentinnen • Zusage von Interessentinnen für den geplanten Termin
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Impuls nutze ich in der Fokusgruppe? • Wie wird moderiert und dokumentiert? • Wie werden Datenschutzaspekte kommuniziert?
Lernen in Interpretationsgruppen	<p>Impuls mit zwei Expertinnen erörtern, die Erfahrung mit Gruppen haben</p> <p>Impuls in der kollegialen Interpretationsgruppe vorstellen und diskutieren</p> <p>Frage der Rückkopplung der Transkription in der kollegialen Interpretationsgruppe diskutieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impuls und Material für die Fokusgruppe vorbereiten
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Ziel der Fokusgruppe: bereits vorliegende Erkenntnisse ergänzen → Auswahl eines Impulses: Spannungsfelder visualisieren und diskutieren → Moderation: auf zeitliche Strukturierung durch die Forscherin beschränken → Einwilligung der Mitwirkenden: in schriftlicher Form beim Termin unterschreiben lassen → Transkription: keine Rückkopplung vereinbaren

	<ul style="list-style-type: none"> • für die Mitwirkenden ein Handout zum Ablauf vorbereiten • für Moderation einen Text zum Vorlesen und ein Schaubild vorbereiten • „gesund leben“ in Spannungsfeldern mit Verbindungslinien als Schaubild visualisieren • Formular für informierte Einwilligung der Mitwirkenden vorbereiten
2016	Durchführung der Fokusgruppe mit Hebammen oder Familienhebammen
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gestalte ich den Raum und die Atmosphäre der Veranstaltung? • Wie gehe ich mit Fragen zum Datenschutz und zu Ergebnissen um? • Fokusgruppe wie vorbereitet durchführen • Raum mit zwei Sitzgruppen vorbereiten, getrennt für Informationen vorab und Diskussion • Einwilligunserklärungen für die Audioaufzeichnung von den Mitwirkenden beim Termin unterschreiben lassen • Rednerinnenliste als die Audioaufzeichnung ergänzendes Protokoll von der Moderatorin erstellen • Postskriptum der Fokusgruppe von der Moderatorin schreiben
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Material in Anlehnung an Dokumentarische Methode auswerten → Interaktion in Transkription darstellen
2016	Transkription und Auswertung der Fokusgruppe
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie können Interaktionen dokumentiert werden? • Wie kann die Audioaufnahme transkribiert werden?
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Auswertung des Materials in Anlehnung an Dokumentarische Methode

	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion bei der Transkription berücksichtigen • Transkription in einem zweiten Durchlauf überarbeiten • thematischen Verlauf der Fokusgruppe auswerten • Textpassagen zur Interpretation auswählen • Formulierende und reflektierende Interpretation von einzelnen Textpassagen
Lernen in Forschungswerkstätten	Besuch von Workshops zu Dokumentarischer Methode in Berlin und Köln
Lernen in Interpretationsgruppen	Vorstellen von Material in der kollegialen Interpretationsgruppe Vorstellen von Material in der kollegialen Forschungswerkstatt
2016	Textentwürfe zur Fokusgruppe schreiben
	zur Auswertung der Fokusgruppe in Teil B unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus der Fokusgruppe zu Teil C
2016	Einbettung der Erkenntnisse aus den Materialien
Lernen	Lesen von Fachliteratur zur theoretischen Einbettung der Erkenntnisse
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Bourdieu, Bohnsack und Rosa für theoretische Anschlüsse auswählen → Erkenntnisse zur Feldlogik im Beruf Hebamme herausarbeiten → Erkenntnisse zu „gesund leben lernen“ herausarbeiten → Materialbeispiele auswählen und kommentieren
	<ul style="list-style-type: none"> • Textpassagen als Beispiele zur Feldlogik auswählen und kommentieren • Textpassagen als Beispiele für „gesund leben lernen“ auswählen und kommentieren • Textentwürfe zu Teil C schreiben

2016	Forschungsbericht als Präsentation entwickeln Gliederung überarbeiten als Präsentation eines Forschungsberichtes
Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lassen sich Erkenntnisse aus unterschiedlichen Materialien verbinden? • Wie können Verbindungslinien und Bezüge entwickelt werden? • Wie ist mit Zitaten, Literatur, Genderschreibweise umzugehen? • Wer sind Adressat_innen der Präsentation?
Lernen in Workshops	Besuch einer Schreibwerkstatt zur Ergebnispräsentation in Marburg
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> → Prozesshaftes und Subjektives in der Präsentation erhalten und abbilden → Nebenwege im Text mit Exkursen gliedern, keine Fußnoten → Bericht zum Forschungsprojekt und Materialband trennen
	<ul style="list-style-type: none"> • einzelne Teile von anderen geglesen lassen • Textentwürfe als einen fortlaufenden Text überarbeiten und Bezüge herstellen
2017	Forschungsbericht erstellen
	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamttext von anderen geglesen lassen und überarbeiten • abschließendes Kapitel als Ausblick schreiben • zitierte Quellen und Literatur als Teil D aufbereiten und zusammenstellen • Materialien für den ergänzenden Materialband zusammenstellen • Präsentation als Dissertationsarbeit redaktionell überarbeiten • Präsentation für den Druck vorbereiten

Teil B: Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen

1. Überlegungen zum empirischen Teil

1.1 Fragende Annäherung an den Forschungsgegenstand

Nach allgemeinen Überlegungen zum empirischen Teil werden in vier Kapiteln die einzelnen empirischen Bausteine des Forschungsprojektes ausführlich dargestellt. Dabei geht es um Erhebung und Auswertung des jeweiligen Materials sowie um Erkenntnisse zu Fragen des Forschungsprojektes, die sich daraus ergeben. Die empirischen Bausteine fokussieren auf Sichtweisen und berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sowie auf den Aspekt „gesund leben lernen“, die Perspektive auf den Forschungsgegenstand wechselt von Baustein zu Baustein. In Teil B erfolgen komparative Analysen innerhalb des Materials des jeweiligen empirischen Bausteins, während die komparativen Analysen in Teil C die Materialien der Bausteine übergreifend einbeziehen und nach Verbindungslinien und theoretischen Anschlüssen gesucht wird.

Da das Forschungsprojekt als Prozess angesehen wird, ist auch die Darstellung in Teil B an dieser Prozesshaftigkeit orientiert. Die Annäherung an den Forschungsgegenstand erfolgt mit zirkulären Fragen, die sich im Verlauf des Projektes verändert haben. Die Entwicklung der Fragen wird im Folgenden dokumentiert. Den Fragen, die zu Beginn für das Exposé des Forschungsprojektes formuliert worden sind, folgen Fragen, die sich nach Auswertung des Materials unter inhaltlichen Aspekten ergeben haben. Es schließen sich Fragen an, die im weiteren Auswertungsprozess entstanden sind. Die Veränderung der Fragen bildet das Fortschreiten des Forschungsprozesses ab und führt zu einer Zentrierung und thematischen Fokussierung. Abschließend veranschaulicht ein Schaubild die Komplexität des Forschungsgegenstandes.

Der umfangreiche Katalog der Fragen zu Beginn des Forschungsprojektes im Herbst 2013

verdeutlicht ein breites Forschungsinteresse an einem noch unspezifischen Forschungsgegenstand, der mit Fragen weiträumig umkreist wird:

Welche Bedeutung haben die Veränderungen des weiblichen Körpers und deren Wahrnehmung in der Lebensphase Schwangerschaft / Geburt / Beginn der Elternphase bis zum Abschlusses des ersten Lebensjahres des Kindes auf den Prozess einer Veränderung der Lebenswelt und des Lebensstils der Frau als Mutter?

Wie kann die Bewältigung dieser Lebensaufgabe unterstützt werden?

Wie lassen sich Ziele der Gesundheitsförderung nachhaltig im biografischen Kontext der Frau als Mutter verankern?

Welche Bedeutung und Wirkung hat die professionelle Begleitung durch eine Hebamme bzw. eine Familienhebamme für diesen weiblichen Entwicklungsprozess?

Welche Bedeutung hat der biographische Kontext als Frau und dessen Reflexion für die Gestaltung der beruflichen Rolle als Hebamme?

Wie sind die aktuellen Rahmenbedingungen für Hebammen bzw. Familienhebamme als Profession?

Wie entwickelt sich die berufliche Rolle einer Hebamme bzw. Familienhebamme durch Ausbildung, Berufspraxis, Fortbildung und berufsbegleitenden Qualitätsentwicklung?

Welche Konsequenzen ergeben sich aus den unterschiedlichen Arbeitsaufträgen von Hebammen und Familienhebammen für Aspekte der Gesundheitsförderung?

Wie kann die berufliche Rolle von Hebammen bzw. Familienhebammen als Gesundheitscoach der begleiteten Frau durch Aus- und Fortbildung sowie berufsbegleitende Qualitätsentwicklung gestaltet werden?

Nach der Auswertung der Materialien unter inhaltlichen Aspekten Ende 2015 differenzieren sich die Fragen zum Forschungsgegenstand aus. Schwerpunkte zeichnen sich ab, die sich auf Sichtweisen zu beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen und zum Aspekt „gesund leben lernen“ beziehen. Die unterschiedlichen Perspektiven auf den Forschungsgegenstand konkretisieren sich mit der Auswertung der Materialien.

Aus den Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen ergeben sich folgende Fragen:

Wie wird „gesund leben lernen“ im Hebammenalltag beschrieben und umgesetzt?

Welche Formate von Qualitätsentwicklung sind im Hebammenberuf gebräuchlich?

Wie wird der Zusammenhang zwischen Organisation als Kontext und Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf gesehen?

Ist „gesund leben lernen“ möglicherweise ein Konzept mit doppeltem Charakter?

Ergänzend ergeben sich aus den Interviews mit Supervisor_innen folgende Fragen:

Wie wirkt es sich aus, wenn Hebammen nicht mehr am eigentlichen Geburtsgeschehen beteiligt sind?

Wie werden Genderaspekte in der Beziehungsgestaltung des Hebammenalltags gesehen?

Wie wird das Spannungsfeld Beruf und Berufung im Hebammenalltag gesehen?

Wie wird eine Ausrichtung auf Professionalität im Hebammenalltag gesehen?

Können „Eingriff“ und „Angriff“ als Handlungspraxen und Handlungsanforderung gelesen werden?

Wie lassen sich Metaphern als Ausdruck von Weltverhältnis einbeziehen?

Als mögliche Schnittmenge der beiden Materialperspektiven kristallisiert sich heraus, nach

„gesund leben lernen“ und Qualitätsentwicklung im Beruf als Hebamme oder Familienhebamme und einem möglichen Zusammenhang weiter zu fragen.

Zum Aspekt „gesund leben lernen“ ist folgenden Fragen nachzugehen:

Wird „gesund leben lernen“ als eine weitere Anforderung im Beruf gesehen?

Wird „gesund leben lernen“ als Belastungsmanagement im Beruf angesehen?

Welche Wirkung wird Solidarisierung möglicherweise zugeschrieben?

Zum Aspekt „Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf“ konkretisieren sich die Fragen:

Wie wird „gesund leben lernen“ im Hebammenberuf beschrieben und praktiziert?

Wie wird der Zusammenhang zwischen Entwicklung von Reflexionsfähigkeit und Kompetenz- und Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf gesehen?

Kann „gesund leben lernen“ möglicherweise als Konzept für Hebammenalltag entwickelt werden?

Unter dem Aspekt betrachtet, welche Erkenntnisse zu diesen Fragen in Dokumenten der Aus- und Fortbildung und den jeweiligen Interviews möglicherweise zu erwarten sind, werden Fragen den Materialarten zugeordnet. In den Dokumenten der Aus- und Fortbildung kann folgenden Fragen nachgegangen werden:

Wie werden Hebammen qualifiziert?

Wie werden Kompetenzen als Hebamme oder Familienhebamme beschrieben?

Wie werden personale Kompetenzen, insbesondere Selbstkompetenz, im Zusammenhang mit beruflichen Handlungspraxen eingeordnet?

In den jeweiligen Interviews kann folgenden Fragen nachgegangen werden:

Wie werden Erfahrungen mit Qualifizierung beschrieben?

Wie entwickeln sich Lernprozesse im Hebammenalltag?

Wie entwickeln sich Lernprozesse für den Hebammenalltag?

Wie wird „Reflexion“ und „Selbstreflexion“ gerahmt und bewertet?

Wie hängen die Wahl des Formats für Kompetenz- und Qualitätsentwicklung und Kontextrahmungen zusammen?

Welche Begründungen für eine Entscheidung zur Kompetenz- und Qualitätsentwicklung mit Supervision werden gegeben?

Welche Füllung von „gesund leben lernen im Hebammenberuf“ wird sichtbar?

Die Auswertung der Materialien mündet jeweils erneut in Fragen zur Vorbereitung einer Fokusgruppe, um Erkenntnisse dort zu ergänzen und zu verdichten.

In dieser Darstellung der Veränderung der Fragen im Verlauf des Forschungsprozesses klingen bereits Erkenntnisse der Auswertung des empirischen Materials an. Vorrangig geht es hier jedoch um den Entwicklungsprozess im Fragen. Von der Standortgebundenheit der Forscherin ausgehend kristallisieren sich in der Gewinnung und auswertenden Erschließung von empirischen Materialien eine leitende Forschungsfrage und Perspektiven zur Gewinnung von weiteren Erkenntnissen heraus.

Schwangerschaften sind Phasen des Übergangs zur Mutterschaft. Nach Schwangerschaft und Geburt verändert sich in der Regel der Lebensalltag von Frauen. Hebammen oder Familienhebammen begleiten Frauen bei diesen Übergängen mit ihren Kenntnissen und Erfahrungen. Dem Aspekt „gesund leben lernen“ ist doppelspurig nachzugehen.

Als leitende Frage des Forschungsprojektes ergibt sich, wie es Hebammen oder Familienhebammen gelingt, eine gesundheitsbezogene Lebensorientierung zu entwickeln und bei anderen Frauen zu fördern.

Mit dem Wechsel der methodischen Perspektive auf die Materialien von einer Orientierung an Inhaltsanalyse zur rekonstruktiven Interpretation im Herbst 2016 verändern sich die Fragen weiter, denen in der Auswertung einzelner Textpassagen nachgegangen wird. Die begonnene Doppelspurigkeit der Fragen wird fortgeführt.

Eine gesundheitsbezogene Lebensorientierung entwickelt und verändert sich im Verlauf des Lebens. Es gibt Impulse durch neue Erfahrungen, Übergänge und Wendepunkte im biografischen Verlauf, die eine Änderung von Lebensorientierungen und Haltungszielen nach sich ziehen. An diese Überlegungen schließen sich die Fragen an:

Wie wird eine gesundheitsbezogene Lebensorientierung von Hebammen oder Familienhebammen beschrieben und praktiziert?

Welche Impulse oder Erfahrungen werden von Hebammen in Verbindung mit einer Änderung gesundheitsbezogene Lebensorientierung gesehen?

Wie wird gesundheitsbezogener Lebensorientierung zu einer Orientierung für Frauen?

Hebammen oder Familienhebammen erwerben in Ausbildung und Berufsausübung Kompetenzen, die im Zusammenhang mit gesundheitsbezogene Lebensorientierung gesehen werden. Hierzu ergeben sich folgende Fragen:

Wie wird gesundheitsbezogener Lebensorientierung im Rahmen von Aus- und Weiterbildung als Hebamme inhaltlich gefüllt?

Wie wird gesundheitsbezogene Lebensorientierung zu einer Kompetenz von Hebammen?

Wie werden Möglichkeiten und Grenzen von gesundheitsbezogener Lebensorientierung in der beruflichen Tätigkeit von Hebammen oder Familienhebammen gesehen?

Hebammen und Familienhebammen arbeiten unter jeweils spezifischen Rahmenbedingungen, die in einem Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensorientierung stehen. Dazu ergeben sich folgende Fragen:

Wie sehen Hebammen Gestaltungsräume der Rahmenbedingungen in ihrem Beruf?

Wie sehen Hebammen Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Lebensorientierungen und beruflichen Rahmenbedingungen?

Unterschiedliche Feldzugänge, die sich in den einzelnen Materialien abbilden, führen zu spezifischen Perspektiven. Erkenntnisse zu leitenden Forschungsfragen können sich ähneln oder unterscheiden. Forschungsgegenstand sind berufliche Praxen von Hebammen, über die im Zusammenhang mit „gesund leben lernen“ gesprochen wird. In komplexen Bezügen geht es darum, wie die Interviewpartner_innen sich und andere sehen, wie sie sich an sozialen Normen und beruflichen Standards orientieren, wie Vorstellungen und Bilder von Frauen, Müttern, Hebammen und „gesund leben lernen“ konstruiert werden und wie sich aus den Materialien eine Logik des beruflichen Feldes von Hebammen erschließt.

1.2 Feldzugänge

Der empirische Teil besteht aus mehreren Bausteinen, die auf unterschiedlichen Feldzugängen basieren. Die jeweiligen Materialien werden nacheinander erhoben und im ersten Schritt unverbunden ausgewertet. Komparatives Vergleichen erfolgt innerhalb des jeweiligen Materials. Im Nachgang dieser einzelnen Auswertungen werden Ergebnisse vergleichend und ergänzend zueinander in Beziehung gesetzt. Im Kern geht es um Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen in Bezug auf berufliche Praxen und Rahmenbedingungen. Diese Sichtweisen zeigen sich in den Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen. In einer Außenperspektive werden sie auch in den Interviews mit Supervisor_innen sichtbar, die berufliche Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen haben. Mit dieser Perspektive erhalten Kontextinformationen eine spezifische Gewichtung. Auch die Dokumente zur Aus- und Fortbildung enthalten Hinweise auf fachliche Diskurse und Kontextinformationen zum Beruf Hebamme. Aspekte des Erwerbs von personalen Kompetenzen werden in den Blick genommen, um sich einer Feldlogik im Hebammenberuf annähern zu können, die in Teil C verdichtet wird.

Um Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen mit einer möglichst offenen Haltung zu begegnen, erfolgen die einzelnen Feldzugänge nacheinander oder zeitlich versetzt. Dies wird im Folgenden transparent gemacht. In der ersten Phase werden Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen geführt. Danach werden Supervisor_innen eines Fachverbandes mit einem Online-Fragebogen befragt und einzelne Interviews durchgeführt. Erst danach werden Dokumente zur Aus- und Fortbildung von Hebammen ausgewählt und als Kontextinformationen bearbeitet. Zum Abschluss der Auswertungsphase werden ausgewählte Erkenntnisse noch einmal in einer Fokusgruppe mit Hebammen zur Diskussion gestellt. In den Materialien bilden sich berufliche Sichtweisen und Orientierungen von Hebammen oder Familienhebammen ab. Mit den unterschiedlichen Perspektiven der Feldzugänge verdichten sich berufliche Praxen zu beruflichen Orientierungen als Hebamme. Durch interpretierende Auswertung der Materialien erschließen sich Antworten auf die leitende Forschungsfrage.

Wie der Zugang zum Feld bei der Gewinnung der einzelnen Materialien erfolgt ist, wird in den Kapiteln zu den einzelnen empirischen Bausteinen in Teil B (vgl. Kapitel 2.1, Kapitel 3.1, Kapitel 4.1, Kapitel 4.3, Kapitel 5.2) ausführlich dargestellt.

1.3 Methodische Zugänge im Forschungsprozess

Die zu bearbeitenden Forschungsfragen sprechen für ein qualitatives Vorgehen, denn es geht um persönliche Einstellungen und subjektive Sichtweisen, um Gefühle und Erfahrungen, die von Hebammen mit gesundheitsbezogener Lebensorientierung verbunden und in dem Forschungsprojekt mit „gesund leben“ gekennzeichnet werden. Es geht um eine Annäherung an das Phänomen „Sichtweisen von Hebammen als berufliche Orientierungen“. Das Forschungsprojekt ist auf Erkenntnisse zu Denkweisen und Handlungspraxen gerichtet, die an einer deskriptiven Feldlogik orientiert sind, die mit quantitativen Methoden nicht zu gewinnen sind.

Da es sich bei dem Phänomen um Sichtweisen auf Gefühle und Erfahrungen handelt, die sich in Kommunikationsprozessen verändern, wird die Ebene der Interaktion der beteiligten Ak-

teur_innen im Forschungsprozess als zugehöriger Bestandteil der Forschung angesehen. Um im Forschungsprozess methodisch kontrolliert vorgehen zu können, ist in Teil A die Standortgebundenheit der Forscherin ausführlich dargestellt worden. Fachliches Vorverständnis und mögliche Sichtweisen auf die Materialien werden so transparent gemacht.

In den Forschungsfragen zum beruflichen Handeln von Hebammen oder Familienhebammen werden soziale Phänomene thematisch angesprochen. Soziale Phänomene sind vom Prinzip der Prozesshaftigkeit bestimmt sowie von kulturellem und gesellschaftlichem Wandel geprägt. Auch Sichtweisen der Forschenden auf Phänomene entspannen sich in Diskursen mit Bindung an Zeit und Raum. Forschungserkenntnisse beschreiben insofern keine statischen Wirkungszusammenhänge, sondern sind ihrerseits Konstruktionen und Konzepte, die von Kontexten und strukturellen Rahmungen bestimmt sind und sich rekonstruierbar darstellen müssen. Dies macht erforderlich, sowohl den Prozess der Datenerhebung als auch den Prozess der Auswertung so darzustellen, dass Transparenz und Nachvollziehbarkeit realisiert wird, was Gütekriterien qualitativer Forschung entspricht. Zur Darstellung von Erkenntnissen sind Vorverständnisse und Kontexte in ihrer Prozesshaftigkeit und Rahmung auszuweisen und in Analysen einzubeziehen. So stellen sie keine Störung des Forschens dar, sondern sind Basis für zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Um Gütekriterien qualitativer Forschung zu erfüllen, wird von Katja Makowsky (vgl. Makowsky 2013, S. 20 - 23) systematische Reflexion zu den Bereichen Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit empfohlen. Hauptkriterium dafür ist intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Forschung auf den Ebenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Änderungen der Fragestellung, Schritte der Datenerhebung und Auswertung werden dokumentiert und begründet. Eine am Forschungsgegenstand orientierte Forschungsstrategie ist entscheidend für Gestaltung des Forschungsprozesses und Darstellung der Ergebnisse. Prüfung der Indikation oder Eignung eines gewählten Forschungsprozesses sowie die Anwendung eines kodierte Verfahrens entlang einer gewählten Forschungsstrategie sind ebenfalls zu dokumentieren und nachvollziehbar darzustellen. In der Auswertung von Materialien sind Herausarbeitungen der Geltungsbereiche der Erkenntnisse, Nachvollziehbarkeit von Interpretationen und Schlussfolgerungen, Relevanz von Fragestellungen und Erkenntnissen sowie Reflexion der subjektiven Perspektive der Forschenden zu berücksichtigen.

Die Annäherung an ein Phänomen kann im Forschungsprozess in deduktiver oder induktiver Weise erfolgen. Bei induktivem Forschungsverständnis bilden Fragen den Ausgangspunkt, die sich in Ansicht von Phänomenen des Alltags ergeben. Dieses Forschungsprojekt geht von einem induktiven Forschungsverständnis aus. Im empirischen Material werden Hinweise auf Sichtweisen und Handlungspraxen von Hebammen oder Familienhebammen auf „gesund leben“ erwartet, aus denen sich berufliche Orientierungen als eine Art Logik des beruflichen Feldes von Hebammen erschließen lassen.

Die Materialien des Forschungsprojektes sind in Interaktion entstanden. Kommunikation und Interaktion spielen im Prozess der Erhebung mit Hebammen oder Familienhebammen und mit Supervisor_innen in Situationen des Interviews sowie im Prozess der interpretativen Auswertung eine entscheidende Rolle. Zur Materialgewinnung werden methodisch als Verfahren Einzelinterview und Fokusgruppe gewählt, wobei Erkenntnisse aus den Interviews in der Gruppendis-

kussion ergänzend rückgekoppelt werden. Beide Verfahren ermöglichen gemeinsame reflexive Schleifen in Gesprächssituationen. Die Auswertung der Materialien erfolgt unter inhaltsanalytischen und interpretativen Aspekten, für die Interpretationsgruppen genutzt werden, um mögliche Lesarten zu erschließen.

Damit das gesprochene Wort in Einzelinterview und Gruppendiskussion als Material für den Prozess der Auswertung zugänglich wird, erfolgt eine Verschriftlichung der Audioaufnahmen. Zusätzlich werden für Kontextinformationen Dokumente zur Aus- und Fortbildung im Hebammenberuf ausgewertet, die bereits in schriftlicher Form vorliegen. Um Vielfalt und Menge der Materialien strukturieren zu können, wird eine computergestützte Bearbeitung mit MAXQDA (vgl. Kuckartz 2012) genutzt.

Die Auswertung von empirischem Material kann mit unterschiedlichen Methoden erfolgen, die jeweils Vor- und Nachteile haben. Methoden sind Forschungsverfahren, die auf Methodologien basieren. Die Forschungsmethode, die zur Anwendung kommt, muss zu dem jeweiligen Forschungsgegenstand passen und kann bei Mehrwert auch mit anderen methodischen Verfahren kombiniert werden. Die Kombinierbarkeit von Methoden ist gebunden an eine Passung auf der Ebene der Methodologien.

Als Basis zur Bearbeitung der Fragestellungen und grundsätzlichen Forschungshaltung in diesem Projekt wird Grounded Theory (vgl. Breuer 2010, Makowsky 2013, Strauss 1994) als Methodologie gewählt. Grounded Theory ist nach Makowsky (vgl. Makowsky 2013, S. 17 – 20) im Symbolischen Interaktionismus verankert und geht von der Voraussetzung aus, dass Menschen bewusst reflektiert handelnde Individuen sind, die ihre Mitwelt gestalten, eigenes Handeln durch Definitionen und Interpretationen deuten und aufeinander abstimmend beziehen. Ziel ist, eine in den Daten erkennbare Theorie über eine Feldlogik im Hebammenberuf zu entwickeln, die thematisch in „gesund leben“ expliziert wird. Diese Theorie entwickelt sich induktiv aus einer Annäherung an Phänomene. Während des Forschungsprozesses wird festgelegt, mit welcher Erhebungsmethode Fragen beantwortet werden können. Die Auswahl der zu erhebenden und zu analysierenden Daten wird von generierenden Fragen geleitet. Im Verlauf des Forschungsprozesses werden weitere Materialien herangezogen, um Eigenschaften und Dimensionen von theoretischen Konzepten herauszuarbeiten. Datenerhebung und Auswertung stehen in einem wechselseitigen Prozess, um den Forschungsgegenstand systematisch zu beschreiben und zu strukturieren sowie Fragen zu beantworten. Aus Strukturierungen werden Konzepte abgeleitet und Theorien mit unterschiedlicher Reichweite entwickelt, indem die Konzepte zu anderen Konzepten in Beziehung gesetzt und theoretische Anschlüsse gesucht werden. Während des gesamten Prozesses werden auch Gedanken und Eindrücke der Forscherin in Form von Memos festgehalten und fließen in die Analyse ein. Die Entwicklung von Konzepten und Theorien erfolgt in ständiger Auseinandersetzung mit und am empirischen Material durch Fragen und Vergleichen. Grounded Theory steht für eine Forschungsstrategie, in der es um eine konzeptionell verdichtete, methodologisch begründete und in sich schlüssige Sammlung von Vorschlägen und Leitlinien geht, um Antworten auf Fragen zu finden, ohne ein exaktes Verfahren festzuschreiben.

Das Forschungsprojekt folgt dieser Strategie als grundlegende Forschungshaltung. Mit offenen und unpräzisen Fragen wird das Phänomen als Forschungsgegenstand eingekreist. Im Ver-

lauf des Forschungsprozesses verändern sich und konkretisieren sich die Fragen. Zum Material, das auf den einzelnen Interviews mit Hebammen basiert, kommt im Verlauf weiteres Material hinzu, das Sichtweisen von Hebammen ergänzt und strukturelle Rahmungen abbildet. Die Datenerhebung erfolgt in unterschiedlicher Form. Die Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen werden von der Forscherin mit einem Interviewleitfaden strukturiert und Beschreiben und Erzählen fördernd geführt. Interviewpartnerinnen und Forscherin begegnen sich als Expertinnen in unterschiedlichen Professionen. Die Interviews mit den Supervisor_innen gehen von einer Eingangsfrage zu beruflichen Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen aus und gestalten sich als Gespräche zwischen Fachleuten gleicher Profession, da die Forscherin auch als Supervisorin ausgebildet ist. Das einzelne Interview wird mit einer Audioaufnahme dokumentiert. Zur Situation des Interviews wird jeweils ein Postskriptum mit Erläuterungen zum Verlauf und zu Eindrücken der Forscherin geschrieben. In den Interviews kommen Informationen zu Rahmenbedingungen und Kontexten von Hebammen oder Familienhebammen zur Sprache. Die Dokumente zur Aus- und Fortbildung enthalten Kontextinformationen, die die Materialien der Interviews ergänzen.

Die einzelnen Materialien sind aufgrund dieser Unterschiede als Daten nicht direkt vergleichbar, sondern werden als empirische Bausteine gesehen, um Sichtweisen zu gesundheitsorientierter Lebensweise als berufliche Orientierungen von Hebammen herauszuarbeiten und zu einer Feldlogik im Hebammenberuf zu entwickeln. Diese Überlegungen haben zu dem Vorgehen geführt, in Teil B jeden empirischen Baustein in einem Kapitel einzeln darzustellen und das jeweilige Material im ersten Schritt separat auszuwerten und erst in einem weiteren Schritt nach sich ergänzenden Aspekten zu suchen. Im Prozess von Materialerhebung und Analyse erfolgen stetige Rückkopplungen durch reflexive Fragen, um ordnende Systematik zu entwickeln und Flexibilität Raum zu geben.

Das Verfahren zur Auswertung des Materials ist an inhaltsanalytischen Aspekten nach Kuckartz (vgl. Kuckartz 2012, S. 40 – 69) orientiert und erfolgt zirkulär durch: Formulierung der Forschungsfragen,

Bestimmung des Merkmalsraums, Entwicklung von Auswertungskategorien am Material, Erstellung eines Auswertungsleitfadens, Codierung des gesamten Materials, auswertende Analyse, Ergebnisdarstellung.

Im Forschungsprojekt wird in zwei Schritten das Kategoriensystem für die Interviews mit Hebammen entwickelt. Im ersten Schritt werden Kategorien deduktiv am Interviewleitfaden orientiert gebildet. In einem zweiten Schritt werden diese Kategorien dann induktiv am Material strukturiert und mit Subkategorien angereichert. Kategorien und Subkategorien werden definiert. Die Kodierung des gesamten Materials schließt sich an.

Das Kategoriensystem für das Material der Interviews mit den Supervisor_innen wird ebenfalls in zwei Schritten entwickelt. Um Bezugnahme auf Aspekte aus den Interviews mit Hebammen zu ermöglichen, wird bei der ersten Kodierung des Materials von dem Kategoriensystem ausgegangen, das sich in der Auswertung der Interviews mit Hebammen entwickelt hat. In einem weiteren Durchgang werden diese Kategorien dann am Material dieser Interviews orientiert weiterentwickelt und mit Subkategorien angereichert. Kategorien und Subkategorien werden definiert. Die Kodierung des gesamten Materials schließt sich an.

Die Auswertung der Dokumente zur Aus- und Fortbildung von Hebammen ist auf Hinweise zu personalen Kompetenzen ausgerichtet und folgt ebenfalls inhaltsanalytischen Aspekten. Die Auswertung kann aus technischen Gründen nicht computergestützt erfolgen. So wird mit inhaltlichen Zusammenfassungen gearbeitet, die als Basis für Informationen zu Rahmenbedingungen und beruflichen Kontexten dienen. In einer sich anschließenden Analysephase werden diese Erkenntnisse aufgenommen und in Verbindung mit Informationen zu Rahmenbedingungen und beruflichen Kontexten aus den anderen empirischen Materialien gesetzt, was in den Überlegungen des Teil C (vgl. Kapitel 1) eine Rolle spielt.

Die Materialien aus den Interviews werden im ersten Schritt einer Auswertung unterzogen, die sich methodisch an inhaltsanalytischem Vorgehen orientiert. Philipp Mayring (vgl. Mayring, Gahleitner 2010, Mayring 2015) beschreibt drei Techniken zur Bearbeitung des Materials, die je nach Fragestellung einzeln oder kombiniert angewendet werden: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Ziel der Technik einer inhaltsbezogenen Zusammenfassung ist nach Mayring, auf einem höheren Abstraktionsniveau einen überschaubaren Textkorpus mit wesentlichen Inhalten zu schaffen. Zusammenfassungen bieten sich dort an, wo man an der Inhaltsebene des Materials interessiert ist und überschaubare Kurztexpte benötigt. Mayring formuliert eine Vergleichbarkeit der Technik der Zusammenfassung in der Inhaltsanalyse mit dem offenen Kodieren nach Glaser/Strauss (1967/98). Entlang der Fragestellung und nach Festlegung des Abstraktionsniveaus des angestrebten Kategoriensystems werden aus dem Material übergreifende Kategorien gebildet und zu Kernkategorien verdichtet, um schrittweise eine Struktur aus dem Material heraus zu entwickeln.

Im Forschungsprojekt stehen thematische Aspekte zu „gesund leben“ im Fokus, die Fülle der Materialien erweist sich als Hürde in der Auswertung. Die Technik inhaltsbezogener Zusammenfassungen bietet sich methodisch an. In der Auswertung der einzelnen Materialien des Forschungsprojektes werden Zusammenfassungen genutzt, um Erkenntnisse zu Strukturen entwickeln zu können, die sich verbindend in Beziehung setzen lassen. Für jede Materialart werden inhaltliche Zusammenfassungen von jedem einzelnen Interview sowie fallübergreifend zu jeder Kategorie des jeweiligen Materials geschrieben, die als Basis für weitere Analysen genutzt werden.

Mit der Technik der Explikation können einzelne unklare Textbestandteile durch Herantragen von zusätzlichem Material klärend ausgeleuchtet werden. Auch diese Technik findet Anwendung, wenn es darum geht, Textstellen eines Interviews mit anderen Textstellen des Interviews durch enge Kontextanalysen zu erklären. In späteren Analysephasen erfolgen dann weite Kontextanalysen, um Erkenntnisse aus Materialien übergreifend verbinden zu können. Dabei können Textstellen aus den Interviews mit den Hebammen mit Textstellen aus den Dokumenten zur Aus- und Fortbildung erläutert und für Interpretationen herangezogen werden. Ebenso können Textstellen aus den Interviews mit den Supervisor_innen spezifische Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen aus einem anderen professionellen Blick beschreiben und ergänzen.

Mit der Technik der Strukturierung wird die Strukturdimension aus Fragestellung und Theorie deduktiv oder induktiv aus Bereichen des Materials abgeleitet. In dem Forschungsprojekt werden dazu alle Textstellen des Materials, die durch Kategorien angesprochen werden, in formaler und inhaltlicher Vorgehensweise kodiert und gelistet zusammengestellt. Auf eine typisierende

oder skalierende Vorgehensweise in der Auswertung wird aufgrund der Anzahl der Interviews, auf dem das Material jeweils basiert, verzichtet. Die Zuordnung zu einzelnen Kategorien wird auf der Grundlage von Definitionen, Abgrenzungen und Kodier-Regeln dokumentiert und mit Ankerbeispielen hinterlegt.

Mayring (Mayering, Gahleitner 2010, S. 297) schlägt für die Technik der Strukturierung folgende Abfolge vor:

„Bestimmung der Strukturierungsdimension entlang der Fragestellung, Entwicklung des Kategoriensystems und des Kodierleitfadens (...), Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung, Materialdurchlauf: Extraktion und Bearbeitung der Kodierung, Überarbeitung und ggf. Revision des Kategoriensystems sowie erneuter Durchlauf, Ergebnisaufbereitung (Zusammenfassung der Kodierungen, ggf. quantitative Weiterbearbeitung).“

In dem Forschungsprojekt wird dieser Verfahrensvorschlag in der ersten Auswertungsphase genutzt, um zu inhaltlichen Erkenntnissen zu kommen. Eine quantitative Weiterbearbeitung schließt sich aufgrund der Forschungsfragen und der niedrigen Fallzahlen nicht an. Die inhaltsanalytische Auswertung des Materials orientiert sich auch wegen der Nutzung von MAXQDA an Kuckartz (vgl. Kuckartz 2012). Während dieser ersten Auswertungsphase erhärtet sich für die Forscherin der Eindruck, dass eine anders orientierte Auswertungsmethode Erkenntnisse erschließen könnte, die über inhaltsanalytische Aspekte hinausgehen. Diese Auswertungsphase wird deshalb pragmatisch nach einem ersten Auswertungsdurchgang, der an inhaltsanalytischem Vorgehen orientiert ist, in interpretativer Bearbeitung der Materialien neu ausgerichtet, um sich methodisch einzelnen Textpassagen sequenziell zu zuwenden.

Zur Verdichtung von Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen werden im Anschluss an die Auswertung mit inhaltsanalytischer Orientierung einzelne Textpassagen ausgewählt und methodisch interpretierend bearbeitet, um sich handlungsleitendem Erfahrungswissen und Praxen des beruflichen Handelns von Hebammen rekonstruktiv anzunähern.

Rekonstruktive Verfahren versuchen, Objektivismus und Subjektivismus zu verbinden. Individuelle Sichtweisen und Handlungspraxen werden in strukturellen Rahmungen gesehen. Bewegungsfiguren und sozial geformte Orientierungsmuster können mit rekonstruktiven Methoden interpretierend erschlossen werden. Es gibt inzwischen verschiedene Methoden, die mit Rekonstruktionen arbeiten, jedoch auf unterschiedlichen Methodologien basieren.

Im Rahmen des Forschungsprojektes wird die dokumentarische Methode (vgl. Bohnsack 2010, 2013, Nohl 2012, Przyborski 2004) als ergiebig angesehen und ist für die weitere Materialbearbeitung ausgewählt worden, weil sich interpretierende Erkenntnisse an inhaltsanalytische Aspekte anschließen können, weil die Ebene der Interaktion einbezogen wird und weil sich Sinngehalte des Materials interpretierend verdichten lassen (vgl. Bohnsack 2010). Im Projekt orientieren sich die Auswertung einzelner ausgewählter Textpassagen zu „gesund leben“ und die Auswertung der Fokusgruppe deshalb an der Dokumentarischen Methode.

Die dokumentarische Methode (vgl. Bohnsack 2010, 2013, 2014, Köhler 2016, Nohl 2012, Przyborski 2004) ermöglicht die Rekonstruktion kollektiver Orientierungen. Sie baut auf der praxeologischen Wissenssoziologie von Karl Mannheim auf. Die Dokumentarische Methode bezieht sich weiterhin auf die Ethnomethodologie von Harald Garfinkel und die Phänomenologie

von Alfred Schütz. Wissen entspannt sich in Seins-Verbundenheit und hat einen gemeinsamen konjunktiven Erfahrungsraum. Der konjunktive Erfahrungsraum hat legitimierende Funktion. Strukturen sind handlungsleitend. Es gibt explizites und implizites Wissen, das sich in Handlungspraxen zeigt. Subjektiver und kollektiver Sinn stehen in Verbindung. Es wird davon ausgegangen, dass Forschende nicht mehr wissen als zu Beforschende, Wissen jedoch durch Forschung hervorgebracht werden kann. Dabei geht es um eine Rekonstruktion von handlungsleitendem Erfahrungswissen und eine Rekonstruktion von Handlungspraxen.

Leitdifferenzen von kommunikativen und konjunktiven Sinngehalten werden durch Rekonstruktion erhellt. In Beschreibungen und Erzählungen von Individuen zeigt sich implizit inkorporiertes Erfahrungswissen, während Argumentationen eher als Hinweise auf kommunikatives Wissen gelesen werden können. Ein Orientierungsrahmen ist an Kontexte gebunden und basiert auf konjunktivem Erfahrungswissen. Orientierungsschemata sind dagegen durch kommunikatives Wissen bestimmt. Ein Orientierungsmuster umfasst Orientierungsschema und Orientierungsrahmen. In späteren Überlegungen konzeptioniert Bohnsack (vgl. Bohnsack 2014, S. 37) den Orientierungsrahmen aus kommunikativem Wissen als Orientierungsschema und konjunktivem Wissen als Habitus oder Orientierungsrahmen im engeren Sinn. Er nähert sich damit Überlegungen von Bourdieu zum Begriff Habitus an.

In der dokumentarischen Methode werden einzelne Textpassagen des Materials sequenziell interpretiert (vgl. Köhler 2016, Nohl 2012, Pryzborski 2004). Begriffe oder Sequenzen können unterschiedlich interpretiert werden. Es gibt mögliche Lesarten, die vergleichend verifiziert oder falsifiziert werden müssen. Auch Folgesequenzen und Kontextinformationen werden als Vergleichshorizonte herangezogen, um Begriffe oder Aussagen interpretieren zu können. Manchmal erweisen sich auch mehrere Lesarten als vertretbar.

Die Rekonstruktion kommunikativ-generalisierten Wissens vollzieht sich im Wechsel der Analysestellung und eröffnet so den Zugang zu konjunktivem Erfahrungswissen. Dieser Zugang wird in zwei Schritten durch formulierende und reflektierende Interpretationen erschlossen. Interpretationen sind immer abhängig vom Standort der Interpret_in. Interpretationen sind standortgebunden.

Formulierende Interpretationen fragen nach dem Thema oder Inhalt des Gesagten, nach dem Was, das thematisiert wird. Bei der formulierenden Interpretation wird von Sinneinheiten ausgegangen, es werden Ober- und Unterthemen herausgearbeitet sowie Wissensarten identifiziert und mit Textstellen als Beleg hinterlegt.

Reflektierende Interpretationen fragen danach, wie das Mitgeteilte hergestellt wird, welche Orientierungen, welcher Orientierungsrahmen in dem Gesagten zu erkennen ist. In der Interpretation von Textpassagen wird der Text zuerst nach Textsorten wie Erzählung, Beschreibung oder Argumentation gegliedert. In Textpassagen, die vorrangig als erzählend oder beschreibend gekennzeichnet werden können, sind Hinweise auf Orientierungen und Orientierungsrahmen zu erwarten. Zu Kontexten und Rahmungen werden Strukturmerkmale eines gemeinsamen Erfahrungsraums herausgearbeitet, in dem die Orientierungen Gültigkeit haben. Ein positiver Horizont lehnt sich an konjunktive Erfahrungen an, ein negativer Horizont grenzt sich von anderen Sichtweisen, Handlungen oder Personen ab. Das Entaktivierungspotential wird in der Einschätzung der Chance sichtbar, wie Orientierungen oder Orientierungsrahmen praktisch zu verwirklichen

sind. In der Interpretation führt Vergleichen zu Erkenntnisgewinn. Ziel ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Orientierungen und Orientierungsrahmen zu erfassen.

Die Dokumentarische Methode kann als Verfahren sowohl für die Auswertungen von Interviews als auch für Gruppendiskussionen angewendet werden. Im Forschungsprojekt werden einzelne Textpassagen der Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen sowie der Interviews mit Supervisor_innen und die ergänzende Fokusgruppe mit diesem methodischen Verfahren weiterführend interpretierend bearbeitet.

Die Auswertung einzelne Textpassagen aus den Interviews in Orientierung an der dokumentarischen Methode sind an eine inhaltsanalytisch orientierte Auswertung anschlussfähig. Im Schritt der formulierenden Interpretation kann an inhaltsanalytische Aspekte der Auswertung der gesamten Materialien angeknüpft werden. Auf der Ebene der Methodologie erschließen sich durch das Verfahren der Dokumentarischen Methode Anknüpfungspunkte zum Verständnis von Wissen und Lernerfahrungen, was einen theoretischen Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Forschungsfragen erbringen wird. Die Dokumentarische Methode kann für die einzelnen empirischen Bausteinen des Forschungsprojektes zur Anwendung gebracht werden und unterstützt komparative Analysen zwischen den Materialien in Bezug auf die leitende Forschungsfrage.

Im Rahmen einer Fokusgruppe (vgl. Schulz u.a. 2012) werden ausgewählte Erkenntnisse aus den Interviews rückkoppelnd zur Diskussion gestellt. Fokusgruppen sind moderierte Diskursverfahren, bei denen eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird.

Fokusgruppen (vgl. Flick 2007, S. 259 – 267) haben als Gruppendiskussionen einen Akzent auf interaktiven Aspekten der Datensammlung und werden u.a. als nützlich angesehen, um Interpretationen von Erkenntnissen durch Mitwirkenden zu erhalten. Zur Anwendung von Fokusgruppen gibt Flick folgende Hinweise: Voraussetzung ist ein zirkuläres Konzept des Forschungsprozesses und eine interaktionistische Perspektive (wie ein Gegenstand in einer Gruppe diskutiert, hergestellt und verändert wird). Facetten eines Themas kommen in Vielfalt zur Sprache. Die Diskussion wird als neue Strukturierung und Konstruktion von Wirklichkeit verstanden. Eine Zusammenstellung von Aussagen wird als deren extensive Interpretation angesehen.

In der Interaktion und Dynamik zwischen den Akteur_innen wird ein Beitrag zu dem in der Datensammlung produzierten Wissen gesehen. Fokusgruppen können als Partizipationsverfahren eingesetzt werden.

In Fokusgruppen zeigen sich also Lesarten von Bedeutungen in ihrer Vielfalt und es wird sichtbar, wie diese Lesarten im Verlauf der Diskussion ausgehandelt werden. In der abschließenden Phase des Forschungsprojektes können Fokusgruppen dann zur Rückkopplung von Erkenntnissen genutzt werden, die sich aus der Interpretation der Sichtweisen und Orientierungen von Hebammen oder Familienhebammen ableiten. Erkenntnisse zu beruflichen Orientierungen und zum Orientierungsrahmen von Hebammen aus dem Material der Fokusgruppe ergänzen so Erkenntnisse, die bereits aus den anderen Materialien gewonnen wurden.

Fokusgruppen haben einen spezifischen Ablauf. Nach einer Vorstellungsrunde erfolgt der Einstieg in die thematische Diskussion mit einem Eröffnungsimpuls, der zu einem speziellen Aspekt der bisherigen Erkenntnisse des Projektes entwickelt wird. Der Diskussionsverlauf wird

mit einer Audioaufzeichnung und einem schriftlichen Protokoll dokumentiert. Anschließend erfolgt eine Transkription und Auswertung zu Inhalten und Verlauf der Diskussion. Die Analyse des Materials bezieht Themen und Interaktion ein. Die Auswertung ist auf handlungsleitendes Wissen ausgerichtet und orientiert sich methodisch ebenfalls an der dokumentarischen Methode.

1.4 Bausteine des empirischen Teils

Der empirische Teil umfasst mehrere Bausteine, die bereits unter dem Aspekt der Forschungszugänge in Punkt 1.2 angerissen wurden. Das empirische Material der Bausteine differiert. Die Bausteine werden im Folgenden dargestellt.

Baustein Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen

In einem ersten Baustein bilden Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen das Material. Die Interviewpartnerinnen können über Hebammenverbände gewonnen werden. Das Material besteht aus der Transkription von neun Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen, die in unterschiedlichen Bundesländern tätig sind.

Baustein Interviews mit Supervisor_innen

Dieser Baustein wird mit einer Onlinebefragung eingeleitet, um Interviewpartner_innen für das Forschungsprojekt gewinnen zu können. Die Interviews werden dann in diesem Baustein als Material ausgewertet. Das Material besteht aus der Transkription von sieben Interviews mit Supervisor_innen, die berufliche Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen haben.

Baustein Dokumente zur Aus- und Fortbildung von Hebammen

In diesem Baustein werden sieben Dokumente zur Aus- und Fortbildung von Hebammen unter dem inhaltlichen Aspekt von personaler Kompetenz analysiert, um Erkenntnisse zu Kontextinformationen und strukturellen Rahmungen zu verdichten. Folgende Dokumente von Curricula und Kompetenzprofilen sind als beispielhaftes Material für diesen empirischen Baustein des Forschungsprojektes ausgewählt worden:

Hebammengesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als Orientierung zur gesetzlichen Grundlage des Berufs,

Rahmencurriculum zur Qualifizierung als Hebamme des Deutschen Hebammenverbandes zur Orientierung für Ausbildungssituation und Berufspraxis auf Bundesebene durch einen Berufsverband,

Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW als Orientierung für staatliche Rahmung von Ausbildung auf Landesebene,

Kompetenzprofil Familienhebammen des NZFH als Orientierung für den Tätigkeitsbereich Familienhebamme auf Bundesebene,

Curricula zur Qualifizierung von Familienhebammen in Hessen und NRW als Orientierung für den Tätigkeitsbereich Familienhebamme auf Landesebene.

Die Auswahl der Dokumente spiegelt unterschiedliche Ebenen des Kontextes und der Rahmung wieder. Ausbildung und berufliche Praxis im Hebammenberuf haben eine fachliche und eine staatliche Rahmung. Die staatliche Rahmung dieses Berufs ist durch unterschiedliche admi-

nistrative Ebenen geprägt. Die grundsätzliche Zuständigkeit für den Hebammenberuf als Gesundheitsberuf liegt auf Bundesebene. Auf Länderebene wird dann die Umsetzung von Ausbildung und Berufsausübung geregelt. Diese Regelungen sind in den Bundesländern nicht einheitlich. Auf fachlicher Ebene zeichnen sich Veränderungen der Ausbildungsinhalte und der Berufspraxis von Hebammen ab. Diese Aspekte leiten die Auswahl der Dokumente als Material für das Forschungsprojekt.

Baustein Fokusgruppe mit Hebammen

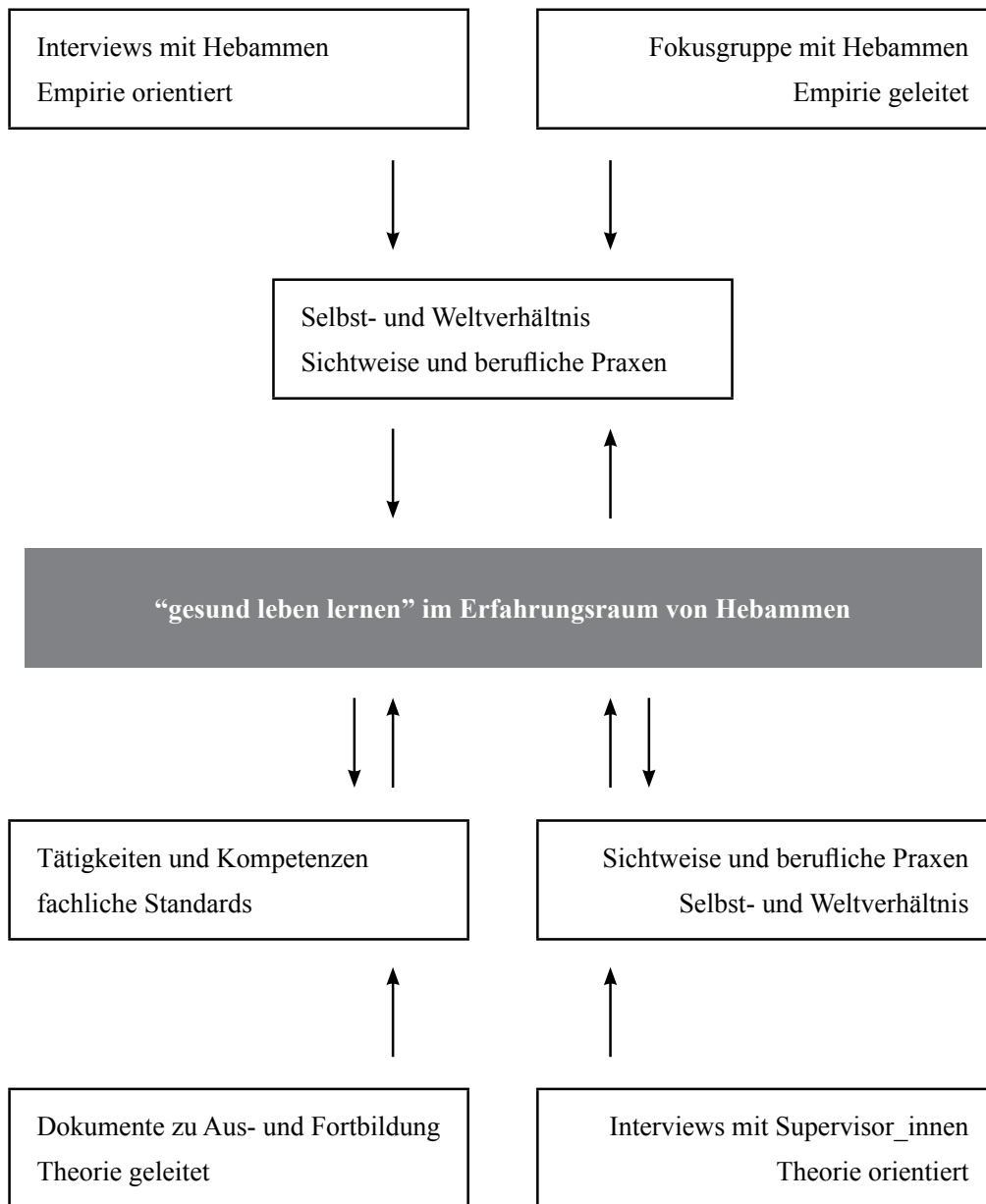
Ein weiterer Baustein ist die Fokusgruppe mit Hebammen zur Rückkopplung von Erkenntnissen aus den Interviews. Die Durchführung der Fokusgruppe dient nicht der Erhebung weiteren empirischen Materials im eigentlichen Sinne. Ausgewählte Aspekte der anderen Bausteine werden in einer Fokusgruppe vorgestellt und mit Hebammen diskutiert, um Erkenntnisse zu beruflichen Orientierungen und Orientierungsrahmen von Hebammen zu verdichten und zu ergänzen.

Perspektiven auf den Forschungsgegenstand

Im Material der einzelnen Bausteine werden unterschiedliche Perspektiven auf den Forschungsgegenstand abgebildet. Der Forschungsgegenstand wird in Annäherung an eine Logik im beruflichen Feld von Hebammen konzeptioniert. Nach Barbara Friebertshäuser (vgl. Friebertshäuser 2016) kann der Blick auf einen Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgen. Der Blick ist jeweils standortgebunden und kann sich im Forschungsprozess verändern. Er kann stärker an Theorie orientiert oder von Theorie geleitet sein bzw. an Empirie orientiert oder von Empirie geleitet sein. In diesem Forschungsprojekt rückt mit dem jeweiligen Material eine spezifische Perspektive nach vorn. Durch einen Wechsel der Perspektiven erschließt sich der Forschungsgegenstand jeweils anders und in ergänzender Weise. Das folgende Schaubild stellt die Perspektiven auf den Forschungsgegenstand in Zusammenhang mit den Materialien der empirischen Bausteine dar.

Schaubild 1

Empirische Bausteine und Perspektiven



Gegenstandsbezug der Methodenwahl

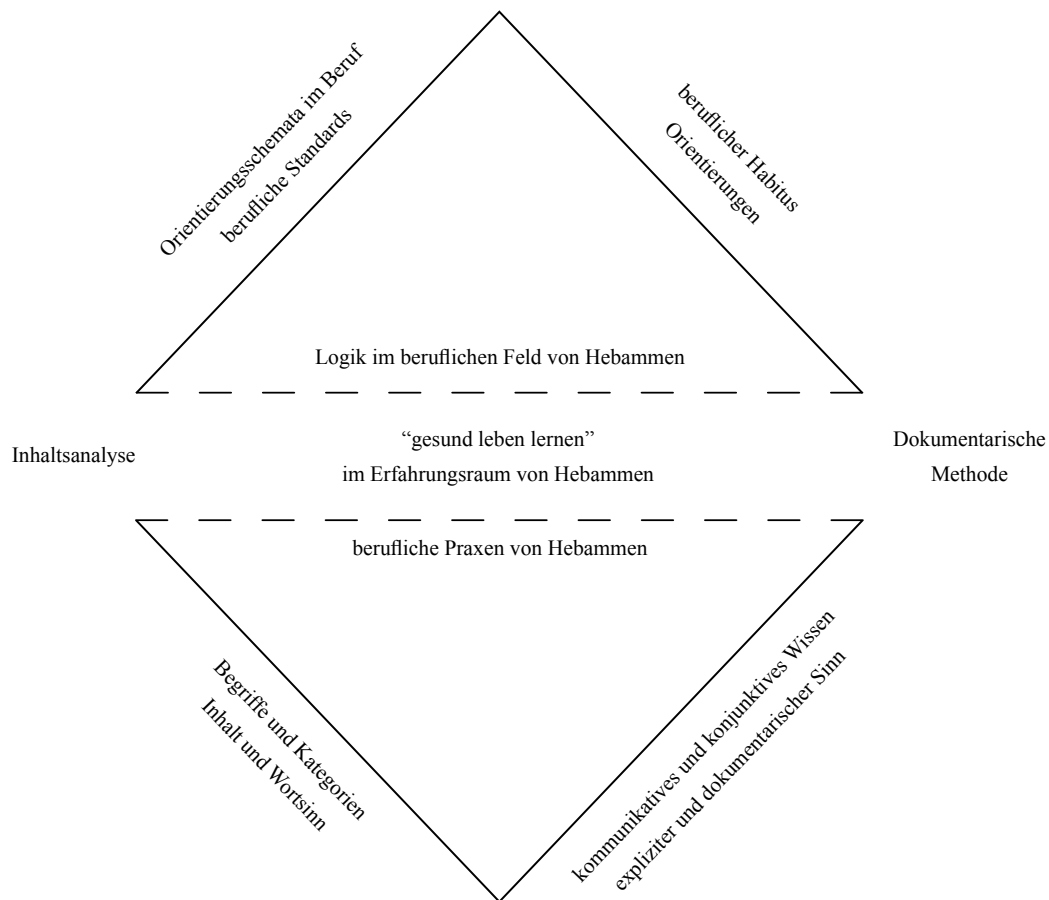
In diesem Forschungsprojekt werden verschiedene Materialien und verschiedene Methoden genutzt, um sich dem Forschungsgegenstand anzunähern. Uwe Flick verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „Triangulation als methodologische Strategie“ (vgl. Flick 2011, S. 10 - 26). Nach Flick sind unterschiedliche Formen von Triangulation möglich wie Triangulation von theoretischen Perspektiven und Zugängen (vgl. ebenda S. 28 – 36), Triangulation von Daten-sorten (vgl. ebenda S. 36 ff) und Triangulation verschiedener qualitativer Methoden (vgl. ebenda S. 41 - 48). Triangulation (ebenda S. 49) dient immer dem Ziel,

„Erkenntnismöglichkeiten jeweils systematisch zu nutzen und wechselseitig zu ergänzen bzw. erweitern. (...) Die Triangulation verschiedener qualitativer Methoden macht dann Sinn, wenn die kombinierten methodischen Zugänge

unterschiedliche Perspektiven eröffnen – bspw. Wissen und Handeln -, eine neue Dimension einführen – bspw. Gruppeninteraktion vs. Einzelinterview -, auf verschiedenen Ebenen ansetzen – bspw. Dokumenten- oder Bildanalyse vs. verbale Daten, wenn also der erwartbare Erkenntnisgewinn systematisch erweitert ist gegenüber der Einzelmethode.“

In diesem Sinne werden im Forschungsprojekt Methoden gewählt, um Erkenntnisse zum Forschungsgegenstand systematisch zu erweitern und zu ergänzen. In dem folgenden Schaubild wird der Gegenstandsbezug der Methodenwahl (vgl. Döbler 2016) dargestellt:

Schaubild 2
Gegenstandsbezug der Methodenwahl



Die Auswertung von Dokumenten zur Aus- und Fortbildung und der Interviews erfolgt in methodischer Orientierung an Inhaltsanalyse, die Interpretation einzelner Textpassagen aus Interviews und Fokusgruppe erfolgt in Orientierung an der Dokumentarischen Methode. Gemeinsamer Erfahrungsraum und Logik im beruflichen Feld von Hebammen werden aus den einzelnen Materialien erschlossen und in Bezug zu „gesund leben lernen“ gesetzt. Anschließend werden die Erkenntnisse materialübergreifend verdichtet (vgl. Teil C).

2. Baustein Dokumente

2.1 Überlegungen zum Vorgehen und zur Auswertung

Wenn man sich für Kompetenzen interessiert, die in der Ausübung der Tätigkeiten als Hebamme oder Familienhebamme erforderlich sind und in Aus- und Fortbildung erworben werden, sowie für Qualitätsentwicklung, die berufliches Handeln begleitet, stellt sich die Frage, was im Kontext der Ausbildung im Grundberuf als Hebamme und in beruflicher Fort- und Weiterbildungen dazu vermittelt wird.

Im Hinblick auf die Forschungsfragen liegt der Schwerpunkt nicht auf beruflichen Kompetenzen allgemein, sondern auf personalen Kompetenzen, die im Kontakt und in der Begleitung schwangerer Frauen oder Mütter während und nach der Geburt eine spezifische Rolle spielen. Es geht dabei um die professionelle Beziehung zwischen einer Hebamme und der Frau, die begleitet wird. Frauen können in dieser begleitenden Beziehung lernen, Entwicklungs- und Gestaltungsspielräume als Mütter für sich zu erkennen und zu nutzen. Im Gelingen solcher Lernprozesse kommen dann insbesondere personale Kompetenzen der Hebamme oder Familienhebamme zum Tragen. Im Glossar des Kompetenzprofils Familienhebammen (Bundesinitiative Frühe Hilfen: Kompetenzprofil Familienhebammen, 2013, S. 53) ist ausgeführt:

„Personale Kompetenz – auch personale Humankompetenz – umfasst Sozialkompetenz und Selbstständigkeit. Sie bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, sich weiterzuentwickeln und das eigene Leben eigenständig und verantwortlich im jeweiligen sozialen, kulturellen bzw. beruflichen Kontext zu gestalten.“

Es geht also um die Frage, welche Hinweise sich in Dokumenten zur Aus- und Fortbildung finden lassen, die auf Entwicklung von Sozialkompetenz und Selbstkompetenz in der Tätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme gerichtet sind. Der Beruf Hebamme ist ein Ausbildungsberuf, dessen Rahmenbedingungen auf Bundesebene geregelt sind. Die Ausbildung erfolgt in Hebammenschulen an einzelnen Krankenhäusern, die für ihre Ausbildungsgänge jeweils eigene Ausbildungscurricula zugrunde legen und dabei diese grundsätzlichen Rahmenbedingungen und länderspezifische Umsetzungsaspekte berücksichtigen. In der Fortbildung als Familienhebamme gibt es eine Vielzahl von länderspezifischen Curricula. Es gibt also in diesem Zusammenhang eine Vielzahl von Dokumenten, die unter obiger Fragestellung für eine Auswertung in Frage kämen.

Sowohl der Deutsche Hebammenverband als auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen sind auf Bundesebene um fachliche Standards in der Qualifizierung bemüht. Der Deutsche Hebammenverband hat ein Rahmencurriculum für die Ausbildung von Hebammen ausformuliert und veröffentlicht (vgl. Rahmencurriculum DHV 2008), das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ein Kompetenzprofil für die Tätigkeit von Familienhebammen (vgl. Kompetenzprofil Familienhebammen NZFH 2013). Beide Dokumente sind inzwischen für die Entwicklung von Curricula richtungsweisend.

Eine Anfrage beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen im Jahr 2014, ob im Rahmen der Bundesinitiative aktuell eine vergleichende Analyse von Ausbildungs- und Fortbildungscurricula für Hebammen bzw. Familienhebammen vorliegt oder zeitnah geplant ist, wurde verneint, weil aktuell sehr viel Bewegung im Feld wahrzunehmen ist und sich die Bundesinitiative ggf. erst zu

einem deutlich späteren Zeitpunkt mit diesen Umsetzungsfragen beschäftigen kann, sodass für das Forschungsprojekt keine aktuelle Auswertung dazu vorliegt.

Deshalb wird es darum gehen, ausgewählte Dokumente unter der Fragestellung exemplarisch zu betrachten. Das Hebammengesetz und die Hebammenprüfungsverordnung bilden die Grundlage auf Bundesebene und den gesetzlichen Rahmen für Ausbildung und Berufsausübung.

Die Anfrage bei drei Krankenhäusern, ob für das Forschungsprojekt konkrete Ausbildungscurricula zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden können, wurde jeweils mit Hinweis auf allgemein gültige Rahmenbedingungen abgelehnt.

Der Deutsche Hebammenverband stellte auf Anfrage sein Rahmencurriculum für die Ausbildung als Hebammen zur Verfügung. Da sich ausbildende Krankenhäuser in NRW auf ihren Internetseiten auch auf die empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für Hebammen in NRW beziehen, werden diese ebenfalls einbezogen.

Fortbildungen für Familienhebammen sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Auch hier gibt es inzwischen jeweils auf Landesebene abgestimmte Fortbildungscurricula. Für die Auswertung in dem Forschungsprojekt werden Curricula für Familienhebammen in Hessen und NRW herangezogen, da diese Ende des Jahres 2014 bzw. Anfang des Jahres 2015 veröffentlicht wurden. Die Dokumente standen dem Forschungsprojekt mit Unterstützung der jeweiligen Landeskoordinierungsstellen für Frühe Hilfen zeitnah zur Verfügung.

Damit liegen sieben Dokumente vor, die als Beispiele im Rahmen des Forschungsprojektes ausgewertet werden. Methodisch war eine computergestützte inhaltsanalytische Auswertung mit MAXQDA angedacht. Bei näherer Sichtung des Materials vermehrte sich jedoch der Eindruck, dass Hinweise zu Fragen, wie personale Kompetenzen in Aus- und Fortbildung gelernt werden, sich aus den Dokumenten nicht erschließen. Zusätzlich sind technische Probleme bei der Bearbeitung der Dokumente mit MAXQDA aufgetreten, die als pdf-Dateien zum großen Teil als Grafiken aufbereitet sind. Auf eine differenzierte computergestützte Analyse der Dokumente wird deshalb verzichtet.

Die ausgewählten Dokumente sind als Kontextinformation von weiterführendem Interesse. Sie werden deshalb im Folgenden in ihrem Aufbau und mit einem inhaltlichen Bezug zu personalen Kompetenzen analysiert, da sie als Rahmung für den Grundberuf Hebamme und die Tätigkeit als Familienhebamme gelten können.

2.2 Hebammengesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Hebammengesetz (HebG) als gesetzliche Basis des Berufs

Das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (HebG) ist vom Bundestag am 04.06.1985 verabschiedet und am 18.04.2016 zuletzt geändert worden (vgl. HebG 2016). Das Hebammengesetz ist in folgende Abschnitte gegliedert: Erlaubnis, vorbehaltene Tätigkeiten, Ausbildung, Ausbildungsverhältnis, Erbringung von Dienstleistungen/zwischenstaatliche Verträge, Zuständigkeiten, Anwendung des Berufsbildungsgesetzes, Übergangsvorschriften, Überleitungsregelung aus Anlass der Herstellung der Deutschen Einheit, Schlussvorschriften. Für die Forschungsfragen vorrangig relevant sind Ausführungen zur Erlaubnis, zu vorbehaltenen Tätigkeiten, zu Ausbildungsvoraussetzungen und Ausbildung.

Im Hebammengesetz ist festgelegt, wer die Berufsbezeichnung „Hebamme“ bzw. „Entbindungspfleger“ führen darf. Das Führen der Berufsbezeichnung ist an eine behördliche Erlaubnis geknüpft und unterliegt einer schriftlichen Meldepflicht, dass die berufliche Tätigkeit im Rahmen einer Niederlassung ausgeübt wird. Die Erlaubnis wird auf Antrag erteilt, wenn eine Ausbildung und staatliche Prüfung nachgewiesen wird, wenn kein Verhalten vorliegt, dass einer Ausübung des Berufs entgegensteht, wenn eine gesundheitliche Eignung vorliegt und die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache vorhanden sind. Eine Anerkennung von Ausbildungsnachweisen nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaft ist im Rahmen der Gleichstellung möglich. Die Erlaubnis zur Niederlassung kann auch widerrufen werden.

Zu Leistungen der Geburtshilfe sind nur Hebammen bzw. Entbindungspfleger berechtigt. Von ärztlicher Seite besteht bei Entbindungen eine Hinzuziehungspflicht von Hebammen bzw. Entbindungspflegern, die im Hebammengesetz verankert ist. In § 4.2 wird ausgeführt (ebenda § 4.2):

„ Geburtshilfe umfasst das Überwachen des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs.“

Bemerkenswert an dieser Formulierung ist, dass die Tätigkeit der Geburtshilfe als „Überwachen“ von Prozessen wie Geburt und Wochenbett gefasst wird.

In § 5 geht es dann um die dafür notwendige Ausbildung (ebenda § 5):

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

Durch Ausbildung werden Hebammen bzw. Entbindungspfleger „befähigt“, Frauen in der Schwangerschaft, bei Geburt und im Wochenbett zu begleiten. Die Begleitung wird spezifiziert als „Rat erteilen“ und „notwendige Fürsorge zu gewähren“. Schwangere Frauen und Mütter benötigen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett professionellen Rat und Fürsorge. Als Tätigkeiten von Hebammen bzw. Entbindungspflegern werden hier „beraten“ und „sorgen“ in den Mittelpunkt gestellt.

Im folgenden Satz gibt es einen Rückbezug auf die Geburtshilfe mit „eine normale Geburt leiten“. Eine mögliche Lesart dieser Formulierung ist, dass Hebammen bzw. Entbindungspfleger „leitend“ verantwortlich sind für den Ablauf eines Geburtsprozesses, soweit er sich im Rahmen der Normalität bewegt. Um einschätzen zu können, ob es sich dabei um einen medizinischen Normalverlauf handelt, müssen mögliche Komplikationen als solche frühzeitig erkannt werden. Eine Kompetenz von Hebammen bzw. Entbindungspflegern besteht darin, unterscheiden zu können, ob sich eine Geburt im Rahmen der Normalität bewegt oder pathologische Abweichungen mit Risiken oder Gefährdungen für Mutter und Kind zu erkennen sind.

Im Nachgang zur Geburt sind das „Neugeborene zu versorgen“ und „der Wochenbettverlauf zu überwachen“. Als Tätigkeiten nach der Geburt steht die Sorge für das Kind im Vordergrund und es geht wieder um „Überwachung“ bezogen auf das Wochenbett, nicht in direktem Bezug zur Mutter. In diesem Fall geht es um ein Kontrollieren der körperlichen Prozesse im Wochenbett, d.h. um die Frage, ob der Verlauf des Wochenbetts sich im Rahmen von für diese Prozesse zu erwartender medizinischer Normalität bewegt.

Stellt man die in diesem Gesetz angeführten Tätigkeiten von Hebammen bzw. Entbindungspfleger in einen Zusammenhang, so geht es um „Rat erteilen“, „Fürsorge“ für Mutter und Kind gewährleisten, „leiten“ der Geburt, „überwachen“ des Verlaufs von Geburt und Wochenbett, „erkennen“ von Abweichungen und möglichen medizinischen Komplikationen, „dokumentieren“ von Verläufen. Bemerkenswert ist, dass Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hier nicht als eigenständig entscheidende Adressatinnen der beruflichen Tätigkeiten von Hebammen bzw. Entbindungspfleger gesehen werden. Sie bleiben als individuelle oder soziale Wesen unbestimmt, sind als Adressatinnen nahezu unsichtbar und allein in normativen körperlichen Abläufen von Geburt und Wochenbett verortet. Überspitzt formuliert sind Hebammen bzw. Entbindungspfleger dann durch eine Ausbildung befähigte Fachleute, um während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett die für ein Gelingen dieser Prozesse erforderlichen Tätigkeiten an Frauenkörpern auszuführen.

Voraussetzungen für eine Ausbildung als Hebamme bzw. Entbindungspfleger sind ein Real- schulabschluss oder ein vergleichbarer Schulabschluss, ein Hauptschulabschluss mit zusätzlichem Besuch einer Pflegevorschule oder der Abschluss einer Ausbildung als Krankenpflegehelfer_in.

Die Ausbildung ist dreijährig und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Es gibt theoretischen und praktischen schulischen Unterricht sowie praktische Ausbildung im Krankenhaus. Die Ausbildung erfolgt durch staatlich anerkannte Hebammenschulen an Krankenhäusern.

In § 6.2 erfolgt ein Hinweis zur Ergänzung des stationären Rahmens (ebenda § 6.2):

„Zur Vorbereitung auf den Beruf sollen Teile der praktischen Ausbildung, die die Schwangerenvorsorge, die außerklinische Geburt sowie den Wochenbettverlauf außerhalb der Klinik umfassen, bis zu einer Dauer von 480 Stunden der praktischen Ausbildung bei freiberuflichen Hebammen oder in von Hebammen geleiteten Einrichtungen durchgeführt werden, die von zuständigen Behörden zur Ausbildung ermächtigt sind.“

Mit dieser Ergänzung werden die anders gelagerten Anforderungen im ambulanten Bereich aufgegriffen, während der Ausbildung ist ein Externat im ambulanten Bereich vorgesehen.

Zur Weiterentwicklung des Hebammenberufs und unter Berücksichtigung berufsfeldspezifischer Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse sind länderspezifische Regelungen zur Ausbildung möglich (vgl. HebG 2016, § 6.3). Dazu zählen auch Modellvorhaben an Hochschulen, zu denen das Bundesgesundheitsministerium im Bundestag berichten muss.

Im Hebammengesetz ist ein Hinweis auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung enthalten, die Ausbildungsinhalte, Tätigkeiten und Aufgaben, Mindestanforderungen an Ausbildung und staatliche Prüfung sowie Erlaubnis zur Berufsausübung regelt.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV)

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) ist am 16.03.1987 erlassen worden und zuletzt geändert am 18.04.2016 (vgl. HebAPrV 2016). Die Ausbildung als Hebamme bzw. als Entbindungspfleger umfasst 1.600 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 3.000 Stunden praktische Ausbildung im Krankenhaus. Während der praktischen Ausbildung sollen wesentliche Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt und Gelegenheit gegeben werden, die im theoretischen und praktischen Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie

bei der praktischen Arbeit anzuwenden (vgl. HebAPrV 2016, § 1.2). Insgesamt hat die Ausbildung Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln (vgl. HebAPrV 2016, § 1.3), die Hebammen bzw. Entbindungspfleger befähigen, berufliche Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung wahrzunehmen.

Der Nachweis einer regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen ist zwingend erforderlich. Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung an einer Hebammenschule ab, die aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil besteht. Der Prüfungsausschuss besteht aus einer Ärzt_in, einer Lehrhebamme oder Lehrentbindungspfleger, weiteren Hebammen bzw. Entbindungspflegern sowie Unterrichtskräften verschiedener Fächer. Sachverständige der zuständigen Behörde sind ebenfalls teilnahmeberechtigt. Im schriftlichen Teil der Prüfung werden Geburtshilfe, Anatomie und Physiologie, Krankheitslehre, Kinderheilkunde sowie Berufs- Gesetzes- und Staatsbürgerkunde geprüft. Die Aufsichtsarbeiten bestehen aus schriftlichen Fragen und dauern zwischen ein und zwei Stunden je nach Fach. Im mündlichen Teil der Prüfung geht es auch um Geburtshilfe, Kinderheilkunde, sowie um Krankenpflege, Gesundheitslehre und Hygiene. Es sind Einzel- und Gruppenprüfungen möglich mit einer Dauer von zwanzig Minuten pro Fach und Prüfling. Fähigkeiten sind auch am geburtshilflichen Phantom darzustellen. Im praktischen Teil der Prüfung geht es um folgende Aufgaben: Aufnahme einer Schwangeren und Dokumentation der erhobenen Befunde mit Erstellung eines Behandlungsplans, Durchführung einer Entbindung mit Erstversorgung des Neugeborenen und Dokumentation im Einverständnis mit der Schwangeren, eine praktische Pflegedokumentation an einem Säugling sowie eine Fallbesprechung oder Pflegedemonstration an einer Wöchnerin. Alle Prüfungsteile werden von mehreren Fachprüfer_innen benotet. Bei der Benotung fließen Gewichtungen einzelner Fächer ein. Die Benotung erfolgt mit den Noten sehr gut bis ungenügend. Für das Bestehen der Prüfung ist eine Benotung mit mindestens ausreichend in allen Teilen erforderlich, wobei das Fach Geburtshilfe in jeder Prüfung mit mindestens ausreichend benotet sein muss. Jeder Teil der Prüfung kann bei Nichtbestehen einmal innerhalb von zwölf Monaten wiederholt werden. Die Prüfungsergebnisse werden in der Erlaubnisurkunde festgehalten.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind auch Sonder- und Anerkennungsregelungen von Ausbildungsnachweisen aus Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums sowie Drittstaaten ausgeführt.

Inhalte für den theoretischen und praktischen Unterricht mit Angaben zum Zeitumfang und nach Fächern gegliedert, die im ersten oder im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung zum Tragen kommen, werden in einer Anlage geregelt (vgl. ebenda Anlage 1). Inhalte zur praktischen Ausbildung mit Angabe zum Zeitumfang, die im ersten sowie im zweiten und dritten Jahr der praktischen Ausbildung vorgesehen sind, werden in einer zweiten Anlage aufgeführt. (vgl. ebenda Anlage 2). Die Gliederung dieser Inhalte orientiert sich an der Organisation eines Krankenhauses mit Entbindungsabteilung, Wochen- und Neugeborenen-Station. Die Inhalte sowohl des theoretischen und praktischen Unterrichts als auch der praktischen Ausbildung sind mit dem jeweiligen Stundenumfang zeitlichen Ausbildungsabschnitten zugeordnet. Die erste Phase bezieht sich auf das erste Ausbildungsjahr, die zweite Phase auf die Zeit des zweiten und dritten Ausbildungsjahres.

Die Inhalte für den theoretischen und praktischen Unterricht sind einzelnen Fachgebieten zu-

geordnet, die ein medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis dieser Berufsausbildung abbilden: Beispiele für diese Fachgebiete sind Gesundheitslehre, Hygiene, Biologie und Anatomie, allgemeine Krankheits- und Arzneimittellehre, Erste Hilfe, fachbezogene Physik und Chemie. Weiter gibt es Fachgebiete wie Berufs- und Gesetzeskunde, Einführung in die Organisation des Krankenhauses sowie Sprache und Schrifttum, die sich mit beruflichen Rahmenbedingungen beschäftigen. In einem weiteren Fachgebiet, das mit einer hohen Stundenzahl ausgestattet ist, geht es um die Grundlagen der Hebammentätigkeit. Auch hier ist eine medizinische Ausrichtung an Krankenhausorganisation erkennbar. Es geht um „Betreuung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen“, um „Pflegetätigkeiten“ und „Beobachten der Patientin mit ihren physischen und psychischen Bedürfnissen“. Frauen als Adressatinnen der zu lernenden beruflichen Tätigkeit werden in Bezug auf den Ablauf eines Geburtsprozesses durch „Schwangere“, „Gebärende“, „Wöchnerin“ und als „Patientinnen“ gekennzeichnet. Im Fachgebiet Psychologie, Soziologie und Pädagogik, die jeweils in einer relativ geringen Anzahl von Stunden unterrichtet werden, werden Entwicklungs- und Lernpsychologie, Soziales Lernen und Erziehungsziele angesprochen. Im zweiten Ausbildungsabschnitt kommen Psychologie der Schwangeren sowie Pädagogik und Menschführung als Themen hinzu.

In der zweiten Ausbildungsphase werden die Fachgebiete „Berufs- und Gesetzeskunde“ sowie „Organisation und Dokumentation im Krankenhaus“ vertieft. In den medizinisch-naturwissenschaftlichen Fachgebieten findet ebenfalls eine Vertiefung der allgemeinen und speziellen Krankenpflege, spezielle Krankheits- und Arzneimittellehre statt. Es werden inhaltliche Spezifizierungen wie „Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, „Rehabilitation“ oder „Wartung und Pflege von Apparaten“ eingeführt. Im Fachgebiet Berufs- und Gesetzeskunde wird Ethik als Thema aufgegriffen. Das Fachgebiet „Praktische Geburtshilfe“ hat wieder einen hohen Stundenumfang. Es geht um Erstversorgung der Wöchnerin und Versorgung des Neugeborenen. Im Fachgebiet „Schwangerenbetreuung“ geht es um „Vorsorgemaßnahmen“, „psychosomatische Geburtsvorbereitung mit Übungsverfahren“, „Hilfen bei Schwangerschaftsbeschwerden“ sowie „Überwachung bei Risikoschwangerschaften“. Eine medizinische Orientierung der zu vermittelnden Inhalte ist wieder unverkennbar. Dies gilt auch für das Fachgebiet „Wochenbettpflege“, das mit Tätigkeiten wie „Beratung zur Hygiene“, „pflegerischer Betreuung“, „Beobachtung“ und „Überwachung“ sowie „Hilfe beim Erlernen von Stilltechniken“ gekennzeichnet ist. Ein anderer Aspekt ist die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, der auch im Fachgebiet „Neugeborenen- und Säuglingspflege“ aufgegriffen wird als „Umgang mit Eltern und deren Beratung“ sowie „Elternschule“. Diese Formulierungen stehen für ein Verständnis von Lernprozessen der Erwachsenenbildung, das sich an der Institution Schule orientiert. Im Fachgebiet „Spezielle Krankenpflege“ wird auch „Verhalten bei Todesfällen“ thematisiert.

Die Inhalte der praktischen Ausbildung sind Organisationseinheiten des Krankenhauses zugeordnet wie „Entbindungsabteilung“, „Wochenbettstation“, „Neugeborenen-Station“, „operative und nicht operative Station“, in denen Abschnitte der praktischen Ausbildung stattfinden. In der zweiten Ausbildungsphase kommen „Schwangerenberatung“, „Kinderklinik“ und „Operationsaal“ als weitere Lernorte hinzu. Auch in der praktischen Ausbildung ist eine medizinische Orientierung vorrangig. Bei der „Schwangerenberatung“ geht es um eine Mindestanzahl von Untersu-

chungen vor der Geburt, um „Überwachen und Pflege“ von einer Mindestanzahl von Gebärenden und „selbstständige Ausführung“ von einer Mindestanzahl von Entbindungen. Es geht um „Überwachen“ und „Pflegen“ von Schwangeren, Müttern und Kindern, um den „Geburtsverlaufs“ und „Verhalten bei kindlichen Todesfällen“. Auch auf der Wöchnerinnen-Station steht die „Pflege“ und „Überwachung“ im Vordergrund. Es geht um Erfahrungen mit einer Mindestanzahl von normalen und „gefährdeten“ Wochenbettverläufen. „Rückbildungs- und Heilungsprozesse“ werden „beobachtet“ und „überwacht“, das „Stillen“ wird „angeleitet“ und „überwacht“, die Mutter wird „zur eigenen Pflege und zur Pflege des Neugeborenen angeleitet“, die „Eltern-Kind-Beziehung gefördert“. Auf der Neugeborenen-Station und in der Kinderklinik geht es um die „Überwachung und Pflege des Neugeborenen“, um „Beobachtung und Früherkennung von Erkrankungen“ und „Vorsorgemaßnahmen“. Der „Umgang und die Beratung von Eltern“ wird vermittelt, Erfahrungen mit „Müttersprechstunden“ gesammelt. Im Operationssaal geht es um „Pflege und Reinigung von Instrumenten und Apparaten“ sowie um die „Vorbereitung und Hilfeleistungen bei operativen Eingriffen“. Hier werden Assistenz Tätigkeiten für ärztliche Leistungen vermittelt.

Zusammenfassung zur gesetzlichen Basis des Hebammenberufs

Der Beruf der Hebamme bzw. des Entbindungspfleger ist ein Gesundheitsfachberuf basierend auf medizinischem Wissen. Die Ausbildung findet in einer Kombination von schulischem Unterricht und praktischer Tätigkeit im Krankenhaus statt. Die Ausbildungsinhalte haben eine vorrangig medizinisch-naturwissenschaftliche Prägung mit Tätigkeiten im Bereich der Pflege und der Überwachung von körperlichen Abläufen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Es geht um medizinische Untersuchungen und eine Beurteilung, ob Verläufe sich im Bereich der Normalität befinden oder risikohafte Abweichungen zu erkennen sind. Eine Kompetenzorientierung ist in Hebammengesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung noch nicht auszumachen. Beide Dokumente sind bereits Mitte der 80-er Jahre entstanden und bilden die aktuell gültige gesetzliche Rahmung des Berufs.

Die Ausbildung als Hebamme bzw. Entbindungspfleger erfolgt in Deutschland auf Fachschulniveau in enger Anbindung an die Organisation Krankenhaus. Es werden auch mögliche Modellprojekte in Kooperation mit Hochschulen erwähnt, die eine Akademisierung als Hebammenwissenschaften voran bringen können. Im Europäischen Wirtschaftsraum und für Drittstaaten gelten Sonder- und Anerkennungsregelungen für Ausbildungsnachweise in diesem Beruf.

Die Berufsausübung ist an eine behördliche Erlaubnis zur Niederlassung gebunden, die widerrufen werden kann. Für die Geburtshilfe ist Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit von Hebammen bzw. Entbindungspflegern sowie die Hinzuziehungspflicht bei Geburten gesetzlich verankert.

2.3 Curricula für die Ausbildung als Hebamme bzw. Entbindungspfleger

Im Folgenden werden das Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes aus dem Jahr 2008 sowie die Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW aus dem Jahr 2005 als exemplarische Dokumente für aktuell gültige Curricula der Ausbildung als Hebamme und Entbindungspfleger auf Bundes- und Länderebene vorgestellt.

2.3.1 Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes

Der Pädagogische Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes hat im Jahr 2008 das Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung veröffentlicht, um die notwendige Reform der Hebammenausbildung voran zu treiben. Ziel dieser Initiative ist die Sicherung eines „umfassenden Gesundheitsangebot durch Hebammen in Deutschland“ und eine „internationale Anschlussfähigkeit“ insbesondere für den europäischen Wirtschaftsraum durch eine „Neubestimmung der beruflichen Ausbildungswege“ (vgl. Rahmencurriculum für eine modernisierte Hebammenausbildung 2008, S. 1). Den Autorinnen geht dabei um „eine Veränderung der Ausbildung auf struktureller Ebene“ und „die Entwicklung neuer Ausbildungsprogramme“, das Curriculum wird „als ein Baustein und Motor der Ausbildungsreform“ gesehen, um „den aktuellen bildungspolitischen Entwicklungen zu entsprechen“, „Anforderungen an eine mögliche Ausbildung im tertiären Bereich“ aufzugreifen und „zu Modellversuchen anzuregen“ (vgl. ebenda S. 2).

Der Inhalt des Rahmencurriculums ist in drei Teile gegliedert. In einer Einleitung (vgl. ebenda S. 2) wird die Notwendigkeit dieser Veröffentlichung begründet, „Kompetenzbasierung“ und „Modularisierung“ als Kennzeichnung eines modernisierten Curriculums zur Ausbildung im Hebammenberuf erläutert und „Hinweise zu pädagogischen Implikationen und Didaktik“ gegeben.

In einem zweiten Teil wird ein Kompetenzprofil des Hebammenberufs bestehend aus acht Kompetenzen entwickelt, auf die das Curriculum der Ausbildung ausgerichtet ist. Im dritten Teil geht es um insgesamt sechzehn Module in der Ausbildung, die aufeinander aufbauen. Weitere Teile des Rahmencurriculums sind die Umsetzung in einem Dreijahres-Plan und ein Leitfaden zur Umsetzung, die angekündigt werden, in der Veröffentlichung aus dem Jahr 2008 jedoch noch nicht vorliegen, sowie ein Anhang mit Literaturangaben.

In der Einleitung (vgl. ebenda, Einleitung S. 2 f) werden Veränderungen im Berufsbild in den Blick genommen, die mit „demografischer Entwicklung, medizinischem Fortschritt, Ressourcenknappheit und inhaltlicher Neubewertung der gesellschaftlichen Funktion des Gesundheitswesens und Entwicklung der Gesundheitsberufe“ begründet werden.

„Sie (Hebammen) benötigen die Kompetenz, evidenzbasiert zu entscheiden, sie sind gefordert, ihr Handeln zu reflektieren und sie müssen die Effektivität und Effizienz von Maßnahmen zur primären und sekundären Prävention nachweisen können.“

Der Hebammentätigkeit liegt das „Modell eines Betreuungsbogens“ zugrunde, das von der Familienplanung ausgeht über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit eine „umfassende und durchgängige Betreuung von Frauen im reproduktiven Lebenszyklus“ beinhaltet. Die Reihenfolge der aufeinander aufbauenden Module der Ausbildung ist an diesem Modell orientiert.

„In dieser Lebensphase leiten Hebammen durch die Förderung physiologischer Prozesse einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention“.

Verlagerung der Hebammentätigkeit in die Freiberuflichkeit und den ambulanten Bereich haben die für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen verändert. Die professionelle Betreuung von Frauen und Familien bedeutet „ein hohes Maß an ökonomischer und organisatorischer Kompetenz“, „Autonomie und Verantwortung“ sowie „Kompetenz einer professionellen Beziehungsgestaltung“. Dabei geht es um

„das Beherrschen und Reflektieren wissenschaftlich fundierten Wissens sowie die

Kompetenz, dieses Wissen situativ anzuwenden und den Einzelfall zu verstehen“. Die „Entwicklung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses zwischen Hebamme und Frau“ werden „als Kern des professionellen Handelns von Hebammen“ gesehen.

Als Kritik am derzeit gültigen Hebammengesetz und an der ergänzenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird angemerkt, dass dort ein Berufsbild verankert ist, das sich fast ausschließlich an Tätigkeiten im Krankenhaus in angestellter Form orientiert. Es wird auf bildungspolitische Entwicklungen im Zusammenhang mit der Ausbildung im Hebammenberuf hingewiesen (vgl. ebenda, Einleitung S. 3 f):

„mangelhafte Einordnung in das deutsche Bildungswesen, indem keine anschlussfähigen Bildungsabschlüsse erreicht werden können und keine verbindlichen Qualitätsstandards für die Ausbildung existieren“.

Mit Verweis auf „bildungspolitische Vorgaben der Europäischen Union mit Bologna- und Kopenhagen-Prozess“ und „Einrichtung einer Modellklausel im Hebammengesetz“ erscheint es notwendig, den Paradigmenwechsel in der beruflichen Bildung von einer Input- zu einer Output-Orientierung auch für die Ausbildung im Hebammenberuf zu vollziehen, um eine „angemessene Verortung der Hebammenausbildung im Bildungssystem“ zu erreichen. Im Nahziel soll die „derzeitige Hebammenausbildung verbessert“ werden, im Fernziel soll der „Weg für eine Verlegung derselben an die Hochschule gebahnt“ werden.

Bei dem Dokument (vgl. ebenda, Einleitung S. 3 f) handelt es sich um ein „Rahmencurriculum, d.h. ein offenes Curriculum mit niedrigem Festlegungsgrad“, indem „Qualitätsziele basierend auf Kompetenzen“ festgelegt werden, ohne den Weg zum Erreichen dieser Ziele vorzugeben. Damit wird auf die dauerhaft erforderliche Weiterentwicklung verwiesen, die als „Orientierungshilfe“ gedacht ist, um „Lernprozesse zielgerichtet und strukturiert zu beeinflussen“.

„Durch die Festlegung von zu erreichenden Kompetenzen schreibt das Curriculum vor, was die Absolventin können soll (Output). Die didaktische Umsetzung liegt in der Hand der Schulen (...).“

Inhaltlich geht es bei der Hebammenausbildung um eine Verbindung von Theorie und Praxis:

„Die Hebammenausbildung soll dazu befähigen, Berufssituationen eigenständig, reflektiert und kompetent zu bewältigen.“

Dazu wurde in dem Rahmencurriculum der Fächerkanon der jetzigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aufgelöst und durch Module ersetzt, die „formal und inhaltlich so angelegt“ sind, dass sie „in adaptierter Form auch im Rahmen einer Hochschulausbildung genutzt“ werden können.

Das Rahmencurriculum basiert auf der Definition von Berufskompetenzen, die als Kombination von Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten, die für die Ausübung der beruflichen Aufgaben erforderlich sind. Die Kompetenzorientierung (ebenda, Einleitung S. 5 f) wird gekennzeichnet:

„als grundlegender Perspektivwechsel von Wissensvermittlung durch Lehrende hin zum Kompetenzerwerb durch die Lernenden.“

Das Rahmencurriculum ist in Auseinandersetzung mit bereits existierenden internationalen Curricula zur Hebammenausbildung und deren zugrunde gelegten Qualifikationsprofilen und Kompetenzen entwickelt worden. In Arbeitsprozessen von Hebammen sind somit aktuell acht Kompetenzen zu identifizieren, die in der Hebammenausbildung in Deutschland zum Tragen kommen. Es wird zwischen Kompetenzen und Performanzen unterschieden.

„Während Kompetenzen das Vermögen eines Individuums beschreiben, spiegeln

Performanzen die Verwendung dieses Vermögens wieder. Kompetenz zeigt sich nur in der Aktion und ist nur beobachtbar und beurteilbar, wenn man sie in Form von Performanzen beschreibt.“

Performanzen erläutern das Niveau, auf dem die jeweiligen Kompetenzen ausgeführt werden, und ermöglichen damit die Anschlussfähigkeit an andere Bildungswege in europäischem Rahmen.

Das Rahmencurriculum ist modularisiert und besteht aus insgesamt sechzehn Modulen (vgl. ebenda, Einleitung S. 6). Auch das basiert auf einem bildungspolitischen Impuls auf europäischer Ebene. Mit Verweis auf die Kultusministerkonferenz wird eine Modularisierung verstanden als „Zusammenfassung von Stoffgebieten zu thematisch und zeitlich abgerundeten, in sich abgeschlossenen und mit Leistungspunkten versehenen abprüfbaren Einheiten.“

Die Lerneinheiten sind flexibel und können in ihrer Reihenfolge ausgetauscht werden, was in der derzeitigen schulischen Praxis nur beschränkt möglich ist.

„Denn ein kompetenzorientierte, modularisiertes Curriculum verlangt die Auflockerung von Fächern bzw. wissenschaftlichen Disziplinen und Stoffgebieten mitsamt den dazugehörigen pädagogischen und didaktischen Implikationen.“

In dem Rahmencurriculum wird ein weiterer Paradigmenwechsel angesprochen, der im Bereich der pädagogischen Implikationen und Didaktik verortet ist, indem die Aufgabe der reinen Wissensorientierung zugunsten einer Handlungsorientierung verändert wird. Es geht dabei um ein verändertes Verständnis, wie Lehren und Lernen sich vollzieht. In den Modulen (vgl. ebenda, Einleitung S. 8 f) werden „handlungsorientierte, fallbezogene und problemorientierte Lehr-/Lernformen“ vorgestellt, die „Wahl der Methoden und das dahinter stehende „Lernverständnis“ stellt „das Subjekt in den Mittelpunkt“. Das Rahmencurriculum basiert auf einem „konstruktivistischen Verständnis von Lehren und Lernen“, wie es von Arnold und Siebert vertreten wird:

„Lernen als einen auf sich selbst rückbezüglichen (selbstreferentiellen), sich selbst hervorbringenden (autopoetischen) und damit aktiven Aneignungsprozess von subjektiver Wirklichkeit. Dabei werden neue Lerninhalte in vorhandene Wissensbestände des Individuums eingefügt. Wissen baut auf vorhandenem Wissen auf und Erfahrung knüpft an Erfahrung an.“

Von der Lehrperson werden Lernprozesse begleitet. Es erfolgen „Anregungen zum Lernen“, indem „Lernumgebungen gestaltet“ und „Irritationen des Lernenden provoziert“ werden. Die Produktivität dieser Prozesse hängen ab

„von der Passung (Viabilität) der Lernangebote in die biografisch geprägte psycho-physischen, kognitiven und emotionalen Strukturen der Lernenden als Individuen“, (da) „diejenigen Reize aufgegriffen werden, die aus sich der Lernenden anschlussfähig und relevant sind. Der Lernprozess ist dabei ein kommunikativer, interaktiver und erfahrungsoffener, in dem alle ihren Beitrag leisten und in dem Lehrende auch Lernende sind.“

Es geht dabei um eine Gestaltung der Lernumgebungen und Ermöglichungsdidaktik, die „Aneignungsleistungen von Individuen“ in der Ausbildung als „aktives, selbstgesteuertes, konstruktives, situatives und soziales Lernen“ fördert.

Ziel der Hebammenausbildung (vgl. ebenda, Einleitung S. 9) ist, „professionelle Beziehung zu lehren“. Dies ist sowohl für die Beziehung zu den Hebammenschülerinnen in der Ausbildung als auch in der Beziehung zu den durch Hebammen zu betreuenden Frauen in der Berufsausübung

relevant. In diesem Zusammenhang werden die Begriffe „gleichberechtigtes Arbeitsverhältnis“ und „professionelles Arbeitsbündnis“ eingeführt, die auf der „Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie“ basieren:

„Die Hebamme teilt ihr Wissen mit den Frauen und gleichzeitig wahrt sie eine Distanz zu den von ihr betreuten Frauen, um professionelles Arbeiten zu gewährleisten.“

In diesem Lernprozess werden „Fähigkeiten der Selbstreflexion“ als eine „Sensibilisierung für sich und andere“ benötigt.

Den didaktischen Überlegungen (vgl. ebenda, Einleitung S. 10 – 11) liegt ein „Modell der vollständigen Handlung“ zugrunde, das „durch Rückkopplungen zwischen Wahrnehmen, Denken und Tun die Ausbildung von beruflichen Handlungskompetenzen fördert“. Reflexion und sich in diesem Prozess verändernde Bewertungen sind dafür elementar. Dazu legt das erste Modul als Propädeutikum unter dem Stichwort „Lern- und Arbeitstechniken und –methoden“ eine Grundlage. Es geht um das „Erkennen von Zusammenhängen“ und die Entwicklung der „Fähigkeit, berufliches Handeln eigenständig und begründet zu planen, durchzuführen und zu evaluieren“. Unterrichtsformen und Methoden werden in dem Curriculum nicht festgelegt, da es „Handlungsfreiheit“ gewährleisten und ermutigen soll, „manches einfach auszuprobieren“.

Kompetenzprofil

Nach dieser umfangreichen Einleitung zur fachlichen Perspektive und Lesart des Rahmencurriculums folgt das Kompetenzprofil mit Kompetenzen und jeweils zugehörigen Performanzen (vgl. ebenda Kompetenzprofil S. 1 – 4). Im Folgenden werden die Kompetenzen mit einigen Performanzen vorgestellt, die für die Fragestellung des Forschungsprojektes als beispielhaft und relevant eingeschätzt werden.

„**Kompetenz 1:** Die Hebamme verfügt über umfassendes theoretisches und wissenschaftliches Fachwissen sowie über die erforderlichen Fertigkeiten, um die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu unterstützen und aufrecht zu erhalten.“

Zu dieser Kompetenz werden sechzehn Performanzen ausformuliert. Im Folgenden werden zwei davon exemplarisch zitiert:

„Die Hebamme

1.3 achtet die Persönlichkeit und Autonomie der Frau / der Familie und respektiert ihre Entscheidungen

1.10 berät die Frau und ihre Familie in ihrer reproduktiven Phase umfassend und ermöglicht eine informierte Entscheidung.“

Bei dieser Kompetenz stehen Fachwissen und körperbezogene Fertigkeiten bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Vordergrund. In den beiden zitierten Performanzen wird die dabei zu praktizierende Beratung von Frauen durch Hebammen als umfassend und eine informierte Entscheidung der Adressatinnen angesehen. Die jeweilige Entscheidung wird als Ausdruck von Persönlichkeit und Autonomie angesehen und wertschätzend und respektvoll beantwortet.

„**Kompetenz 2:** Die Hebamme hat umfassendes theoretisches und wissenschaftliches Fachwissen und verfügt über die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, um Risiken und Pathologien einzuschätzen und um notwendige Maßnahmen einzuleiten.“

Zu dieser Kompetenz werden fünf Performanzen ausformuliert. Bei dieser Kompetenz geht es um notwendiges Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeit um Abweichungen von Normalverläufen und deren Risiken einschätzen zu können.

„**Kompetenz 3:** Die Hebamme praktiziert eine effektive, interdisziplinäre, kollegiale Zusammenarbeit mit dem Fokus der optimalen Versorgung von Mutter, Kind und Familie.“

Zu dieser Kompetenz werden sieben Performanzen ausformuliert. Im Folgenden wird eine davon exemplarisch zitiert:

„Die Hebamme
3.7 ist bereit zu einem gemeinsamen Reflexionsprozess.“

Bei dieser Kompetenz geht es um interdisziplinäre Zusammenarbeit, die erforderlich ist, wenn es um eine Versorgung von Mutter, Kind und Familie geht. Für eine Optimierung dieser Versorgungsleistungen wird die Bereitschaft zu gemeinsamen Reflexionsprozessen als erforderlich angesehen.

„**Kompetenz 4:** Die Hebamme überprüft, entwickelt und erweitert kontinuierlich ihr professionelles Wissen und ihre Fertigkeiten, um sich veränderten Bedingungen in Gesellschaft, Wissenschaft und Politik im Sinne einer effektiven Hebammenversorgung gerecht zu werden.“

Zu dieser Kompetenz werden zehn Performanzen ausformuliert. Es geht um einen dauerhaften, auch die Berufsausübung begleitenden Lernprozess, um fachliche und gesellschaftliche Entwicklungen effektiv in Hebammentätigkeit einbeziehen zu können.

„**Kompetenz 5:** Die Hebamme begleitet die Frau und ihre Familie in partnerschaftlichen respektvoller Zusammenarbeit.“

Zu dieser Kompetenz werden acht Performanzen ausformuliert. Im Folgenden werden drei davon exemplarisch zitiert:

„Die Hebamme
5.1 ermöglicht der Frau / Familie durch Information, Aufklärung und Beratung eine informative persönliche Entscheidung zu treffen
5.3 reflektiert die eigene Haltung und das eigene Handeln, ist empathie-, konflikt- und teamfähig
5.5 kommuniziert empathisch und effektiv mit der Frau und ihrer Familie.“

Die Kompetenz bezieht sich auf die Begleitung und Beziehungsgestaltung mit der Adressatin. Es geht um Partnerschaft und Respekt in der Zusammenarbeit, um die Ermöglichung von informierten persönlichen Entscheidungen. Dies erfolgt durch Informieren, Aufklären und Beraten der Hebamme und erfordert ein Reflektieren von eigenem Denken, Fühlen und Handeln sowie eine dazu geeignete Kommunikation mit der jeweiligen Adressatin.

„**Kompetenz 6:** Die Hebamme fördert die Gesundheit der Frau und ihrer Familie und nutzt bestehende Versorgungs- und Präventionskonzepte.“

Zu dieser Kompetenz werden fünf Performanzen ausformuliert. Im Folgenden werden zwei davon exemplarisch zitiert:

„Die Hebamme
6.1 ermutigt und stärkt die Frau und ihre Familie, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit sowie der ihrer Kinder zu übernehmen. Sie fördert einen gesunden Lebensstil durch relevante Information, Aufklärung und Beratung und, wo nötig, Begleitung
6.3 ist in der Lage den Lebenskontext und die speziellen Bedürfnisse der Frau und ihrer Familie einzuschätzen. Sie gibt der Situation angepasste Beratung und

Informationen, um die Gesundheit der Frau / Familie zu fördern.“

Die Kompetenz ist auf Gesundheitsförderung ausgerichtet. Hebammen können Frauen dazu informieren, aufklären und beraten bzw. begleiten. Sie ermutigen Frauen zur Verantwortung für ihre Gesundheit und fördern einen gesunden Lebensstil, der dem Lebenskontext und den spezifischen Bedürfnissen der Adressatin angepasst ist. Mögliche Unterschiede zwischen dem von der Hebamme praktizierten Lebensstil zum von der begleiteten Frau praktizierten Lebensstil und daraus resultierenden Hindernissen und Konflikte werden nicht angesprochen.

„**Kompetenz 7:** Die Hebamme arbeitet nach ökonomischen und ökologischen Grundsätzen und setzt personelle und materielle Ressourcen verantwortungsbewusst ein.“

Zu dieser Kompetenz werden sechs Performanzen ausformuliert. Im Folgenden wird eine davon exemplarisch zitiert:

„Die Hebamme
7.5 geht verantwortlich mit ihrer Arbeitskraft um.“

Die Kompetenz richtet sich auf den Umgang mit Ressourcen im Beruf. Die eigene Arbeitskraft wird auch als eine solche Ressource angesehen, für deren Erhalt Hebammen Verantwortung tragen. Umgang mit Grenzen durch strukturelle Rahmenbedingungen des Berufs wird nicht angesprochen.

„**Kompetenz 8:** Die Hebamme fördert die Entwicklung und das Ansehen des Berufsstandes.“

Zu dieser Kompetenz werden sieben Performanzen ausformuliert. Es geht dabei um ein Engagement zur Weiterentwicklung des Berufsbildes und des Hebammenwissens in Ausbildung, Berufsausübung und Öffentlichkeit.

Module

Im dritten Teil des Rahmencurriculums werden die Module für die Hebammenausbildung vorgestellt (vgl. ebenda, Die Module). Sie sind in einer Form Loseblattsammlung konzipiert, die bei Weiterentwicklungen einen Austausch einzelner Module ermöglichen.

Die einzelnen Module sind in der Darstellung untergliedert in verantwortlicher Lehrende/ Team, erforderliche Module (Voraussetzungen), Co-Modul, Credits (U-Std., Theorie/Praxis), Level, Qualifikationsziele, Kompetenzen, Modulinhalte, Units/Modulbestandteile, Lehr-/Lernform, Lernorte (Theorie, Schulpraxis, Praxis), Bewertungsoptionen, Literaturhinweise, Sonstiges/besondere Fragestellung.

Insgesamt sind für das Curriculum sechzehn Module entwickelt worden, die thematisch dem Betreuungsbogen von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit mit dem Kind sowie jeweils zu erwartende Normalsituationen und besonderen Situationen folgen. Vorangestellt sind einige kurze Hinweise, u.a. dass die Module aufeinander aufbauen und es sinnvoll ist, die Reihenfolge zu beachten, sowie dass das Curriculum auch im Rahmen der Vorgaben der jetzigen HebAPrV mit einer Blockplanung komplett umsetzbar ist, wozu vor Umsetzung praktische Einführungstage vorgeschlagen werden.

Mit Bezug zu den einzelnen Modulen werden Qualifikationsziele und Modulinhalte entwickelt. Eine Auswahl, die aufgrund der Thematik für Fragen des Forschungsprojektes als relevant eingeschätzt werden, sind in der Auswertung dieses Dokumentes zusammengestellt worden und werden hier nicht ausführlich dargestellt.

Zusammenfassung zum Rahmencurriculum des DHV

An dem Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung mit Kompetenzprofil ist bemerkenswert, dass Tätigkeiten des Beobachtens, Überwachens und der pflegenden Versorgung an manchen Stellen noch benannt sind, aber deutlich hinter Tätigkeiten des Begleitens, Betreuens und Beratens von Frauen und deren Familien zurücktreten.

Zum beruflichen Tätigkeitsfeld von Hebammen gehört das Bemühen um den Erhalt von Gesundheit und eine Auseinandersetzung mit gesundem Lebensstil in der Lebensphase von Frauen, in der es um Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit mit dem Kind geht. Sowohl die Gesundheit der zu begleitenden Frauen als auch um die Gesundheit der Hebammen stehen dabei im Fokus, wenn sie auch in engem Zusammenhang mit der Gesundheit des Neugeborenen bzw. Säuglings gesehen werden.

Im Hebammenberuf gewinnen personale Kompetenzen zunehmend an Bedeutung. Dies findet auch in dem Rahmencurriculum seinen Ausdruck. Es geht um Kommunikation auf Augenhöhe mit den Adressatinnen und im interdisziplinären beruflichen Umfeld. Die Wahrnehmung von Bedürfnissen und Ressourcen spielt ebenso eine Rolle wie Interaktion in spezifischen situationsbezogenen Aushandlungsprozessen. Dafür ist Wissen zu Beratungskonzepten und Erfahrung mit der Anwendung des entsprechenden Wissens in der Praxis erforderlich. Fähigkeiten und Fertigkeiten zur (Selbst)Reflexion von fachlicher und gesellschaftlicher Normalität, von sozialen und kulturellen Werten und beruflichen Praktiken sind dafür dauerhaft weiterzuentwickelnde Voraussetzungen.

Im Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes wird ein Aufschlag zur Veränderung der Ausbildungs- und Berufspraxis formuliert, um perspektivisch Anschlussfähigkeit an universitäre Ausbildungsgänge zu erreichen.

Die Frage, wie diese Erwartungen in der Praxis der Hebammenschulen mit Leben gefüllt und gestaltet werden, kann durch eine Analyse des Rahmencurriculums nicht beantwortet werden. Deshalb wird an dieser Stelle bedauert, dass für das Forschungsprojekt keine Hebammenschule mit ihrem konkreten Schulcurriculum gewonnen werden konnte, um Aspekte zur praktischen Umsetzung in den Blick nehmen zu können. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass aktuell eine Situation des Umbruchs und des Wandels der Ausbildungssituation im europäischen Kontext gegeben ist und zusätzlich Konkurrenzsituationen von Krankenhäusern im Gesundheitssektor eine Rolle spielen.

2.3.2 Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW hat im Dezember 2005 die „Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen“ veröffentlicht und damit die gesetzliche Möglichkeit genutzt, den auf Bundesebene festgelegten Rahmen des Hebammenberufs durch eine Regelung auf Landesebene zu ergänzen. Die Veröffentlichung des Dokuments liegt zwei Jahre vor der des Rahmencurriculums des Hebammenverbandes. Die Vorbereitung und Entwicklung beider Dokumente ist jedoch in einen zeitlichen Zusammenhang zu sehen.

Die Ausbildungsrichtlinien haben empfehlenden Charakter für staatlich anerkannte Hebam-

menschulen in NRW, d.h. es wird empfohlen in der Ausbildung in NRW mit diesen Richtlinien zu arbeiten, die Hebammenschulen sind jedoch nicht verpflichtet, danach zu arbeiten, solange sie die Rahmenbedingungen des Hebammengesetzes und der gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung realisieren. Einige Krankenhäuser in NRW weisen bei der Vorstellung ihrer Hebammenschule auf der Internetseite darauf hin, dass sie nach dieser Richtlinie ausbilden.

Die Ausbildungsrichtlinien sind in drei Teile gegliedert. In Teil A geht es um Intentionen und didaktische Kommentierungen der Richtlinien, in Teil B werden vier Lernbereiche eingeführt, die jeweils in Lerneinheiten untergliedert sind, und Teil C besteht aus zwei Anhängen, einem Vorschlag zur Verteilung der Lerneinheiten auf die drei Ausbildungsjahre in der Hebammenausbildung sowie eine Übersicht zur Fach- und Stundenzuordnung der Lerneinheiten gemäß HebAPrV.

In Teil A werden die Intentionen der empfehlenden Ausbildungsrichtlinie ausgeführt. (vgl. Empfehlende Ausbildungsrichtlinien 2005, S. 6 – 10). Es gilt, neue Anforderungen an Ausbildung in Gesundheitsberufen und gesetzliche Vorgaben für die Hebammenausbildung zu berücksichtigen. Gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen sowie veränderte berufspädagogische Anforderungen machen dies erforderlich. Es wird verwiesen auf „die soziodemografische Entwicklung und ein gewandeltes Krankenhauspanorama“, „verändertes generatives Verhalten der Bevölkerung“, „Geburtenrückgang“, „Umgang mit früh- und spätgeborenen Müttern“, „häufiges Auftreten von chronischen Erkrankungen bei Schwangeren und Müttern“. Im „beruflichen Selbstverständnis und Handeln“ von Hebammen geht es um „Unterstützung, Begleitung, Beratung und Anleitung sowie Hilfe zur Lebensbewältigung“, wenn erforderlich. Hebammen- und Gesundheitswissenschaften haben sich etabliert und begründen eine „interdisziplinäre Wissensbasis“. Die „Stärkung theoretischer und kommunikativer Kompetenz“ stellt eine „Herausforderung“ dar. Die Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens“ haben sich verändert. Ziel der Versorgung ist, „ambulant vor stationär“ zu realisieren, ambulante Leistungen werden vermehrt in Anspruch genommen, „Krankenhausliegezeiten“ haben sich verkürzt, es geht um „Gewährleistung sektorübergreifender Leistungen von Hebammenhilfe“ und „bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind“. Die Anforderungen an „Qualitätssicherung“, „Entwicklung von Qualitätsstandards“ und „Qualitätsmanagement“ haben sich verstärkt. Auf einen Nenner gebracht (vgl. ebenda, S. 6): es geht um „Anforderungen der Zukunft“ und

„Hebammenausbildung wird den genannten Herausforderungen nicht mehr gerecht.“

Aus pädagogisch-didaktischer Sicht wird darauf verwiesen (vgl. ebenda, S. 7), dass es in der Hebammenausbildung nicht um eine Vermittlung von Detailkenntnissen gehen kann, da neues Wissen in immer kürzerer Zeit entsteht und altes Wissen seine Gültigkeit verliert. Auch mögliche „Berufswechsel“ erfordern eine Ausrichtung des Berufsgangs auf eine Mischung von „berufsbezogenen und berufsübergreifenden Qualifikationen“, damit „Bewältigung der sich wandelnden Anforderungen“ und „aktive Gestaltung“ ermöglicht wird. „Fortführung allgemeinbildender Ziele“ und „Förderung von Persönlichkeitsentwicklung“ rücken damit in den Fokus der Ausbildung. In „Lernprozessen“ werden „Schülerinnen als aktive und kritische Lernende“ gestärkt. „Lernen“ wird nicht mehr verstanden „als Reproduktion von überprüfbarem Wissen“. Es geht vielmehr darum, „Fähigkeiten, Einstellungen und Strategien im Sinne umfassender beruflicher und persönlicher Kompetenzen“ zu erwerben.

In Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben für die Hebammenausbildung wird auf die Ausbildungsziele in § 5 HebG verwiesen (vgl. ebenda, S. 8). Hebammen sind eigenverantwortlich für Geburtshilfe bei normalem Geburtsverlauf, sie haben bei pathologischem Verlauf Ärzt_innen hinzu zu ziehen. Als gesetzliche Rahmung kommen in NRW das Landeshebbammengesetz (vgl. LHebG NRW vom 05.03.2002 sowie die Berufsordnung für Hebammen bzw. Entbindungspfleger (vgl. HebBO NRW vom 04.05.2002) hinzu. Im Weiteren wird zu dem Mindeststundenumfang der Ausbildung ein Bezug zur HebAPrV § 1 Abs. 1 hergestellt und auf Vorgaben zu theoretischen und praktischen Unterricht sowie zur praktischen Ausbildung verwiesen, die in Anlage 1 und 2 zu § 1 Abs. 1 HebAPrV gefasst sind. Die Ausbildungsrichtlinien (vgl. ebenda, S. 8) intendieren:

„Traditionelles medizinisch-kurativ ausgerichtetes Verständnis von Hebammenhilfe“ wird ersetzt durch die Zielsetzung von „Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der zu betreuenden Mütter“.

Die Übernahme „beratender, anleitender und unterstützender Aufgaben“ in der Hebammenhilfe ist an „entsprechende Förderung kommunikativer Kompetenzen“ gebunden.

Es geht um eine „Hebammenexpertise“, die „eigenverantwortlich ausgeführte Aufgaben“ ausweist und der „Ausweitung einer gesundheitsbezogenen Wissensgrundlage“ Rechnung trägt.

Für „intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit“ sind Kooperations- und Koordinationskompetenzen zu fördern.

„Präventive und auf Gesundheitsförderung ausgerichtete Fragestellungen“ werden berücksichtigt.

Neben der „Vermittlung berufsbezogener Kompetenzen“ geht es in der Ausbildung um die „Förderung personaler und berufsübergreifender Kompetenzen“.

In einer hebammen- und gesundheitswissenschaftliche Standortbestimmung wird für die Ausbildungsrichtlinien festgehalten (vgl. ebenda, S. 9): ein „fächerübergreifender Aufbau“ sowie ein „Aufbau in vier Lernbereichen“ bezogen auf „zentralen Kernkompetenzen des Berufs“. Bei der „Auswahl der Themen“ sind „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Beratung und Anleitung“ der Adressatinnen sowie „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ Schwerpunkte, es wird auf „operationalisierte Lernziele“ verzichtet zugunsten „Offenheit der Zielformulierungen“. Die Ausbildungsrichtlinien sind „als Orientierungshilfe für Lehrende“ an Hebammenschulen „zur didaktischen Gestaltung der Ausbildung“ gedacht. Der „Stellenwert hebammenwissenschaftlicher und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse“ wird einbezogen.

In der Hebammenhilfe (vgl. ebenda, S. 10) geht es um „persönliche Beziehung“, „body to body-Beziehung“, „Förderung von Selbstständigkeit und Gesundheitsressourcen“. Zur Hebammenhilfe gehört auch eine „technisch- instrumentelle, apparative Komponente“. Die Berufstätigkeit hat eine „pädagogische Dimension“ in Beratung und Anleitung, eine „historisch-gesellschaftliche Dimension“ bezogen auf den Hebammenberuf und eine „professionelle Dimension“ in der Gestaltung des Berufs.

In einer didaktischen Kommentierung wird der inhaltliche Aufbau mit vier fächerübergreifenden Lernbereichen vorgestellt (vgl. ebenda S. 11):

„Lernbereich I: Kernaufgaben der Hebammentätigkeit bei regelrechtem Verlauf
Lernbereich II: Komplexe Aufgaben der Hebammentätigkeit bei regelwidrigem Verlauf
Lernbereich III: Zielgruppen, Institutionen und Rahmenbedingungen der

Hebammentätigkeit

Lernbereich IV: Ausbildungs- und Berufssituation von Hebammen“ .

Übergreifende Zielsetzungen der Ausbildungsrichtlinien sind (vgl. ebenda S. 12):

„Zielorientierung am Konzept der Schlüsselqualifikationen“;

„fachliche Kompetenz“ als „Einsichten, Fertigkeiten und Fähigkeiten“, die erforderlich sind, um das „Konzept der Hebammenhilfe“ angepasst an die jeweilige Situation und mit Ausrichtung auf „Selbstständigkeit, Aktivierung oder Schonung“ anwenden zu können. Es geht um die „Frage: was hält gesund?“

„sozial-kommunikative Kompetenz“ als Stärkung der „Fähigkeiten, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, zu halten und zu beenden (interaktive Kompetenz)“. Es geht um ein „Verstehen“ der Adressatinnen, um „empathische Fähigkeiten“, „Konflikt- und (Selbst-) Kritikfähigkeit“, „Frustrationstoleranz“ sowie „artikulieren und vertreten eines eigenen Standpunktes“.

„methodische Kompetenz“ bezieht sich auf „planen, durchführen, evaluieren und Qualität sichern“ der beruflichen Tätigkeiten sowie auf Kooperation und Koordination.

„personale Kompetenz“: im Beruf sind „berufliche Belastungen“ zu erwarten, es geht um „Nähe, Körper, Kranksein und Sterben“ und die Fähigkeit, sich zu „schützen“ und eine „Balance zwischen Nähe und Distanz“ zu finden. Es geht um „ethische Fragen“ und die Entwicklung einer „persönlichen Haltung“ dazu. Die Wahrnehmung der „Wirkung der eigenen Person auf andere“ gehört ebenso dazu wie die Entwicklung von „Gestaltungsfähigkeit“.

Die Gestaltung von Lernprozessen ist orientiert an (vgl. ebenda S. 13 -14):

„sozialem Lernen“: dabei geht es um „Konflikte und Interessengegensätze in Ausbildung und sozialem Erfahrungsraum“, um „Lösungen suchen“, „Spannungen tragen und mit ihnen leben“.

„problemorientiertem Lernen“: es wird exemplarisch „an Problemstellungen gelernt“.

„erfahrungsorientiertem Lernen“: es wird bei den „subjektiven Erfahrungen der Lernenden“ angesetzt, es geht um „innere Haltungen“ mit „Gefühlen, Phantasien und Einstellungen“ und „körperliche und sprachliche Ausdrucksformen“. „Lernen mit und an Haltungen“ bezieht „eigene Gefühle und Körper“ mit ein. Durch eigene „Erfahrung“, „Rückmeldung“ anderer und „Reflexion“ wird die eigene Haltung bewusst und andere sind besser zu verstehen.

„handlungsorientiertes Lernen“: es wird zu „selbstständigem Handeln“ ermutigt. „Projektunterricht mit eigeninitiativer Entscheidung und Handeln“, „Plan- und Rollenspiele“ sowie „Üben und Auswerten“ kommen hier zum Tragen.

Unter dem Aspekt von „Lernkontrolle und Leistungsbeurteilung“ wird auf die Bedeutung von „Rückmeldungen im Bereich der sozial-kommunikativen, methodischen und personalen Kompetenz“ sowie auf die Möglichkeit der Anerkennung von „Gruppenleistungen“ und „Eigenbeurteilung von Schülerinnen“ hingewiesen. Eine Umsetzung der Ausbildungsrichtlinien mit der Entwicklung von „Lernaufgaben“ in Verbindung von Theorie und Praxis wird vorgestellt und an Beispielen ausgeführt (vgl. ebenda S. 15 -17). Den Abschluss des Teil A bilden „praktische Hinweise zur Nutzung der empfehlenden Ausbildungsrichtlinie“ (vgl. ebenda S. 17). Die Unterteilung in Lernbereiche und Lerneinheiten hat keine zeitliche Dimension, sondern folgt inhaltlichen und pragmatisch-ordnenden Gesichtspunkten. Die Einteilung der Lerneinheiten in Zielsetzung und Inhalt ermöglicht eine Zuordnung zur HebAPrV. Die Stundenempfehlungen sind Empfeh-

lungen und keine Vorgaben.

Die Darstellung der Lernbereiche in Teil B folgt der Systematik: Teilbereich, Lerneinheit, Zielsetzung, Inhalte, Stundenempfehlung, Fachzuordnung. Lernbereiche und Teilbereiche sind für die Auswertung im Forschungsprojekt zusammengestellt worden (vgl. Materialband Kapitel 2.4) und werden im Folgenden zusammengefasst.

In Lernbereich I geht es um die Hebammentätigkeit bei regelhaftem Verlauf. Im ersten Teilbereich sind die Kernaufgaben dieser Tätigkeit in Lerneinheiten umgesetzt. Bei diesen Tätigkeiten geht es um es um „begleiten, Gespräche führen, beraten und anleiten“. Die Kernaufgaben der Hebammentätigkeit werden situationsbezogen umgesetzt für „Familienplanung“, „Schwangerenbetreuung“, „Geburt“ und „Wochenbett“. In anderen Teilbereichen dieses Lernbereichs stehen Tätigkeiten im Vordergrund, die mit „leiten“, „beobachten“, „Handgriffe durchführen“, „überwachen“ und „pflegerisch versorgen“ beschrieben werden, immer auch im Zusammenhang mit spezifischen Situationen. In letzten Teilbereich geht es um „planen“, „organisieren und „dokumentieren“ der Arbeitsabläufe bei regelhaftem Verlauf und die Zusammenarbeit an „Schnittstellen“. Auch das wird situationsbezogenen in Lerneinheiten umgesetzt.

In Lernbereich II werden Hebammentätigkeiten bei regelwidrigen Verläufen abgehandelt. Tätigkeiten werden mit „erkennen“ und „Maßnahmen einleiten“ beschrieben. Es geht um „Betreuung“ in unterschiedlichen Phasen, in der Schwangerschaft, bei der Geburt, im Wochenbett und richtet sich an Mutter, Paare und Kind. Spezifische „Komplikationen“ und medizinische Krankheitsbilder werden dabei thematisiert.

In Lernbereich III werden unterschiedliche Zielgruppen von Hebammentätigkeit eingeführt. Es gibt Lerneinheiten zu sexuell aktiven Frauen bzw. Paaren, zu schwangeren und gebärenden Frauen, zu Frauen im Wochenbett und zu stillenden Frauen, zur werdenden Familie und zum Neugeborenen bzw. Säugling. Sprachlich ist in diesem Zusammenhang meist nicht von Frauen, sondern von der „Schwangeren“, „Gebärenden“, „Wöchnerin“ die Rede. In einzelnen Lerneinheiten werden auch spezifische Situationen in den Blick genommen wie „ungewollte Schwangerschaft“, „unerfüllter Kinderwunsch“, „Behinderung“, „Tod“ oder „fremde Kulturen“, „besondere Familienkonstellationen“. Dieser Lernbereich umfasst auch Lerneinheiten zu sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, zum „Sozial- und Gesundheitssystem“, zum „Gesundheitswesen“, zu „Ökologie“ und zu „beruflichen Vorgaben“ als Hebamme.

In Lernbereich IV steht die Ausbildungssituation selbst im Mittelpunkt. Es gibt Lerneinheiten zu „Rechten in der Ausbildung“, zu „Lernen und Lerntechniken“ und zum „persönlichen Gesunderhalt“ in Ausbildung und Beruf. Ethische Fragestellungen und Herausforderungen werden einzelnen Lerneinheiten ebenso thematisiert wie „schwierige Situationen“ und der Umgang mit Gefühlen wie „Macht“, „Gewalt“, „Angst“, „Wut“, „Ekel“ und „Scham“. Eine Lerneinheit ist den „Rechten als Arbeitnehmerin“ gewidmet.

Der Aufbau und Inhalt von einigen Lerneinheiten wird im Folgenden beispielhaft vorgestellt. Es werden dazu drei Lerneinheiten ausgewählt, die sich mit den Kernaufgaben der Hebammentätigkeit bei normalem Verlauf beschäftigen. Aufgrund der Fragestellungen des Forschungsprojektes bildet die Lerneinheit „Persönliche Gesunderhaltung“ ein weiteres Beispiel. Mit ähnlichem Interesse wird auf die Lerneinheit „Helfen und hilflos sein“ eingegangen, die als fünftes Beispiel

aus Lerneinheiten, die sich mit dem Umgang von Gefühlen beschäftigen, ausgewählt wird.

Fünf Lerneinheiten, die für das Forschungsprojekt Relevanz haben, werden im Folgenden kommentiert. Ergänzende Details zu diesen Lerneinheiten sind in einer Zusammenstellung finden und werden hier nicht ausführlich dargestellt.

In einer Lerneinheit wird „Begleiten“ als „Zulassen, Aushalten und einführendes Verstehen“ eingeführt. Dazu sollen die Schülerinnen „grundlegende Kompetenzen“ im Kontakt mit „Schwangerer“, „Gebärenden“, „Wöchnerin“, „Partner“ und „Neugeborenen“ entwickeln. Die Beziehungsgestaltung orientiert sich an der „Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen“. Beispiele für mögliche Inhalte dieser Lerneinheit schließen sich an.

In einer Lerneinheit geht es um „Gesprächsführung“, „menschliche Kommunikation und Interaktion“. Wirkung von „Sprache“ allgemein, die Bedeutung von „Zuhören“, „Verstehen“ und „Fragen“ sowie die „Gestaltung eines Gesprächsablaufs“ wird thematisiert. Es geht um übendes Lernen. Bereits der Titel der Lerneinheit mit „Gespräche führen“ weist auf eine ungleiche Machtverteilung in der Beziehung hin. Es soll gelernt werden zu „führen“ in der Kommunikation. In der Zielsetzung liegt der Schwerpunkt auf Techniken der Gesprächsführung und der Kommunikation sowie deren Einübung, was als Zielsetzung hilfreich sein kann, manchmal jedoch tiefergehenden Lern- und Erkenntnisprozessen im Wege steht. Auch bei den Inhalten ist eine Betonung des Einübens bezogen auf unterschiedliche Gesprächssituationen zu erkennen. Die empfohlene Anzahl der Stunden werden den Fachgebieten Psychologie, Soziologie und Pädagogik gesamt zugeordnet. Mit sechszwanzig Stunden ist die Anzahl als eher gering anzusehen.

In einer Lerneinheit geht es um „Vermittlung von Einblicke in Theorie und Praxis der Anleitung und Beratung“. Die unterschiedlichen Rollen in diesem Setting werden angesprochen, „Beratungsansätze werden kennengelernt, bei Thema „Anleitung“ geht es um didaktische Fragen bezogen auf spezifische Zielgruppen. Auch hier wird „geübt“, um „Beratungs- und Anleitungsfähigkeit auszubauen“, was praxisnah an Fallbeispielen erfolgen soll. Bei den Inhalten tauchen Hinweise auf „Beratungskonzepte, „Anleitungsziele“ und „Didaktik“ und „Methoden“ auf. Wieder werden Übungen an Beispielen aus der Berufspraxis ins Feld geführt. Die Stundenempfehlung beläuft sich bei dieser Lerneinheit auf zwölf Stunden und ist insgesamt vier Fachgebieten zugeordnet, von denen sich drei auf die Betreuung von jeweils Schwangeren, Wöchnerin und Neugeborenen beziehen. Für das Fachgebiet Psychologie, Soziologie und Pädagogik werden nur zwei Stunden in Anrechnung gebracht. Daraus kann abgeleitet werden, dass in dieser Lerneinheit das Gewicht auf einer Anwendung in praxisnahen Situationen mit entsprechenden Fachbeispielen im Vordergrund liegt.

In einer Lerneinheit geht es um die „Auseinandersetzung“ mit unterschiedlichen Perspektiven zur eigenen „Gesunderhaltung“ und „Gesundheitsförderung“. Die Empfehlung ist, das Thema in der Ausbildung „kontinuierlich“ zu behandeln und eine Schwerpunktsetzung durch jeweiligen „Lehr-/Lerngruppe“ festlegen zu lassen. Um anderen Menschen gesundheitliche Aspekte nahe zu bringen, ist es erforderlich, sich mit eigenen Sichtweisen zu beschäftigen. Die Lerneinheit wird als wichtig eingeschätzt. Vielfältige praxisnahe Beispiele sind unter der Rubrik „Inhalte zu finden. Der empfohlene Stundenumfang für diese Lerneinheit mit vierunddreißig Stunden ist im Vergleich zu den anderen ausgewählten Lerneinheiten relativ hoch. Die Fachzuordnung

bezieht sich auf drei Fachgebiete aus dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Bereich. Es ist bemerkenswert, dass keine Zuordnung zum Fachgebiet Psychologie, Soziologie und Pädagogik vorgenommen wird. Dies kann als ein Hinweis verstanden werden, in welchem konzeptionellen Zusammenhang Gesunderhalt und Gesundheitsförderung gesehen werden.

In einer Lerneinheit wird das Thema „Gesunderhalt“ noch einmal von einer anderen Seite beleuchtet. Es geht um eine eigene Position zum „Helfen“, um Helfen als Berufswahlmotiv und Ursache für Burn-out-Situationen im Beruf. Eine Auseinandersetzung mit „Hilflosigkeit“ und mögliches „Selbstschuttpotential“ wird angeregt. Unter Inhalten wird auf „Reflexion“ und „Selbsthilfe hingewiesen. „Supervision“ und „Praxisberatung“ werden als „Gegenmaßnahmen“ und „Vorbeugemöglichkeiten“ zur Entlastung benannt. Die empfohlene Anzahl von Stunden für diese Lerneinheit ist mit acht Stunden im Vergleich zu den anderen ausgewählten Lerneinheiten niedrig. Die Fachzuordnung dieser Stunden erfolgt auf vier Fachgebiete mit jeweils gleichem Stundenanteil.

Zusammenfassung zu den Ausbildungsrichtlinien für Hebammenschulen in NRW

Die „Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatliche Hebammenschulen in NRW“ folgen einem modularen Aufbau mit Lernbereichen und Lerneinheiten, die fächerübergreifend konzipiert sind. Auch in diesem Dokument ist eine Veränderung der Bewertung von Hebammentätigkeiten erkennbar: Beobachten, Überwachen und Kontrollieren spielt für bestimmte Abläufe eine Rolle, das Begleiten, Beraten und Anleiten erfährt jedoch eine stärkere Gewichtung in der Ausbildung. Hebammentätigkeit findet in Beziehungen statt, die durch spezifische Situationen und Bedürfnisse der Adressatinnen bestimmt und in die Wahrnehmung zu nehmen sind.

Eine Auseinandersetzung mit Gesundheit, Gesunderhalt und Gesundheitsförderung wird angeregt, mit Hinweis auf Hebammen- und Gesundheitswissenschaften als fachlichem Bezugsrahmen. Bemerkenswert sind auch die Lerneinheiten, die sich auf den Umgang mit Gefühlen beziehen. Reflexionen eigener Erfahrungen und des eigenen Handelns werden für die Entwicklung beruflicher Identität genutzt. Supervision und Praxisberatung sind Elemente, die diese Prozesse fördern können und auf die in den Ausbildungsrichtlinien an einigen Stellen Bezug genommen wird.

In Teil A der Ausbildungsrichtlinien werden Intentionen und didaktische Kommentierungen transparent gemacht. Auch hier geht es um eine Anpassung der Hebammenausbildung an sich wandelnde Anforderungen im Gesundheitssektor. Die Anschlussfähigkeit der Ausbildung an universitäre Ausbildungsgänge ist zwar mit Hinweis auf Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene angedeutet, jedoch in der Zielsetzung Akademisierung des Hebammenberufs nicht so deutlich formuliert wie in dem Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes.

Konzeptionelle pädagogische Orientierungen an Lernprozessen und Kompetenzentwicklung werden ausgeführt. Personale Kompetenz wird als Begriff explizit eingeführt und beschrieben. Die Entwicklung personaler Kompetenzen wird für den Umgang mit zu erwartenden beruflichen Belastungssituationen als Hebamme für unerlässlich angesehen.

Die Ausbildungsrichtlinien sind als ministerielle Empfehlungen an die staatlichen Hebammenschulen als Ausbildungsstätten von Hebammen in NRW gerichtet. Mit dieser Empfehlung wird eine Brücke geschlagen zwischen den bestehenden gesetzlichen Anforderungen des HebG und der HebAPrV und Entwicklungsperspektiven, die sich durch Initiativen im europäischen

Wirtschaftsraum und Modellversuche auf Länderebene ergeben können. Die Lerneinheiten der Ausbildungsrichtlinien sind kompatibel mit dem Fächerkanon der HebAPrV.

Hebammenschulen in NRW verweisen auf ihren Internetseiten auf das Dokument und scheinen sich mit ihren jeweiligen Ausbildungskonzepten an diesen Richtlinien zu orientieren. In diesem Zusammenhang schließt sich die Frage, wie sich die konkrete Umsetzung in der Ausbildungspraxis einzelner Schulen gestaltet. Diese Frage ist durch die Auswertung der empfehlenden Ausbildungsrichtlinien jedoch nicht zu beantworten.

2.4 Fortbildungscurricula für Familienhebammen

Als Familienhebammen arbeiten Hebammen in einem spezifischen Kontext, für den sie sich durch Fortbildungen qualifizieren. Fortbildungen als Familienhebamme sind in der Vergangenheit meist auf Initiative einzelner Landeshebammenverbände entwickelt worden, sodass in den Bundesländern nach unterschiedlichen Konzepten und Curricula ausgebildet wurde.

Qualifizierung als Familienhebamme an abgestimmte fachliche Standards zu binden, ist ein Anliegen der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) begleitet diesen Prozess auf Bundesebene. Auch auf der Ebene einzelner Länder haben Abstimmungsprozesse mit Hebammenverbänden und anderen Berufsverbänden stattgefunden, die ihren Ausdruck in Landescurricula finden.

Für eine exemplarische Auswertung im Rahmen des Forschungsprojektes wird das Kompetenzprofil „Familienhebamme“ des NZFH als Beispiel auf Bundesebene und die Fortbildungscurricula für Familienhebammen in Hessen und NRW als Beispiele auf Länderebene ausgewählt. Die Dokumente sind nach 2013 in der Laufzeit der Bundesinitiative Frühe Hilfen veröffentlicht worden.

2.4.1 Kompetenzprofil Familienhebammen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen hat das NZFH im Jahr 2013 das „Kompetenzprofil Familienhebammen“ veröffentlicht (vgl. Kompetenzprofil Familienhebammen 2013). Der Inhalt des Dokuments ist gegliedert in: Kommentierung, Einleitung, Kompetenzprofil Familienhebammen und Glossar, in dem Fachbegriffe in ihrer Verwendung definiert werden. Der Teil Kompetenzprofil bezieht sich auf drei Punkte: Systematik des Kompetenzprofils, Handlungsanforderungen im Überblick und das Profil.

In der Kommentierung wird berichtet, wie die Veröffentlichung entstanden ist. Bei der Entwicklung des Kompetenzprofils haben zahlreiche, namhafte Expert_innen aus dem Bereich Hebammen, Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe mitgewirkt, die Beiträge in Workshops der Jahre 2011 und 2012 eingebracht haben. Das NZFH hat zusätzlich relevantes Material ausgewertet, eine wissenschaftliche Expertise des Verbandes Hebammenforschung und Sachkenntnisse des Deutschen Jugendinstituts sind eingeflossen. Auch Stellungnahmen von Vertreter_innen der Bundesländer wurden berücksichtigt. Ziel dieses Abstimmungsverfahrens (vgl. ebenda, S. 6) ist

ein gemeinsamer „Konsens hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung des Kompetenzprofils“.

Das Kompetenzprofil ist gedacht „als Reflexionsfolie für Anbieter von Fort- und Weiterbildung sowie als Orientierungshilfe für Familienhebammen“ (vgl. ebenda, S. 6). Inhaltlich geht es um eine „umfassende Darstellung von kontextbezogenen Kompetenzen, die sich Hebammen durch ihre berufliche Praxis aneignen oder durch Fort- und Weiterbildung zur Familienhebamme erwerben sowie Kompetenzen, die Familienhebammen durch Supervision, Fachberatung und kollegiale Beratung vertiefen.“

In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass einige dieser Kompetenzen bereits in der „Hebammenausbildung“ vermittelt werden und „Bestandteil der außerklinischen Arbeit“ sind. Familienhebammen haben in ihrer Tätigkeit jedoch eine andere Ausrichtung, die sich am Auftrag und am zeitlichen Rahmen der Tätigkeit festmacht. Für Familienhebammen geht es also um eine Vertiefung und Neuausrichtung ihrer bereits vorhandenen Kompetenzen als Hebamme.

Das Kompetenzprofil ist nicht als Curriculum oder Modulbeschreibung konzipiert, es enthält keine inhaltlichen Details oder methodisch-didaktische Überlegungen. Das Kompetenzprofil ergänzt fachlich die Verwaltungsvereinbarung für das Fördergeschehen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Damit bereits vorhandene Curricula zur Fortbildung von Familienhebammen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen anschlussfähig bleiben, wird eine Weiterentwicklung der Curricula entlang kompetenzorientierter Module im Sinne des Kompetenzprofils empfohlen.

Zusatzqualifikationen als Familienhebamme differieren bisher im Stundenumfang, zweihundert bis dreihundert Stunden sind als Zeitrahmen üblich. Im Kompetenzprofil (vgl. ebenda, S. 6) wird der Hinweis gegeben, dass die Entwicklung der dort beschriebenen Kompetenzen mehr Stunden benötigen. Es geht in einem ersten Schritt darum, die „Qualifizierung von Familienhebammen in einen gemeinsamen Rahmen zu fassen“. Während der Laufzeit der Bundesinitiative können dazu Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden.

In der Einleitung (vgl. ebenda, S. 9) werden „Handlungsanforderungen an Familienhebammen und die daraus abgeleiteten Kompetenzen“ beschrieben. Dort werden Charakteristika und Unterschiede der Tätigkeiten als Hebamme und als Familienhebamme transparent gemacht. Die Einleitung behandelt „Ausbildung und Berufsbezeichnung als Hebamme und Familienhebamme“, „Tätigkeitsspektrum der Familienhebammen“ und „Tätigkeit der Familienhebamme als sekundäre Prävention“. Im Kompetenzprofil Familienhebamme bleiben Aufgaben und Regelleistungen der originären Hebammentätigkeit unberücksichtigt, auch wenn sich manche Kompetenzen decken.

Hebamme ist die geschützte Berufsbezeichnung eines Gesundheitsfachberufs mit einer dreijährigen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Hebammenschule an einem Krankenhaus. Seit dem Jahr 2009 ermöglicht die Modellklausel im HebG eine Akademisierung des Berufs mit universitäre Studiengängen und Studienabschlüssen.

„Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Umfang und Inhalt nicht gesetzlich geregelt ist.“ (vgl. ebenda, S. 9)

Die meisten dieser Zusatzausbildungen werden nach Curricula der Hebammenlandesverbände durchgeführt.

Das Tätigkeitsspektrum der Familienhebamme (vgl. ebenda, S. 9) umfasst „physische und psychosoziale Beratung und Betreuung von (werdenden) Müttern und Vätern sowie anderer primärer Bezugspersonen und deren Säuglinge.“ Es handelt sich um eine „aufsuchende Tätigkeit in Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf“. Die Tätigkeit als Familienhebamme erfolgt im „Zeitraum Schwangerschaft bis Ende des zwölften Lebensmonats des Säuglings“ und erfordert „interdisziplinäre Zusammenarbeit“, da es sich um eine „Querschnittsaufgabe zwischen dem Bereich Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe handelt. Für die Tätigkeiten als Familienhebamme sind „keine klare gesetzliche Abgrenzung zur originären Hebammentätigkeit“ und „keine formale Zuordnung zur Kinder- und Jugendhilfe“ festgelegt. Die Aufgabenwahrnehmung erfolgt „meist freiberuflich im Auftrag von öffentlichem Gesundheitsdienst oder Kinder- und Jugendhilfe, eines freien Trägers, einer Stiftung auf Honorarbasis oder in fester Anstellung“.

Tätigkeiten als Familienhebamme (vgl. ebenda, S. 9) sind als „sekundäre Prävention im Zusammenhang mit Frühe Hilfen“ zu verstehen. Daraus ergeben sich eine „Freiwilligkeit der Inanspruchnahme“ und Konsequenzen für den Datenschutz. „Tertiäre Prävention“ ist von den „Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe“ zu leisten und gehört nicht zum Tätigkeitsspektrum der Familienhebammen gerechnet, die in diesem Zusammenhang Familien nur zusätzlich unterstützen können.

Die Systematik des Kompetenzprofils Familienhebammen wird in den Zusammenhang von Deutschem Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) und WiFF-Kompetenzprofilen der Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte des Deutschen Jugendinstitutes gestellt. Die Unterteilung der Darstellung und einzelne Kompetenzen werden erläutert. Das Kompetenzprofil (vgl. ebenda, S. 13) ist gegliedert in „Fachkompetenzen mit Wissen und Fertigkeiten“ und „Personale Kompetenzen mit Sozialkompetenzen und Selbstkompetenzen“. Konkrete Handlungsanforderungen werden definiert „als charakteristische Aufgaben, die Fachkräfte aktiv in ihrer beruflichen Praxis gestalten und professionell zu bewältigen haben.“ Entlang von Handlungsanforderungen werden dann erforderliche Kompetenzen bestimmt. Unter „Wissen“ werden „erforderlich Kenntnisse und Wissensbestände“ gefasst. „Fertigkeiten“ stellen „als instrumentale und systematische Fertigkeiten“ einen „Handlungsbezug“ her und beinhalten auch „Beurteilungsfähigkeit“, wie „Probleme kreativ zu lösen“ und „Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten“ ist. Die Abgrenzung von Fertigkeiten zu Sozialkompetenzen ist fließend. Bei „Sozialkompetenzen“ geht es um „Team- und Führungsfähigkeit“, „Mitgestaltung“, „Kommunikation“, „sprachliche Ausdrucksfähigkeit“, „Fähigkeit zur situativen Selbstdarstellung“, „Empathie“, „soziale Verantwortung im Sinne von Respekt und Solidarität“ sowie „prosoziales Verhalten“. Mit „Selbstkompetenzen“ sind „Eigenständigkeit“, „Verantwortung“, „Reflexivität“, „Lernkompetenz“, „Einordnung von persönlichem Erfahrungswissen“, „Entwicklung von Selbstbewusstsein und Identität“, „Strukturfähigkeit“ sowie „Umgang mit Normen und Werten“ gemeint.

Qualifikation ist ein Aspekt für Qualität einer Tätigkeit, weiterer Aspekte sind Kontext und Rahmenbedingungen (ebenda S. 13):

„Fachkompetenzen und personale Kompetenzen sind keine hinreichende Beschreibung dessen, was zur Qualität der Tätigkeit der Familienhebammen beiträgt. Darüber hinaus sind Qualitätsstandards etwa zur Prozessqualität und zur Strukturqualität entscheidend für das Gelingen der Arbeit von Familienhebammen.“

Eine Einordnung der Qualifizierung als Familienhebamme und eine Einstufung in Niveau gemäß DQR wird im Kompetenzprofil nicht umgesetzt.

Im Kompetenzprofil (vgl. ebenda, S. 14 - 21) sind Handlungsanforderungen als Familienhebamme in fünf Kategorien unterteilt, denen dann insgesamt zehn inhaltliche Handlungsanforderungen zugeordnet sind. Die Handlungsanforderungen werden in einem Überblick zusammengestellt (vgl. Materialband Kapitel 2.5) und hier zusammenfassend kommentiert. Die Handlungsanforderungen lassen eine Ausrichtung auf die Versorgung des Neugeborenen bzw. Säuglings erkennen. Auch wenn die Mutter als Auftraggeberin von Familienhebammen gesehen wird, sind Konfliktsituationen in der Gemengelage von Auftraggeber_innen in diesem Arbeitsfeld unvermeidlich. Beim Blick auf Gesundheit ist weiterhin vorrangig eine Defizitwahrnehmung erkennbar, auch wenn Ressourcen angesprochen werden. Die Fähigkeit zur Beurteilung von spezifischen Situationen sowie die Fertigkeit, andere anzuleiten kommen bei den Handlungsanforderungen ebenso zum Tragen wie Fähigkeiten, sich verständlich zu machen und andere zu verstehen sowie Erfahrungen und eigenes Handeln zu reflektieren und Qualitätsentwicklung umzusetzen.

Das Kompetenzprofil ist schematisch aufgebaut: oben steht jeweils die Kategorie, darunter die einzelne zugeordnete Handlungsanforderung mit den dazu gehörigen Fachkompetenzen und personalen Kompetenzen in ihren jeweiligen Untergliederung (vgl. ebenda, S. 22 – 51 und Materialband Kapitel 2.4). Aspekte der personalen Kompetenz werden im Folgenden an einem Beispiel (vgl. ebenda, S. 22 – 25) dargestellt, das sich auf eine Handlungsanforderung bezieht, für die zahlreiche personale Kompetenzen beschrieben werden. Auf die zugehörigen Fachkompetenzen wird in diesem Zusammenhang nicht eingegangen.

Kategorie: Qualitätsentwicklung

Handlungsanforderung:

„Die Hebamme entwickelt und festigt ihre professionelle Haltung als Familienhebamme.“

Sozialkompetenz:

„Die Familienhebamme kann eine positive Entwicklungsperspektive mit der Familie entwickeln.

kann Mutter, Vater oder eine andere primäre Bezugsperson bestärken, ihre Fähigkeit (z.B. Fürsorgefähigkeit) und bestehenden Ressourcen (z.B. soziale Kontakte) zu nutzen.

kann prozess- und ergebnisorientiert mit Mutter, Vater bzw. anderen primären Bezugspersonen arbeiten.

hat die Fähigkeit, den Säugling und seine primären Bezugspersonen in den Mittelpunkt der Hilfe zu stellen.

kann gegenüber der Mutter, dem Vater bzw. anderen primären Bezugspersonen und dem Säugling empathisch sein, kennt aber die Bedeutung der professionellen Distanz und wahrt diese.

kann Mutter, Vater oder andere primäre Bezugspersonen wertschätzen, aber eindeutig Mindestanforderungen an elterliches Fürsorgeverhalten vermitteln.

kann in jeder Phase der Hilfe Interesse am Wohlbefinden der Mutter, des Vaters oder anderen primären Bezugspersonen zeigen und die Familie anhand fachlicher Standards unterstützen.

kann sich der Mutter, dem Vater bzw. einer anderen primären Bezugsperson gegenüber wertschätzend, kongruent und authentisch zeigen.

kann Strategien entwickeln, um eine belastbare Arbeitsbeziehung zur Familie zu entwickeln und ein Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten auch bei zeitweise vorhandenen Widerständen.

verfügt über Techniken zielführender Kommunikation und Gesprächsführung, um einen verstehenden Zugang zu den Erfahrungen und Orientierungen von Menschen zu finden.

kann bei Konflikten oder in Dilemma-Situationen die unterschiedlichen Perspektiven nachvollziehen und einbeziehen.

kann gemeinsam mit der Mutter, dem Vater oder anderen primären Bezugspersonen realistische und stufenweise Ziele entwickeln und gemeinsam mit ihnen Strategien zu deren Umsetzung entwickeln.

kann sich auf Menschen mit schweren Schicksalen und unerfüllten Lebensentwürfen einlassen.

kann auf Familien aus verschiedenen Milieus eingehen und sich auf verschiedene Zielgruppen einlassen.

kann die Komplexität, Unbestimmtheit und Nicht-Planbarkeit von sozialen Situationen und deren Bedeutung in der Zusammenarbeit mit der Familie reflektieren.“

Selbstkompetenz:

„Die Familienhebamme

kann ihr berufliches Selbstverständnis reflektieren.

kann eigene Vorstellungen von Schwangerschaft, Mutterschaft, Vaterschaft, Elternschaft und Kindheit reflektieren.

kann ihre Gefühle (z.B. Antipathie und Sympathie) gegenüber Mutter, Vater bzw. anderen primären Bezugspersonen reflektieren und diese kontrollieren.

kann ihre eigene Selbstwirksamkeit realistisch einschätzen.

kann eingesetzte Methoden und deren Wirkung auf Mutter, Vater bzw. andere primäre Bezugspersonen sowie auf den Säugling, auf sich selbst, auf das Arbeitssetting und die Arbeitsbeziehung reflektieren.

kann eigene Problemlösestrategien reflektieren und sie angemessen in Bezug zu den Bewältigungsstrategien der Familie setzen.

kennt die Nachteile einer defizitorientierten Sicht- und Handlungsweise sowie überhöhten Erwartungen an das Veränderungspotenzial von Müttern, Vätern und anderen primären Bezugspersonen des Säuglings.

kann die Wirkung ihrer Hilfe und deren unbeabsichtigte Nebenwirkungen reflektieren.

kann Ansätze der Selbstfürsorge anwenden und zwischen Nähe und Distanz zur Familie die Balance halten.

kann mit ihren (zeitlichen) Ressourcen effektiv umgehen und notwendige Abgrenzungen vornehmen.

kann ihr Verhalten, ihre Rolle in der Familie sowie die eigene Persönlichkeit in der Interaktion mit der Familie reflektieren und kennt in diesem Zusammenhang die Bedeutung von fallbegleitender Supervision.

kann den eigenen Bedarf an Fortbildung, Fachberatung, kollegialer Beratung oder an Supervision erkennen und nutzen.

kann die eigene Position, die durch ihre medizinischen Kompetenzen gegeben ist, reflektieren.

kann eigene Handlungsgrenzen sowie professionelle Grenzen ihres Berufes erkennen und reflektieren und ggfs. weitere Fachkräfte hinzuziehen oder die

Familie weitervermitteln und sich von der Familie verabschieden.“

In dem Profil (vgl. ebenda S. 22 – 51) werden Fachkompetenzen nach Wissen und Fertigkeiten differenziert und personale Kompetenzen nach Sozialkompetenzen und Selbstkompetenzen. Tätigkeiten von Familienhebammen werden diesen Kompetenzbereichen zugeordnet. In der folgenden Tabelle wird die Anzahl der Nennungen in den jeweiligen Kompetenzbereichen zusammengestellt:

Fachkompetenz	148 Nennungen	Personale Kompetenz	150 Nennungen
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstkompetenz
85 Nennungen	63 Nennungen	94 Nennungen	56 Nennungen

Die Anzahl der zugeordneten Tätigkeiten ist für die Bereiche Fachkompetenzen und personale Kompetenzen nahezu gleich. Dem Bereich Sozialkompetenz wird die größte Anzahl von Tätigkeiten zugeordnet, gefolgt vom Bereich Wissen. Dem Bereich Selbstkompetenzen wird die geringste Anzahl von Tätigkeiten zugeordnet. Die folgende Tabelle setzt die Anzahl Nennungen in den Bereichen Sozialkompetenz und Selbstkompetenz in Bezug zu einzelnen Handlungsanforderungen.

	Sozialkompetenz	Selbstkompetenz
Erste Handlungsanforderung	15 Nennungen	14 Nennungen
Zweite Handlungsanforderung	6 Nennungen	3 Nennungen
Dritte Handlungsanforderung	14 Nennungen	5 Nennungen
Vierte Handlungsanforderung	12 Nennungen	4 Nennungen
Fünfte Handlungsanforderung	7 Nennungen	4 Nennungen
Sechste Handlungsanforderung	10 Nennungen	4 Nennungen
Siebte Handlungsanforderung	10 Nennungen	5 Nennungen
Achte Handlungsanforderung	5 Nennungen	5 Nennungen
Neunte Handlungsanforderung	9 Nennungen	4 Nennungen
Zehnte Handlungsanforderung	6 Nennungen	6 Nennungen

Die erste Handlungsanforderung (vgl. ebenda S. 22 – 25) der Kategorie Qualitätsentwicklung lautet: „Die Hebamme entwickelt und festigt ihre professionelle Haltung als Familienhebamme.“ Dieser Handlungsempfehlung werden die meisten Nennungen in beiden Kompetenzbereichen zugeordnet und wird im Folgenden weiter analysiert.

Sozialkompetenz als Familienhebamme erfordert „entwickeln“, „bestärken“, „prozess- und ergebnisorientiertem arbeiten“, es geht um „Distanzwahrung“, „wertschätzendes Vermitteln“, „gezeigtes Interesse“. „Sich wertschätzend, kongruent und authentisch zu zeigen“, „Arbeitsbündnisse zu entwickeln und aufrechtzuerhalten“, „verstehenden Zugang zu finden“, „bei Konflikten Perspektiven einbeziehen“ finden Erwähnung. „Realistische und stufenweise Ziele“ sind in „verschiedenen Milieus“ zu entwickeln. Es geht um „Reflexion von Komplexität, Unbestimmtheit und Nicht-Planbarkeit sozialer Situationen“.

Selbstkompetenz als Familienhebamme erfordert „Reflexion des beruflichen Selbstverständnisses“, „der eigener Vorstellung von Schwangerschaft, Mutterschaft etc.“, „der Gefühle und ihrer Kontrolle“, „der eigenen Problemlösungsstrategien“, „der unbeabsichtigter Nebenwirkungen“ von Handeln. „Selbstfürsorge“ wird stattfinden, „Balance zwischen Nähe und Distanz“ wird gehalten, „Abgrenzung“ ist möglich, „mit Ressourcen wird effektiv umgegangen“. „Verhalten, Rolle, eigene Persönlichkeit in Interaktion werden reflektiert“, „die Bedeutung von fallbegleitender Supervision ist bekannt“, „eigene Bedarfe werden erkannt und genutzt“. „Eigene Positionen auf der Basis ihrer medizinischen Kompetenz“ und „Handlungsgrenzen“ werden erkannt und reflektiert. Der Schwerpunkt der dargestellten Selbstkompetenz liegt auf Reflexionsfähigkeit mit Einbezug der eigenen Person. Ein Beispiel für Sozialkompetenz ist (ebenda S. 27):

„Die Familienhebamme kann sich in Kooperation mit anderen Fachkräften als Lernende verstehen.“

Beispiele für Selbstkompetenz sind:

„Die Familienhebamme kann kollegiale Beratung und/oder Supervision zur Qualitätssicherung ihrer Tätigkeit nutzen.“ (ebenda S. 27)

„Die Familienhebamme reflektiert ihr Selbstverständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung sowie ihre eigenen Krankheitserfahrungen.“ (ebenda S. 37)

„Die Familienhebamme ist in der Lage, Offenheit gegenüber anderen kulturellen Werten und Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsförderung zu zeigen.“ (ebenda S. 37)

„Die Familienhebamme kann bei Anzeichen von Suchtverhalten der Mutter, des Vaters oder anderer primärer Bezugspersonen die Gefahr einer eigenen Co-Abhängigkeit reflektieren und darauf reagieren.“ (ebenda S.37)

„Die Familienhebamme kann eigene psychosoziale oder gesundheitliche Belastungen erkennen und sich Unterstützung durch kollegiale Fallberatung, Fachberatung oder Supervision einholen.“ (ebenda S. 39)

„Die Familienhebamme kann die eigene Rolle in der Netzwerkarbeit und der fallbezogenen Kooperation reflektieren und regelmäßig Ziel, Wert und aufwand des eigenen Engagements abwägen.“ (ebenda S. 49)

Auch in diesen Beispielen steht Reflexionsfähigkeit im Vordergrund, die durch kollegiale Beratung und/oder Supervision gefördert wird. Es geht auch um Selbstverständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung, im eigenem Denken und Handeln, um soziale und kulturelle Werte und gesellschaftliche Normen. Die Entwicklung von Selbstkompetenz wird in den Zusammenhang mit „Qualitätssicherung“ in der Tätigkeit als Familienhebamme gestellt.

Zusammenfassung zum Kompetenzprofil Familienhebammen des NZFH

Das Kompetenzprofil Familienhebammen ist im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen entwickelt worden, um die erforderlichen Kompetenzen für Tätigkeiten als Familienhebamme zu fassen und von originären Hebammentätigkeiten zu unterscheiden. Das Kompetenzprofil versteht sich nicht als Curriculum in eigentlichen Sinn, sondern als Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung bereits bestehender Fortbildungen als Familienhebamme in Richtung Qualitätsentwicklung und Angleichung von Qualitätsstandards. Das Kompetenzprofil beschreibt Kompetenzen, die für die Ausübung der Tätigkeit als Familienhebamme erforderlich sind. Es orientiert sich damit am Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, am WiFF-Kompetenzprofil für frühpädagogische Fachkräfte und an bildungspolitischen Initiativen im europäischen Wirtschaftsraum.

In Ergänzung zum Kompetenzprofil Familienhebamme ist im Jahr 2014 dann vom NZFH noch das Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und –Pfleger in den frühen Hilfen veröffentlicht worden. Damit ist die Qualifikation für den Bereich der Pflege geöffnet worden.

2.4.2 Curricula zur Qualifizierung von Familienhebammen der Länder Hessen und NRW

Im Nachgang zur Entwicklung des Kompetenzprofils „Familienhebammen“ des NZFH sind für den Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen Curricula zur Qualifizierung von Familienhebammen, die im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen eingesetzt werden, mit Bezug zu dem Kompetenzprofil des NZFH abgestimmt und für das jeweilige Bundesland in Kraft gesetzt worden. Die im Folgenden vorgestellten Curricula aus Hessen und NRW sind etwa zeitgleich zum Jahreswechsel 2014/15 veröffentlicht worden.

Curriculum zur Qualifizierung von Familienhebammen in Hessen

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat im November 2014 das „Curriculum für eine Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. zum/zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in in Hessen“ veröffentlicht. Im Vorwort des Curriculums (Curriculum Hessen 2014, S. 3) wird darauf verwiesen, dass

„Hebammen für ihre zukünftige Tätigkeit eine substanzielle und fachlich fundierte Qualifizierung als Familienhebamme benötigen“ und dass „das vorliegende Curriculum dafür einen Rahmen bietet“.

Mit diesem Curriculum wird für Hessen die Anschlussfähigkeit an das Kompetenzprofil Familienhebammen des NZFH hergestellt, die für die Nutzung der Fördermittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen auf Landesebene erforderlich ist.

Das Curriculum orientiert sich an entsprechenden Publikationen in Schleswig-Holstein, Bayern und Thüringen und ist Ergebnis eines ministeriell moderierten Abstimmungsprozesses, an dem mehrere Verbände mitgewirkt haben: der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V., der Berufsverband Krankenpflege in Deutschland e.V., der Berufsverband Interessengemeinschaft freiberuflich und/oder präventiv tätiger Krankenschwestern e.V. Die Zusammensetzung der mitwirkenden Verbände weist auf Abstimmungsprozessen zwischen den Tätigkeitsfeldern von Hebammen und Krankenpflege, insbesondere Kinderkrankenpflege in Bezug auf Tätigkeiten als Familienhebamme hin. In der Konsequenz ist der zeitliche Rahmen einer Tätigkeit als Familienhebamme in Familien in Belastungssituationen in diesem Curriculum erweitert bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes. Die einzelnen Fachverbände haben ihre Lehrpläne für eine Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. zum/zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in sowie Literatursammlungen zur Verfügung gestellt (vgl. ebenda, S. 3).

Das Curriculum ist gegliedert in (vgl. ebenda, S. 4): Einleitung, Grundlagen des Curriculums, Organisation der Qualifizierung, Leistungsnachweise, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung, Module der Qualifizierung, Zuordnung zum Kompetenzprofil, Ausblick, Literatur.

In der Einleitung erfolgt eine Standortbestimmung mit Hinweis auf das Kinderschutzgesetz

vom 01.01.2012 und einer Verbesserung des Kinderschutzes. In diesem Rahmen ist auch die Bundesinitiative Frühe Hilfen gestellt und mit einer Verwaltungsvereinbarung vom 01.07.2012 geregelt. Frühe Hilfen (vgl. ebenda S. 5) entwickeln ein

„lokales und regionales Unterstützungssystem mit koordinierten Hilfen für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen.“

Die Schwerpunktsetzung beim Kind ist unverkennbar.

„Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen einen Beitrag der Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz (werdender) Mütter und Väter leisten.“

Der Bezug zur Kinder- und Jugendhilfe wird mit Formulierungen betont (ebenda S. 5) und pädagogische Zielsetzungen der Hilfen aufgegriffen. Es geht dabei um „universelle/primäre Prävention aller (werdender Eltern mit ihren Kleinkindern“ und um „selektive/sekundäre Prävention für Familien mit Problemlagen“. Dies geschieht in „enger Vernetzung und Kooperation mit Schwangerschaftsberatung, Gesundheitswesen, interdisziplinärer Frühförderung und Kinder- und Jugendhilfe“ mit dem Ziel, die „flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben.“ Die „Qualität der Versorgung“ und die „frühzeitige Wahrnehmung von Risikofaktoren in der Entwicklung des Kindes“ soll dadurch verbessert werden.

In Hessen gibt es seit dem Jahr 2007 für Hebammen eine Weiterqualifizierung als Familienhebamme, die bereits in zahlreichen Landkreisen und Städten tätig werden. Auch in der Krankenpflege gibt es eine Weiterqualifizierung zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Beide Berufsgruppen werden im Rahmen von Frühe Hilfen in Hessen eingesetzt. Eine Qualifizierung auf der Basis eines gemeinsamen Curriculums in gegenseitiger Kenntnis und Wertschätzung verbessert die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen im Rahmen von Frühe Hilfen. Deshalb wird im Landesprogramm „Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz in Hessen“ auf die Konzeption eines gemeinsamen Curriculums (vgl. ebenda S. 6) gesetzt mit „Fokus auf Ressourcenorientierung, Gesundheitsförderung und Prävention bei den betroffenen Familien.“ Ein „respektvoller Umgang, ein pädagogisches Fallverständnis, ein fallbezogener und ganzheitlicher Blick auf Familien“ ist hierfür gefragt. Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen leisten einen „wichtigen Beitrag“, da sie „unterschiedliche Systeme kennen“ und als „sogenannte Lotsinnen für die Familien agieren und passgenaue Hilfen vermitteln.“

Als Grundlage für das Curriculum werden bereits vorhandene Curricula für eine Qualifizierung zur Familienhebamme in Hessen genutzt (vgl. ebenda S. 6). Die Inhalte einzelner Module sind in gemeinsamen Sitzungen der beteiligten Verbände entwickelt und abgestimmt worden. Praxiserfahrungen und das unveröffentlichte Curriculum des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e.V. für die Weiterbildung als Familienhebamme sind dabei ebenso eingeflossen wie der Lehrplan des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege in Deutschland e.V. und des Bundesverbandes Interessengemeinschaft für die Weiterbildung zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin.

Unter dem Punkt „Organisation“ wird auf Veranstalter, Bewerbungsverfahren, Struktur der Qualifizierung, Referent_innen eingegangen (vgl. ebenda S. 8). Die beteiligten Verbände sind gemeinsam für die Qualifizierung verantwortlich. Die Bewerbung erfolgt schriftlich mit Lebens-

lauf, Nachweis der beruflichen Grundqualifikation als examinierte Hebamme oder Kinderkrankenpflegerin und einer in der Regel dreijährigen Berufserfahrung für die Qualifizierung. Die Qualifizierung erfolgt berufsbegleitend mit Blockunterricht von jeweils vier Tagen verteilt über einen Zeitraum von einem Jahr. Die Weiterbildung beinhaltet insgesamt 270 U-Stunden, in die 25 U-Stunden Peergruppenarbeit und Literaturstudium eingerechnet sind. Es gibt durchgängig eine Seminarbegleitung vor Ort, die für Moderation und Transfer einzelner Themen verantwortlich sowie immer anwesend ist. Eine systemische Zusatzausbildung ist erwünscht. Die Referent_innen kommen aus kooperierenden Berufsgruppen und sind im Bereich der medizinischen, pädagogischen und/oder psychosozialen Arbeit mit Kindern und/oder Familien qualifiziert.

Der Leistungsnachweis „als abschließende Lernerfolgskontrolle“ (vgl. ebenda S. 8) besteht aus einer Projektarbeit und deren Präsentation, die auch in Kleingruppen erarbeitet werden kann. Nach Abschluss der Qualifizierung stellen die beteiligten Berufsverbände Teilnahmebescheinigungen und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration ein Zertifikat, das nach zwei verpflichtenden Supervisionstagen im Nachgang ausgehändigt wird.

Zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Qualifizierung sind jährliche Treffen mit den beteiligten Verbänden vereinbart (vgl. ebenda S. 8 – 9), bei denen es um „Austausch über Erfahrung, Praxis und Feedbacks der Teilnehmerinnen, Referentinnen und Referenten“ geht. Die Teilnehmerinnen füllen nach der Qualifizierung „Evaluationsbögen“ aus, die ausgewertet werden. Wenn erforderlich, erfolgt eine Anpassung des Curriculums. Da das Curriculum keine Differenzierung der Inhalte bezüglich der Berufsgruppen des Grundberufes (ebenda S. 8) enthält, sind alle Inhalte verpflichtend:

„Erfahrungsbasierte Modifikation des Curriculums und die Entwicklung einzelner jeweils fachgruppenspezifisch angelegter Module sind denkbar.“

Zur Auffrischung oder Erweiterung der Kenntnisse der Teilnehmerinnen sind ein bis zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr vorgesehen, die vom Ministerium gefördert werden und deren Teilnahme „verbindlich nahegelegt“ wird (vgl. ebenda, S. 9). Diese Formulierung verweist auf eine empfehlende und gleichzeitig verpflichtende Intention. Die jährliche Bearbeitung des Curriculums zur Qualitätsentwicklung (vgl. ebenda, S. 9) erfolgt mit „Hilfe des PDCA-Zyklus nach Deming“ (Planen, Durchführen, Überprüfen, Agieren), nach Vorgaben des NZFH und unter Einbeziehung der Ergebnisse der Kurs-Evaluation.

Das Curriculum (vgl. ebenda, S. 10 - 20) ist in elf Module gegliedert, die jeweils durch eine inhaltliche Beschreibung und die erforderliche Anzahl der Unterrichtsstunden strukturiert sind:

- Modul 1: Rolle und Kompetenzprofil der Familienhebamme und der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, 40 U-Std
- Modul 2: Gesundheitsförderung und Prävention auf wissenschaftlicher Basis, 20 U-Std
- Modul 3: Theoriebasiertes Arbeiten, 30 U-Std
- Modul 4: Entwicklung und Bindung, 25 U-Std
- Modul 5: Anleitung, Schulung und Beratung von Familien mit Kindern, 25 U-Std
- Modul 6: Kooperation in interdisziplinären Netzwerken, 25 U-Std
- Modul 7: Förderung der Eltern-Kind-Bindung in vulnerablen Kontexten, 20 U-Std
- Modul 8: Früherkennung von Kindeswohlgefährdung, 20 U-Std

- Modul 9: Politische und rechtliche Rahmenbedingungen, 10 U-Std
- Modul 10: Professionelle Kommunikation in komplexen Situationen, 20 U-Std
- Modul 11: Supervision, 15 U-Std

Den Module werden Handlungsanforderungen des Kompetenzprofils Familienhebammen des NZFH zugeordnet (vgl. ebenda, S. 21 – 23):

- Modul 1, 2, 3, 6, 9, 10 und 11: Qualitätsentwicklung
- Modul 2 und 4: Gesundheit und Entwicklung des Säuglings
- Modul 2, 5 und 10: Gesundheit und Entlastung der primären Bezugsperson
- Modul 4, 7 und 10: Beziehung und Interaktion der primären Bezugspersonen
- Modul 6, 8, 9 und 10: Kooperation.

Dem Modul zur Entwicklung von Rolle und Kompetenzen als Familienhebamme wird mit den meisten Stunden Raum gegeben. Die Modul 2 und 3 geben Hinweise auf fachliche Orientierungen. Gesundheitsförderung, Prävention und Arbeiten basieren auf „Wissenschaft und Theorie“. Die Module 4 und 7 weisen auf „Bindung“ bzw. „Eltern-Kind-Bindung“ in entwicklungspsychologischen Konzepten hin. Der Begriff „vulnerable Kontexte“ kann im Zusammenhang von einem gesundheitsbezogenen Verständnis gelesen werden. Mit Modul 8 wird „Kindeswohlgefährdung“ und seine „Früherkennung“ als wichtiges Feld benannt. Politische und rechtliche Rahmenbedingungen werden mit einem im Vergleich zu anderen Modulen geringen Zeitumfang behandelt. Alle Module des Curriculums werden Handlungsanforderungen des Kompetenzprofils Familienhebammen des NZFH zugeordnet. Die Module haben mit Ausnahme von Modul 4, 5, 7, 8, in denen es im Schwerpunkt um Aspekte in Bezug auf das Kind geht, zu den Handlungsanforderungen der Qualitätsentwicklung einen Bezug. Supervision wird als Instrument der Qualitätsentwicklung gesehen. Zu den anderen Handlungsanforderungen ist eine inhaltliche Verbindung mit Supervision nicht ersichtlich.

Am Beispiel der Module (vgl. ebenda, S. 19) und 11 (ebenda, S. 20) wird den inhaltlichen Beschreibungen nachgegangen:

„Modul 10: Professionelle Kommunikation in komplexen Situationen

Beschreibung: In diesem Modul werden die Grundlagen der professionellen Kommunikation vertieft und um Aspekte erweitert, die für die Arbeit in komplexen Situationen notwendig sind. Zudem findet eine Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle sowie mit der eigenen professionellen Haltung statt.

Inhalte: Kommunikation und Konfliktmanagement; Eigen- und Fremdrelexion, Positionierung im multiprofessionellen Team, berufsbezogene Rhetorik (Argumentation); traumatisierte Eltern; Trauerbegleitung; Betreuungsabschluss; kultursensible Pflege; interkulturelle Kompetenz (Diversity); Beratung von Familien mit Migrationshintergrund.“

In diesem Modul geht es um „professionelle Kommunikation“, die „bezogen auf komplexe Situationen“ „vertieft und erweitert“ wird. In der Beschreibung wird eine „Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle“, „mit der eigenen professionellen Haltung“ angesprochen. Unter Inhalten werden dafür erforderliche Kompetenzen wie Kommunikation, Reflexion, Rhetorik benannt und auf spezifische Situationen wie Betreuungsabschluss, Trauma, Migrationshintergrund verwiesen.

„Modul 11: Supervision

Beschreibung: Für die Teilnehmer/innen der Qualifizierung ist es verpflichtend, nach der Qualifizierungsmaßnahme innerhalb von 6 Monaten an 2 Supervisionstagen teilzunehmen, um ihre Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen

professionell zu reflektieren.

Die Supervision hilft bei der praktischen Umsetzung der Qualifizierungsinhalte und bei der Reflektion des eigenen Erlebens und Handelns. Der Fokus liegt dabei sowohl auf der Rolle, die die Familienhebammen/FGKiKP in den Familien einnehmen, als auch auf der Reflektion der Rollen aller Beteiligten im Hilfeprozess und den Wechselwirkungen innerhalb der Systeme.

Inhalte: Chancen, Grenzen und Risiken im Handeln der Familienhebamme/FGKiKP – Selbstreflektion der Rolle; Reflektion der eigenen Praxis als Familienhebamme/FGKiKP anhand von Fällen, Auftragsklärung als wichtige Grundlage der Arbeit; Einüben von Feedback-Kompetenz für das eigene berufliche Handeln; Stärkung und Verankerung der Kompetenz als Hebamme/FGKiKP in einem größeren Hilfesystem; ergänzende Übungen zu erlernten Methoden aus anderen Kursmodulen.“

Die Beschreibung bezieht sich auf die Erwartung, nach Abschluss der Qualifizierung an einem konkreten Supervisionsangebot „verpflichtend“ teilzunehmen, um die Tätigkeit „professionell zu reflektieren“. Im nächsten Satz wird dann ein Hinweis auf die Wirkung von Supervision als „Unterstützung“ im beruflichen Alltag und als „Reflexionsrahmen für eigenes Erleben und Handeln“ nachgeschoben. Unter Inhalten sind Selbst- und Fallreflexion zu finden, aber auch das „Einüben von Feedback-Kompetenz“ und „Stärkung und Verankerung der Kompetenz als Mitwirkende in einem größeren Hilfesystem“. In anderen Modulen erlernte Methoden können in diesem Modul ergänzend geübt werden. Die geringe Anzahl von Unterrichtsstunden für beide Module bleibt festzuhalten und wird als Einschränkung der Lernmöglichkeiten im Bereich persönlicher Kompetenzen gesehen.

Zusammenfassung zum Curriculum zur Qualifizierung von Familienhebammen in Hessen

Das „Curriculum für eine Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. zum/zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration ist geprägt von dem Bemühen, mit einem gemeinsamen Curriculum für zwei Berufsgruppen eine Qualifizierung zu gewährleisten, die „gleiche Ausgangsvoraussetzungen für die Tätigkeit als Familienhebamme oder Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ (FGKiKP) zu schaffen. Das Ministerium möchte mit diesem gemeinsamen Curriculum einen Beitrag leisten zu „qualifizierten Arbeitskräften für Betreuung und Beratung von Familien in belasteten Situationen“. Ein gemeinsames Curriculum heißt, „Gewährleistung vergleichbarer Qualifikationen oder zumindest eine vergleichbare theoretische Ausgangslage von Familienhebammen und FGKiKP. Voraussetzung dafür (vgl. ebenda, S. 24) ist entsprechendes

„Wissen zu Beratung und Unterstützung von Familien, zur Vorbereitung auf komplexe Situationen und zur Nutzung multiprofessioneller Netzwerke zugunsten von Hilfesuchenden“.

Skepsis, ob die bisherigen Anstrengungen zur Qualifizierung als ausreichend für die zu erwartenden Anforderungen in dem Berufsfeld angesehen werden können, ist angezeigt.

Die Intentionen des Curriculums sind im Kinderschutz und seiner präventiven Verbesserung zu verorten. Die Weiterentwicklung des Curriculums wird als ein ständiger Entwicklungsprozess gesehen, der zukünftige Anpassungen von Lerninhalten mit sich bringen kann. Es ist anzunehmen, dass Abstimmungsprozesse zwischen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Interessenlagen

und Hürden einhergehen. Trotzdem kann voneinander gelernt und vom gegenseitigen Wissen profitiert werden. Unterschiede sollen dabei nicht aufgehoben, sondern transparent und nutzbar werden. Kompetenzorientierung steht im Raum, wird jedoch in dem Curriculum nicht ins Detail gehend umgesetzt. Personale Kompetenzen für Handlungsanforderungen als Familienhebamme sind in ihrer Bandbreite und ihrem Stellenwert nicht ausgewiesen.

Das gemeinsame Curriculum wird als ein erster Schritt angesehen, das Ziel der „Vergleichbarkeit und Anerkennung gegenseitiger Qualifikationen über die Landesgrenzen hinaus“ weiter zu verfolgen. Damit wird eine Verbindung zu zukünftigen Entwicklung der Ausbildungen in Gesundheitsberufen auf europäischer Ebene angedeutet (vgl. ebenda, S. 25). Mit der Abstimmung dieses gemeinsamen Curriculums wird der Anschluss an das Kompetenzprofil Familienhebammen des NZFH und damit an den Zugang zu Fördermitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen gesucht. Mit dem Curriculum können diese Fördermittel für Hessen auf Landesebene genutzt und der Forderung nach Qualitätsentwicklung nachgekommen werden.

Curriculum zur Qualifizierung von Familienhebammen in NRW

Das Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport sowie das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in NRW haben im Januar 2015 das „Fortbildungcurriculum zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen, Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger“ veröffentlicht (vgl. Fortbildungcurriculum 2015). Beide thematisch involvierten Landesministerien verantworten die Publikation gemeinsam. Es gibt ein Vorwort der Landesregierung in NRW, das von beiden zuständigen Ministerinnen unterschrieben ist, und es werden die Autor_innen des Curriculums als Kompetenzteam vorgestellt. Die Publikation des Curriculums erfolgt durch das Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport. Darin und in der Zusammensetzung des beratenden Kompetenzteams drückt sich bereits eine Zuordnung zur Fachlichkeit im Bereich Kinderschutz aus.

Das Fortbildungcurriculum ist in folgende Kapitel gegliedert: Inhalt, Abkürzungsverzeichnis, Vorwort der Landesregierung, Das Curriculum, Organisation, Lerneinheiten und Kompetenzen, Literatur, Anhang 1 und 2, zu Autor_innen).

Im Vorwort wird auf den „wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Unterstützung von Familien“ und auf „gesundheitsorientierte und psychosoziale Beratung und Begleitung“ hingewiesen, die von Familienhebammen und Familien-Gesundheit- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP) geleistet werden. Die Zielsetzung dieser Tätigkeiten wird gefasst als „die Gesundheit und Entwicklung des Kindes besser fördern zu können“. Der Fokus dieser Zielsetzung ist auf das Kind gerichtet. Der „Zugang zu Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf“ ist an Vertrauen geknüpft. Familienhebammen und FGKiKP bringen für dieses Feld Kompetenzen und Stärken mit. Sie können „Lotsinnen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ sein. Die Lotsenfunktion wird hier systembezogen gefüllt und nicht auf die Adressatinnen direkt angewendet. Eine „Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe“ ist an neuen Maßstäben ausgerichtet. Das Fortbildungcurriculum ist auf die gemeinsame Qualifizierung von zwei Berufsgruppen, von Hebammen und Pflegefachkräften, ausgerichtet. Es geht um multiprofessionelle Zusammenarbeit und einen einheitlichen Qualifizierungsrahmen für NRW bei frühen Hilfen. Das Curriculum orientiert sich „konsequent am Kompetenzprofil des NZFH“ (vgl. ebenda Vorwort).

Das Curriculum enthält „Vorgaben für Lehrinhalte und strukturelle Rahmenbedingungen“. In der Einleitung wird auf die Einbettung in den Auftrag des Kinderschutzgesetzes und in das Kompetenzprofil „Familienhebammen“ hingewiesen. Eine curriculare Rahmung der Qualifizierung trägt dazu bei, die benötigten Kompetenzen für die Tätigkeiten als Familienhebamme bzw. FGKiKP in der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu erwerben, deren Mindestanforderungen im Jahr 2014 in der Steuerungsgruppe auf Bundesebene beschlossen wurden und mit dem Curriculum für NRW erfüllt werden. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird durch eine gemeinsame Fortbildung für zwei Berufsgruppen gestärkt. Das Abschlusszertifikat wird als Qualitätssiegel in der Tätigkeit als Familienhebamme bzw. FGKiKP gekennzeichnet (vgl. ebenda Einleitung S. 8).

Die Erstellung des Curriculums (vgl. ebenda, Einleitung sowie zu Autor_innen) ist von zwei Organisationen fachlich begleitet worden. „Jugendhilfe Consulting JHC“ hat einen Schwerpunkt in der Organisationsberatung im Zusammenhang mit Kinderschutz und Implementierung Früher Hilfen, um Konzept und Qualitätsmanagement zu entwickeln. „LebenLernen-Wandel“ ist ein Fort- und Weiterbildungsanbieter für Familienhebammen mit viel Erfahrung in Beratung von Familienhebammen und einzelnen Kommunen und hat im Jahr 2013 eine einjährige Weiterbildung „Hebamme sein. Familienhebamme werden.“ entwickelt. In dem Kompetenzteam, das einen Entwurf des Curriculums vorgelegt hat, sind als Fachgebiete mit „Sozial- und Jugendhilferecht“ sowie „Soziale Arbeit“ durch Expert_innen aus der Wissenschaft sowie der „Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ und der „Kindergesundheit“ mit Expert_innen aus Pflege und Medizin sowie die Expert_innen der beiden beteiligten Beratungsorganisationen, die jeweils auch über berufliche Erfahrungen in der Praxis kommunaler Jugendhilfe bzw. als Hebamme und Familienhebamme verfügen.

Der von dem Kompetenzteam erstellte Entwurf des Curriculums (vgl. ebenda, Einleitung) ist mit dem Landeshebammenverband NRW, dem Berufsverband der Gesundheit- und Krankenpflege (BeKD), der Interessengemeinschaft freiberuflich und/oder präventiv tätiger Kinderkrankenschwestern (IGKiKra) sowie dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter abgestimmt worden. Die Erstellung des Curriculums ist aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen finanziert worden.

Das Curriculums ist gegliedert in Ziele und Zielgruppe der Fortbildung, Verbindlichkeit des Landescurriculums für Hebammen bzw. für Fortbildungsanbieter, Bedeutung des Landescurriculums für Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie für GKIKP, die sich fortbilden lassen möchten bzw. bereits fortgebildet sind, Fortbildungsinhalte, Aufbau, Weiterentwicklung und Gültigkeitsbereich.

Ziel des Curriculums (vgl. ebenda Das Curriculum 2.1) ist es,

„Teilnehmerinnen zu befähigen, die Gesundheit von Schwangeren, Eltern oder primären Bezugspersonen sowie Neugeborenen oder Säuglingen bis zum Alter von drei Jahre im Rahmen von Frühe Hilfen zu erhalten und zu fördern“.

Es geht dabei um eine „klare professionelle Haltung“, die „Selbstfürsorge nicht vernachlässigt“. Die Tätigkeiten von FamHeb und GKIKP werden beschrieben mit „physischer und psychosozialer Beratung und Begleitung“, „aufsuchender Tätigkeit in Familien“, „interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen“ im „Zeitraum Schwangerschaft bis zum Ende der ersten 36 Lebensmonate des Kindes“. Fähigkeiten der originären Berufsausbildungen kommen zum Tragen und werden in der Fortbildung „systemübergreifend“ vertieft, um „Lotsen-

funktion für die (werdende) Mutter, den Vater oder primäre Bezugspersonen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ wahrnehmen zu können. Zu den Tätigkeiten gehören keine Leistungen der Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII) und nicht die Abwendung einer Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII oder § 4 KKG) mit Einsatz in Zwangskontexten oder Ausübung von Kontrollfunktionen. Die Fortbildung vermittelt das Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. FGKiKP können keine Tätigkeiten der originären Hebammentätigkeit ausführen, die für die Primärversorgung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gesetzlich geregelt ist. In der Schwangerschaft können FGKiKP mit Hebammen im Tandem zusammenarbeiten und auf zukünftige Elternschaft vorbereiten. Normalerweise reicht die Betreuungsphase von FamHeb von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes, während Betreuungsphasen von FGKiKP von Geburt und bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes gehen können.

Zielgruppe für die Teilnahme an der Fortbildung sind staatlich examinierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger und GKIKP mit mindestens vierundzwanzig Monaten Berufserfahrung (vgl. ebenda Das Curriculum 2.2). Die Landeskoordinationsstelle Frühe Hilfen (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.3) stellt den Anbietern der Fortbildung, die nach dem Landescurriculum arbeiten, ein Zertifikat für die Bescheinigung der Teilnahme zur Verfügung. Förderfähig aus Mittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen sind nur FamHeb und FGKiKP oder vergleichbare Berufsgruppen, die dem Kompetenzprofil „Familienhebammen“ entsprechen und entsprechend qualifiziert sind (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.4 und 2.5). Die Einschätzung, ob die persönlichen Kompetenzen gemäß dem Kompetenzprofil im Einzelfall vorliegen, erfolgt durch den örtlich zuständigen Jugendhilfeträger. Landeseitig werden Aufbaumodule für bereits ausgebildete FamHeb und FGKiKP entwickelt und angeboten, um eine nachträgliche Zertifizierung nach dem Landescurriculum zu ermöglichen. Diese nachträgliche Zertifizierung ist jedoch nicht generell verpflichtend.

Die Lerninhalte der Fortbildung ermöglichen den Erwerb von Fach- und personalen Kompetenzen, die dem Kompetenzprofil „Familienhebammen“ entsprechen und für die Ausübung der Tätigkeit erforderlich sind (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.6). Aufbauend auf den bereits vorhandenen Berufsausbildungen ist eine Vertiefung und Erweiterung der Kompetenzen zielführend. Inhaltliche Schwerpunkte des Curriculums sind:

„Handlungsfeld und berufliches Selbstverständnis der FamHeb und FGKiKP; rechtliche Rahmenbedingungen, insbesondere Struktur und Leistungen der Jugendhilfe; Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention; ressourcenorientiertes Arbeiten mit Familien, Gesprächsführung mit Familien; Stärkung der elterlichen Kompetenzen; Entwicklung des Säuglings im erste Lebensjahr und des Kleinkindes bis zum Ende des dritten Lebensjahres; Fördern und Begleiten der Eltern-Kind-Interaktion; Lebenswelt Familie; interkulturelle Kompetenz; Umgang mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung; alltagsnahes Qualitätsmanagement für FamHeb/FGKiKP; Selbstsorge.“

Das Curriculum (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.7) umfasst einundzwanzig Lerneinheiten, ein Interventionsmodul, Abschlussarbeit und -kolloquium. Hospitationen und Praxiseinsätze gehören nicht zum Curriculum, werden jedoch als sinnvolle Ergänzung gesehen. Das Curriculum ist eng am Kompetenzprofil des NZFH und der Systematik des Deutschen Qualitätsrahmens für lebenslanges Lernen sowie des WiFF-Kompetenzprofils der Weiterbildungsinitiative frühpäda-

gogischer Fachkräfte orientiert. Der Aufbau von Lerneinheiten folgt Ordnungskriterien, Kompetenzdimensionen und Kernkompetenzen. Einzelnen Lerneinheiten sind jeweils Lernziele, zu erwerbenden Kompetenzen und notwendige Lerninhalte zugeordnet. Kompetenzorientierte Module werden vom NZFH entwickelt, über deren Aufnahme in das Curriculum perspektivisch beraten werden soll, um es ggf. handlungsorientierter zu gestalten, wenn das nach ersten Erfahrungen mit der Umsetzung erforderlich sein sollte.

Auswertungen zu den Kompetenzprofilen der Berufsgruppen Hebammen und GKikP (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.7) haben ergeben, dass es Unterschiede gibt, die Handlungsanforderungen als FamHeb und FGKikP jedoch nahezu deckungsgleich sind und die sich daraus ableitenden Kompetenzen nur berufsspezifische Unterschiede erkennen lassen.

Der Zeitrahmen der Fortbildung (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.8) umfasst insgesamt 400 U-Stunden mit 45 Minuten. Davon finden 320 U-Std in Präsenzveranstaltungen statt, 10 U-Std werden für das Abschlusskolloquium angesetzt, 20 U-Std für Intervision und 25 U-Std für Selbstlernzeit. Das Zeitfenster der Fortbildung beträgt achtzehn Monate in berufsbegleitender Form mit Blockveranstaltungen.

Methodische Grundlagen (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.9) sind Erkenntnisse „moderner Erwachsenenbildung“, d.h. „Wissensvermittlung in offenem Unterricht“, „handlungs-, problemorientiertes und kooperatives Lernen“, „Formen des selbsterfahrenden Lernens“, Erprobung an „Fallbeispielen“, „selbstorganisiertes Lernen“ und „Verantwortung der Teilnehmerinnen für ihren Lernprozess“. Die Wahl der jeweiligen Unterrichtsmethode liegt bei den Referent_innen, solange Lernziele und Kompetenzerwerb Berücksichtigung finden. „Gruppendynamische Prozesse“ haben Einfluss auf die Lernmethode. Lerneinheiten sind „theoriebasiert und praxisnah“ zu gestalten. Es sind „separate Lerneinheiten für Berufsgruppen“ möglich und ggf. auszuweisen.

Das Curriculum wird als ein „lernendes Dokument“ (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.10) bezeichnet, das der regelmäßigen Überprüfung seiner Aktualität und Tauglichkeit bedarf im Abgleich mit Empfehlungen der Berufsverbände, Erfahrungen und Evaluationsergebnissen der Fortbildungsanbieter, Vorgaben des NZFH und wissenschaftlicher Forschung. Anpassungen können dann erforderlich werden. Die Gültigkeit des Curriculums (vgl. ebenda, Das Curriculum 2.11) ist an die Dauer der Bundesinitiative Frühe Hilfen gebunden.

Das Kapitel „Organisation“ ist gegliedert in Veranstalter; Teilnahmebedingungen, Bewerbungs- und Anmeldeverfahren, Gruppengröße, Kursleitung und Kursbegleitung, Lehrpersonal, Teilnahmebescheinigung, Teilnahmeverpflichtung, Zertifikat, kontinuierliche Qualitätssicherung.

Die Auswahl der Bildungsträger, die das Zertifikat der Landeskoordinierungsstelle nutzen, obliegt der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen. Mit den beteiligten Berufsverbänden sind Kriterien für die Auswahl festgelegt und vereinbart worden (vgl. ebenda, Organisation 3.1). Ein Kriterium ist zum Beispiel, dass gewährleistet ist, dass Unterrichtsstunden, die Teilnehmerinnen wegen Krankheit nicht wahrnehmen konnten, nachholbar sind. Von den Teilnehmerinnen der Fortbildung wird „aktive Mitwirkung“ und „Offenheit“ erwartet, sich „zeitlich zu engagieren“ und „selbstständig zu lernen“. Eine Bewerbung erfolgt schriftlich beim jeweiligen Veranstalter mit Lebenslauf, Bildungsweg und Berufserfahrung, einer Kopie der Berufsurkunde und Nachweis über berufliche Tätigkeit als Hebamme oder GKikV. Die Entscheidung über

eine Aufnahme obliegt dem Veranstalter (vgl. ebenda, Organisation 3.2 und 3.3):

Für die Durchführung wird von einer Gruppengröße zwischen zwanzig und fünfundzwanzig Teilnehmerinnen pro Kurs ausgegangen (vgl. ebenda, Organisation 3.4). Die Kursleitung ist verantwortlich für Konzeption, Organisation und Ablauf der Fortbildung. Dafür ist eine wissenschaftlich/pädagogische Ausbildung und Praxiserfahrung in der Erwachsenenbildung erforderlich. Die Kursbegleitung hat die Aufgabe der kontinuierlichen Moderation als Bindeglied zwischen Referent_innen und Teilnehmerinnen. Sie stellt den Bezug zu Lehrthemen und täglicher Praxis her. Die Kursbegleitung sollte durch Fachpersonal der Berufsgruppen Hebammen und GKiKP erfolgen und in der Präsenzzeit abgestimmt sein. Eine Personalunion von Kursleitung und

Kursbegleitung ist möglich (vgl. ebenda, Organisation 3.5). Das Lehrpersonal muss der „didaktisch-methodischen Vielfalt“ der Umsetzung des Curriculums gerecht werden können und Thematik und Lernziele bei der Auswahl der Methoden berücksichtigen. Referent_innen verfügen über eine „themengerechte und nachgewiesene theoretische und praktische Expertise“ (vgl. ebenda, Organisation 3.6). Vor der Durchführung der jeweiligen Lerneinheit werden Lehrunterlagen mit einer Literaturliste, die mindestens drei Quellen enthält, zur Verfügung gestellt.

Mit Abschluss der Fortbildung wird durch den Veranstalter eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt, die Fortbildungsstunden und Anerkennung der Veranstaltung nach berufsgruppenspezifischen Regelungen ausweist (vgl. ebenda, Organisation 3.7). Es besteht eine Verpflichtung zu Anwesenheit bei mindestens neunzig Prozent der Präsenzstunden, Fehlzeiten können nachgeholt werden (vgl. ebenda, Organisation 3.8). Die Fortbildung schließt mit einer schriftlichen Abschlussarbeit und einem mündlichen Kolloquium ab. Die schriftliche Arbeit ist eigenständig zu erstellen, das Kolloquium ist eine Gruppenpräsentation von Aspekten aus den Abschlussarbeiten und einer Gruppendiskussion unter Anwesenheit von Dozent_innen. Die Prüfungsteile werden jeweils mit bestanden oder nicht bestanden bewertet. Bei Nicht-Bestehen ist eine einmalige Wiederholung möglich. Bei Bestehen gibt es ein Zertifikat, das Inhalte und Zeitumfang gemäß Curriculums, die Bewertung und credit points ausweist. Eine Anerkennung dieses Zertifikats für den Hochschulbereich kann nicht sichergestellt werden, da aufgrund der Voraussetzungen keine ECTS-Punkte vergeben werden können. Unter bestimmten Voraussetzungen erfolgt nach Prüfung durch die einzelne Hochschule eine Anerkennung des Zertifikats, ein Anspruch besteht jedoch nicht (vgl. ebenda, Organisation 3.9).

Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung (vgl. ebenda, Organisation 3.10) wird nach Abschluss jeder Lerneinheit von den Teilnehmerinnen ein Evaluationsbogen zur Bewertung der Referent_innen ausgefüllt, in dem es um Erwartungen und Nutzen bezüglich der Lerninhalte, Bewertung der Lehrleistung sowie Reaktion von Lehrpersonal auf Fragen geht. Darüber hinaus finden Zwischen- und Abschlussevaluationen durch den Anbieter statt. Die Ergebnisse sind auszuwerten, aufzubewahren und auf Nachfrage der Landeskoordinationsstelle Frühe Hilfen vorzulegen.

Die Darstellung von Lerneinheiten und Kompetenzen in dem Curriculum (vgl. ebenda Lerneinheiten & Kompetenzen, Übersicht) ist gegliedert nach Ordnungskriterien gemäß

dem Kompetenzprofil, Titel der Lerneinheit, Anzahl der Fortbildungsstunden, Kompetenzschwerpunkt, Lernziel und Kompetenzerwerb als Kernkompetenzen, Lehr- und Lerninhalte, beispielhafte Referentenprofile, Lehr- und Lernmethoden. Im Folgenden werden Beispiele für die Zuordnung von Lerneinheiten dargestellt:

Der Handlungsanforderung „**Qualitätssicherung**“ sind sieben Lerneinheiten mit insgesamt 95 U-Std zugeordnet.

- LE 1: Einführung in das Handlungsfeld und das berufliche Selbstverständnis von FamHeb und FGKiKP in den Frühen Hilfen, 20 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Selbstkompetenz
- LE 2: Lernstrategien, 5 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Fertigkeiten, Selbstkompetenz
- LE 3: Pflege Theoriebasiertes Arbeiten im Rahmen der Tätigkeit der FamHeb/FGKiKP, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen
- LE 4: Qualitätsmanagement in der Arbeit der FamHeb/FGKiKP, 20 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Fertigkeiten
- LE 5: Kommunikation und Gesprächsführung, 20 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Fertigkeiten, Sozialkompetenz
- LE 6: Haltung und Verantwortlichkeit im beruflichen Handeln, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Selbstkompetenz
- LE 7 Selbstfürsorge, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Selbstkompetenz

Der Handlungsanforderung „**Kooperation und Recht**“ sind fünf Lerneinheiten mit insgesamt 55 U-Std zugeordnet.

- LE 8 Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie ihre Bedeutung für die Frühen Hilfen, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen
- LE 9 Rechtliche Rahmenbedingungen des Handelns von FamHeb/FGKiKP, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen
- LE 10 Angebote und Leistungen des Gesundheits- und Kinder-Jugend-Hilfesystems für Schwangere und junge Familien, 15 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Sozialkompetenz
- LE 11 Kooperation in interdisziplinären Netzwerken im Rahmen der Frühen Hilfen, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Fertigkeiten, Sozialkompetenz
- LE 12 Auftraggeber – Auftragnehmer – Auftragsklärung, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Fertigkeiten, Sozialkompetenz

Der Handlungsanforderung „**Ressourcen und Belastungen der primären Bezugsperson**“ sind sechs Lerneinheiten mit insgesamt 100 U-Std zugeordnet.

- LE 13 Einführung in die Lebenswelt „Familie“, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Sozialkompetenz
- LE 14 Psychische Belastungen und Sucht der primären und sekundären Bezugspersonen und deren Auswirkungen auf die Schwangerschaft/Elternschaft, 20 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Sozialkompetenz
- LE 15 Häusliche Gewalt und Trauma, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz

- LE 16 Ressourcenorientierte und systemische Arbeit mit Familien, 30 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Fertigkeiten, Sozialkompetenz
- LE 17 Kultursensible Betreuung: Interkulturelle Kompetenz & Diversity, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Sozialkompetenz
- LE 18 Anleitung, Schulung und Beratung in der Pflege von Familien mit Kindern bis 3 Jahren, 20 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Fertigkeiten, Sozialkompetenz

Der Handlungsanforderung „**Entwicklung und Bindung des Säuglings / Kleinkindes**“ sind drei Lerneinheiten mit insgesamt 60 U-Std zugeordnet.

- LE 19 Gesunde Entwicklung des Säuglings bzw. Kleinkindes in den ersten 3 Lebensjahren, 30 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz
- LE 20 Bindungsentwicklung und Stärkung der Elternkompetenz, 20 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz
- LE 21 Kindeswohlgefährdung, 10 U-Std, Kompetenzschwerpunkte: Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz

Die Handlungsanforderung „Ressourcen und Belastungen der primären Bezugsperson“ verfügt mit 100 Unterrichtsstunden im Vergleich zu den anderen Bereichen über das größte Zeitfenster an Unterrichtsstunden. Genauso umfangreich ist die Handlungsanforderung „Qualitätssicherung“ mit 95 Unterrichtsstunden ausgestattet. Den Lerneinheiten „Ressourcenorientierte und systemische Arbeit mit Familien“ und „Gesunde Entwicklung des Kindes in den ersten drei Lebensjahren“ wird jeweils 30 Unterrichtsstunden eingeräumt. Für diese Lerneinheiten steht die meiste Unterrichtszeit zur Verfügung.

Die einundzwanzig Lerneinheiten sind Kompetenzschwerpunkten zugeordnet. In der folgenden Tabelle wird die Anzahl der zugeordneten Lerneinheiten zu Kompetenzschwerpunkten dargestellt:

Kompetenzschwerpunkt Anzahl der zugeordneten Lerneinheiten	
Wissen	14 LE
Fertigkeiten	11 LE
Sozialkompetenz	13 LE
Selbstkompetenz	6 LE

Für 13 Lerneinheiten wird eine Kombination aus Fachkompetenz mit Wissen und/oder Fertigkeiten und Sozialkompetenz als erforderlich angesehen. In der Lerneinheit „Kindeswohlgefährdung“ kommen alle Arten von Kompetenzen zum Tragen. Um Selbstkompetenz jeweils in Kombination mit anderen Kompetenzschwerpunkten geht es auch in den Lerneinheiten „Häusliche Gewalt“, „Selbstfürsorge“, „Haltung und Verantwortlichkeit im beruflichen Handeln“, „Lernstrategien“ und „Einführung in das Handlungsfeld und berufliches Selbstverständnis“. Bezüglich des zur Verfügung stehenden Stundenvolumens ist allerdings erkennbar, dass die Lerneinheiten, in denen es um Selbstkompetenz geht, jeweils nur mit einer relativ geringen Anzahl von fünf oder zehn Unterrichtsstunden unterrichtet werden.

Drei Lerneinheiten, in denen es um den Erwerb von Selbstkompetenz geht, werden als Beispiele mit den Ausführungen zu „Lernziel und Kompetenzerwerb“ sowie „Lehr- und Lerninhalten“ vorgestellt. In diesen Beispielen geht es um den Erwerb von Selbstkompetenz als einer personalen Kompetenz in Kombination mit jeweils anderen Kompetenzformen.

aus LE 6 (ebenda Lerneinheiten & Kompetenzen LE 6)

Haltung und Verantwortlichkeit im beruflichen Handeln

Kompetenzschwerpunkte: Wissen und Selbstkompetenz

Lernziel und Kompetenzerwerb

„Die FamHeb/FGKiKP weiß um die Bedeutung grundlegender ethischer Begriffe wie verantwortungsethisches Handeln, professionelle Haltung, Reflexion eigener Handlungen, Haltungen und Erfahrungen. Sie kann ihre Werte, Erwartungshaltungen, Vorstellungen, Gefühle, Selbstwirksamkeit, Handlungsweise und Problemlösungsstrategien reflektieren.

Sie kann gegenüber der Mutter, dem Vater, anderen primären Bezugspersonen und dem Säugling/Kleinkind empathisch sein, kennt aber die Bedeutung der professionellen Distanz und wahrt diese. Sie kann ihr berufliches Selbstverständnis reflektieren.“

Lehr- und Lerninhalte

Bedeutung der Haltung im beruflichen Handeln (Rolle und Beziehung, Nähe und Distanz), Grundlagen beruflicher Ethik (Familien-Hebamme/(Familien-)Gesundheits-Kinderkrankenpflegerin); Reflexion der eigenen Haltung gegenüber dem Handlungsfeld (Instrumente und Verfahren); Modelle und Theorien zur Verhaltensänderung (z. B. Selbstwirksamkeit), Grenzen und Hemmnisse der Verhaltensänderung

In der Lerneinheit werden Kompetenzen durch Tätigkeitswörter wie „Bedeutungen wissen und kennen“, „Handeln und Problemlösungsstrategien reflektieren“, „empathisch sein“ beschrieben. Es geht um „verantwortungsvolles Handeln“, „professionelle Haltung“, „Werte“, „Erwartungshaltungen“, „Vorstellungen“, „Gefühle“. Fähigkeiten zur „Reflexion eigener Handlungen, Haltungen und Erfahrungen“, „Selbstwirksamkeit“ und erforderliche „Distanz“ sind zu fördern. aus LE 7 (ebenda Lerneinheiten & Kompetenzen LE 7)

Selbstfürsorge

Kompetenzschwerpunkten: Fertigkeiten und Selbstkompetenz

Lernziel und Kompetenzerwerb

„Die FamHeb/FGKiKP kennt Strategien des Zeit- und Selbstmanagements und des Umgangs mit eigenen Ressourcen. Sie kann mit ihren (zeitlichen) Ressourcen effektiv umgehen, weiß, wo ihre Zuständigkeit aufhört, und kann notwendige Abgrenzungen vornehmen. Sie ist sich der Subjektivität der eigenen Wahrnehmung bewusst und reflektiert diesbezüglich Haltungen und Handlungen. Sie kann mit persönlichen Herausforderungen, die durch die Aufgaben in den Frühen Hilfen entstehen, professionell umgehen. Sie kann eigene psychosoziale oder gesundheitliche Belastungen erkennen und sich Unterstützung in Form der kollegialen Fallberatung, Fachberatung oder Supervision einholen.“

Lehr- und Lerninhalte

Einführung in die Selbstreflexion; Anzeichen und Formen der Überforderung und Überlastung Strategien des Zeit- und Selbstmanagements; Umgang mit den eigenen Gesundheitsbedürfnissen und Ressourcen (Stressbewältigung,

Selbstpflegemaßnahmen, Co-Abhängigkeit der Helferin, „Helferfallen“); Umgang mit den Grenzen der eigenen Professionalität Auswirkungen der veränderten Rolle im persönlichen Bereich; Selbstreflexion und -organisation (Kompetenzprofile NZFH, Fragebogen zum Kompetenzprofil Familienhebammen (Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen)

In dieser Lerneinheit werden Kompetenzen gekennzeichnet mit „Strategien kennen“, „mit Ressourcen effektiv umgehen“, „erkennen, wissen“, „Unterstützung einholen“, „sich bewusst sein“ und „reflektieren“. Es geht um „Zeit- und Selbstmanagement“, „Ressourcen“, „gesundheitliche Belastungen“ und „Abgrenzungen“. Fähigkeiten zur Wahrnehmung von Subjektivität von Haltungen und Handlungen sind zu fördern. Als mögliche Unterstützungsformen werden „kollegiale Fallberatung“, „Fachberatung“ und „Supervision“ genannt.

aus LE 15 (ebenda Lerneinheiten und Kompetenzerwerb LE 15)

Häusliche Gewalt

Kompetenzschwerpunkten: Wissen, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz

Lernziel und Kompetenzerwerb

„Die FamHeb/FGKiKP weiß um Formen der Gewalt und die Folgen traumatischen Erlebens. Sie erkennt Anzeichen von häuslicher Gewalt bei Säugling, Mutter, Vater bzw. anderen primären Bezugspersonen. Sie hat Kenntnis über gewichtige Anhaltspunkte beim Säugling bzw. Kleinkind und im Umfeld des Säuglings bzw. Kleinkindes, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können. Sie kennt das Risiko für Kinder bei sorgeberechtigten Eltern mit eigenen aktuellen oder zurückliegenden traumatischen Erlebnissen sowie eigenen aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen. Sie kann bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindeswohls klärende, eventuell konflikthafte Gespräche mit den Eltern konstruktiv führen. Sie reflektiert ihre eigene Bereitschaft, hinzusehen und zu handeln. Sie kann ihre Tätigkeit in kollegialer Beratung und Supervision reflektieren. Sie kennt Möglichkeiten zur Unterstützung von Eltern und Kindern bei familiären Gewalterfahrungen.“

Lehr- und Lerninhalte

Definition Gewalt, Formen der Gewalt; Häusliche Gewalt (Kreis der häuslichen Gewalt, Warnsignale, Deeskalation, spezielle Interventionen und Angebote bei häuslicher Gewalt (Wohnungsverweisung nach Polizeigesetz, Gewaltschutzgesetz, Frauenhäuser);

Arbeit mit von Gewalt betroffenen Frauen (Trauma sensible Haltung, Wissen über das Risiko für Kinder bei sorgeberechtigten Eltern mit eigenen aktuellen oder zurückliegenden traumatischen Erlebnissen sowie eigenen aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen/ Retraumatisierung); Gewalt, Trauma und Selbstreflexion

In dieser Lerneinheit werden Kompetenzen mit „wissen“, „Anzeichen erkennen“ und „reflektieren“ beschrieben. Es geht um „Formen von Gewalt und traumatischem Erleben“, „Anhaltspunkte“, „Risiken“ und „Unterstützung“. Fähigkeiten, „klärende, eventuell konflikthafte Gespräche konstruktiv“ zu führen sowie die „eigene Bereitschaft hinzusehen und zu handeln“, sind zu fördern.

In den Beispielen wird Selbstkompetenz festgemacht an der Fähigkeit zur Reflexion eigener Vorstellungen und Handlungsoptionen, die in der Interaktion mit anderen zum Tragen kommen. Die Kompetenz ist erforderlich, um eine im Sinne von Selbstfürsorge ausbalancierten beruflichen

Haltung zu entwickeln und um auf spezifische Situationen, in denen es um Kontakt mit Gewalterleben geht, vorbereitet zu sein.

Zusammenfassung zum Curriculum zur Qualifizierung von Familienhebammen in NRW

Das Fortbildungscurriculum zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen, Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und –Pfleger in NRW ist geprägt durch Zielsetzungen der Bundesinitiative Frühe Hilfen, die „Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu fördern“. Der „Zugang zu Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf“ wird als Hürde gesehen, die es zu überwinden gilt. FamHeb und FGKiKV leisten einen „wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Unterstützung von Familien“.

Mit dem Fortbildungscurriculum wird die Qualifizierung von unterschiedlichen Berufsgruppen, Hebammen, GKiKV und vergleichbaren Berufsgruppen, für dieses Tätigkeitsfeld in NRW geregelt. Das Curriculum kann für Fortbildungsanbieter nicht verpflichtend gemacht werden. Für eine Umsetzung wird jedoch mit Anreizen wie Zertifikat und Qualitätssiegel geworben, die in Zusammenhang mit Förderungen aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen stehen.

Zur Erstellung des Curriculums ist ein Kompetenzteam berufen worden, das eine prominente Hebamme und Familienhebamme mit ihrem Weiterbildungskonzept aus NRW einbindet. Durch die Zusammensetzung des Teams sind Aspekte der Kinder- und Jugendhilfe stark vertreten, es ist auch eine Medizinerin als Expertin für Kindergesundheit beteiligt. Die Publikation des Curriculums erfolgt durch das Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport. Diese Hinweise können als enger Bezug zu Kindeswohl und Kinderschutz und fachlicher Verordnung des Curriculums im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden. Der Veröffentlichung des Curriculums sind Abstimmungsprozesse mit Berufsverbänden im Hebammenwesen und der Krankenpflege sowie dem für Gesundheit zuständigen Ministerium in NRW vorausgegangen. Auch eine zukünftige Weiterentwicklung ist an Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse auf dieser Ebene gebunden.

Die Qualifizierung als Familienhebamme erfährt eine Engführung durch Zugangsvoraussetzungen, detaillierte Leistungsnachweise und Zertifizierung zur Qualitätssicherung der Tätigkeit, die mit finanziellen Anreizen verbunden sind. Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen werden in Städten und Gemeinden in NRW perspektivisch regelhaft nach diesem Curriculum zertifizierte Familienhebammen eingesetzt und bezahlt.

Inhaltlich ist das Curriculum eng an dem Kompetenzprofil Familienhebammen des NZFH, dem Deutschen Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen sowie dem WiFF-Kompetenzprofil für frühpädagogische Fachkräfte und deren pädagogischen Grundlagen ausgerichtet. Handlungsanforderungen der beruflichen Tätigkeiten werden Kompetenzen zugeordnet. Die Lerneinheiten sind an Lernzielen und Kompetenzerwerb ausgerichtet. Es geht um Mitwirkung und Selbstlernen von Teilnehmerinnen und Moderation von Lernprozessen durch Lehrpersonal.

In dem Curriculum erfolgt eine Zuordnung von Kompetenzen zu den einzelnen Lerneinheiten. Mit der Ausrichtung auf Kompetenzen rücken auch personale Kompetenzen mit Sozialkompetenzen und Selbstkompetenzen in den Fokus. Sozialkompetenz wird als Kompetenzzschwerpunkt in vielen der Lerneinheiten ausgewiesen. Selbstkompetenz wird in den Lerneinheiten deutlich weniger als Kompetenzzschwerpunkt gesehen. Auch die vorgesehene Zeit für die jeweili-

gen Lernprozesse, die den Erwerb von Selbstkompetenz fördern, ist deutlich geringer als für andere Kompetenzschwerpunkte. Hierzu ergibt sich die Frage, ob Förderung und Entwicklung von Selbstkompetenz für berufliche Handlungsanforderungen als Familienhebamme in ausreichender Weise als erforderlich angesehen und in Qualifizierungen ermöglicht wird.

2.5 Zusammenfassung von Erkenntnissen

Die sieben vorgestellten Dokumente sind zu unterschiedlichen Zeiten entstanden und verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Insofern sind Einschränkungen in der Vergleichbarkeit zu gegeben. Trotzdem erscheint es mir in diesem Zusammenhang lohnenswert, einigen Aspekten vergleichend nachzugehen.

Das derzeit gültige Hebammengesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind Mitte der 80-er Jahre beschlossen und zuletzt im Jahr 2016 geändert worden. Das Gesetz und die zugehörige Verordnung regeln die Ausbildung und Ausübung der Hebammentätigkeit als Beruf.

Die „Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW“ sind im Jahr 2005, das Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes im Jahr 2008 entwickelt worden. In beiden Dokumenten wird eine Neuausrichtung der Qualifizierung im Gesundheitsberuf Hebamme verfolgt. Bologna- und Kopenhagen-Prozess auf europäischer Ebene spielen dafür eine Rolle und haben die Initiative dazu befördert.

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist ab dem Jahr 2012 eine weitere Qualifizierungsinitiative angestoßen worden für den Tätigkeitbereich als Familienhebamme. Die folgenden Dokumente sind in Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen zwischen Berufsverbänden und staatlichen Stellen entstanden. Das Kompetenzprofil Familienhebamme des NZFH ist im Jahr 2014 publiziert worden, in der Nachfolge sind die Landescurricula zur Qualifizierung von Familienhebammen und FGKiKV in Hessen Ende 2014 und in NRW Anfang 2015 veröffentlicht worden. Für diese Initiativen ist ein fachliches Bemühen um einheitliche Qualität der Leistungen für Familien und eine Regelung des Fördergeschehens im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen ein Motor.

In den Ausführungen zu Intentionen und pädagogischer Einbettung der einzelnen Dokumente spiegelt sich der Wandel von Gesundheitsberufe wieder. Es zeigt sich ein Trend zu Kompetenzprofilen und detaillierten Tätigkeitsbeschreibungen für spezifische Berufe und Tätigkeitsfelder. Transparenz und Vergleichbarkeit von Ausbildungsgängen im europäischen Wirtschaftsraum und Akademisierung der Pflege und des Hebammenwesens in Deutschland erfordern Anpassungen in Aus- und Fortbildung. Spuren pädagogischer Diskurse in der Erwachsenenbildung finden sich in Hinweisen auf modulare Lerneinheiten, Kompetenzorientierung und Ermöglichungsdidaktik in den Dokumenten wieder.

Das gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit und Gestaltungsrechten der Adressatinnen gesundheitsbezogene Leistungen haben sich verändert. Dies wird ersichtlich, wenn man die Formulierungen im Hebammengesetz bzw. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit Formulierungen in später veröffentlichten Dokumenten vergleicht. Tätigkeitsbeschreibungen von Hebammen bzw. Familienhebammen wechseln von Überwachung und Kontrolle zu Beratung

und Begleitung. Aber auch in den späteren Texten sind Bruchstellen in den Formulierungen zu finden. In der Interaktion bleibt das Thema Gesundheit ein Spannungsfeld mit sozialer und gesellschaftlicher Rahmung.

Mit der Kompetenzorientierung von beruflicher Qualifizierung sind auch personale Kompetenzen in den Fokus für berufliches Handeln gerückt. In einigen Dokumenten wird der Erwerb personaler Kompetenzen in direkten Bezug zu spezifischen beruflichen Handlungsanforderungen gesetzt. Der Einschätzung, dass der Erwerb von Selbstkompetenz in beruflichen Qualifizierungen häufig im Stellenwert unterschätzt und in den vorgestellten Curricula auch nur bedingt bedient wird, ist am empirischen Material des Forschungsprojektes nachzugehen. Abschließend werden hier mit drei Fragen Aspekte für die inhaltliche Vorbereitung einer Fokusgruppe angesprochen: Wie wird Kompetenz für berufliche Praxis als Hebamme oder Familienhebamme konkret erworben? Welchen Stellenwert haben personale Kompetenzen, insbesondere Selbstkompetenz dabei? Gibt es konkrete Erfahrungen zur Qualifizierung von Hebammen oder Familienhebammen?

3. Baustein Interviews mit Hebammen

3.1 Überlegungen zum Vorgehen

Im Nachgang eines Doktorandenkolloquiums im Juni 2013 und in Vorbereitung der Überarbeitung des Exposés des Promotionsvorhabens im September ist der dritte empirische Baustein um Interviews mit Hebammen und Familienhebammen als Expertinnen konzeptionell erweitert worden. Ziel dieser Erweiterung ist, Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen herauszuarbeiten. Die Erkenntnisse aus den Interviews werden als Basis für eine später geplante Gruppendiskussion genutzt. In einer Fokusgruppe werden Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen dann spezifiziert, erweitert oder ergänzt.

3.1.1 Kriterien des Sampling

Nach theoretischen Vorüberlegungen werden Hebammen als Expertinnen für die Gestaltung ihrer beruflichen Praxen in der Begleitung von Frauen in der biografischen Phase des Mutter-Werdens rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit mit dem Kind befragt.

Die Interviewpartnerinnen werden durch eine Information des Deutschen Hebammenverbandes für die Mitwirkung gewonnen. Sie haben jeweils eine Ausbildung als Hebamme abgeschlossen, können zusätzlich als Familienhebamme qualifiziert sein und verfügen über praktische Erfahrungen in ihrem Beruf. Zum Zeitpunkt der Interviews sind sie als Hebamme oder Familienhebamme tätig. Da die Zusatzqualifikation Familienhebamme in den einzelnen Bundesländern bisher unterschiedlich geregelt ist, sollen Bundesländer als Orte der Berufsausübung identifizierbar sein.

Vorab werden folgende Kriterien für das Sampling festgelegt: abgeschlossene Ausbildung als Hebamme, mit und ohne Zusatzqualifikation als Familienhebamme, Berufserfahrung als Hebamme, Berufstätigkeit als Hebamme zum Zeitpunkt des Interviews, Ort der Berufsausübung in Deutschland.

Die aktuelle Tätigkeit der einzelnen Interviewpartnerinnen kann sowohl im ambulanten als

auch im stationären Bereich erfolgen. Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen bilden das Material dieses empirischen Bausteins.

3.1.2 Kriterien für den Gesprächsleitfaden

Methodisch sind offen geführte persönliche Interviews mit acht bis zehn Hebammen oder Familienhebammen als Expertinnen geplant, die leitfadengestützt von der Forscherin selbst durchgeführt werden. Der Gesprächsleitfaden umfasst fünfzehn Fragen zu folgenden Themenbereichen: zum beruflichen Werdegang und zur Berufswahl, zur biografischen Phase von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt, zur Situation als Hebamme oder Familienhebamme, zu „gesund leben lernen“, zu beruflichen Grenzsituationen, zu Formen der Unterstützung bei Qualitätsentwicklung.

Nach einer gegenseitigen Vorstellung und Erläuterung des Vorhabens soll das Interview anhand des Leitfadens durchgeführt werden. Zu Beantwortung der einzelnen Fragen können Verständnisnachfragen sowohl der Interviewpartnerin als auch der Forscherin erforderlich werden. Nach Einschätzung der Forscherin wird ein solches Interview etwa eine Stunde dauern. Mit diesem Zeitbedarf ist die Zeitressource überschaubar und voraussichtlich akzeptabel, die für ein Interview erforderlich ist.

Das einzelne Interview wird mit einem Audiogerät aufgezeichnet, im Anschluss verschriftlicht, um mit MAXQDA qualitativ ausgewertet zu werden. Die Transkription erfolgt durch die Forscherin. Der Transkriptionstext wird den Interviewpartnerinnen bei Interesse zum Gegenlesen übermittelt, ehe die Auswertung erfolgt. Zusätzlich kann ein Rücklauf der Ergebnisse abgesprochen werden. In der Auswertung werden Sichtweisen zu den einzelnen Themenbereichen herausgearbeitet.

Durch die berufliche Tätigkeit und fachlichen Gesprächen über das Solinger Projekt „Frühe Hilfen“ mit dem Kollegen der Jugendhilfeplanung haben sich im Sommer 2013 Ideen zu dem Forschungsprojekt konkretisiert. In der Folgezeit entsteht ein erster Entwurf für einen Interviewleitfaden, der Anfang 2014 noch einmal überarbeitet wird. Der Leitfaden wird in einem Telefonkontakt mit einer freiberuflich arbeitenden Hebamme durchgegangen unter der Fragestellung von Verständlichkeit und Schlüssigkeit. Dies erfolgt so: nach lautem Lesen der einzelnen Frage beantwortet die Hebamme die Frage still für sich, auf ihr Zeichen wird die nächste Frage vorgelesen. Der mündliche Durchgang aller Fragen am Telefon dauert insgesamt etwa zwanzig Minuten. Abschließend gibt die Hebamme folgende Rückmeldung zum Leitfaden: die Fragen sind interessant, der inhaltliche Aufbau ist nachvollziehbar und schlüssig, der gewählte Aufbau wird als das Gespräch öffnend und für den Ablauf eines möglichen Interviews als förderlich eingeschätzt. Von der Hebamme werden drei Vorschläge zu Änderungen in der Formulierung gemacht, um die Verständlichkeit der Fragen zu erhöhen, die im Nachgang von der Forscherin in den Leitfaden einarbeitet werden.

3.2 Interviewpartnerinnen und Interviews

3.2.1 Gewinnung von Expertinnen

Zur Gewinnung von Hebammen als Expertinnen für mögliche Interviews erfolgen im Januar 2014 per E-Mail Anfragen beim Deutschen Hebammenverband sowie zusätzlich bei den Landeshebammenverbänden in Hamburg, Hessen und Nordrheinwestfalen mit der Bitte um Weitergabe an Mitglieder bzw. Vermittlung einzelner interessierter Hebammen oder Familienhebammen. Die einzeln kontaktierten Landesverbände in Hamburg, Hessen und NRW reagieren nicht auf die Anfrage. Durch eine Hebamme, die der Forscherin persönlich bekannt ist, erfolgt in Hamburg zusätzlich eine Information per E-Mail an dort tätigen Hebammen des Landesverbandes.

Der Deutsche Hebammenverband sieht keine Möglichkeit, einzelne Hebammen als Interviewpartnerinnen zu vermitteln, ist jedoch bereit, die Information an die einzelnen Landesverbände weiterzugeben, die ihrerseits Mitgliederverteiler haben. Von dem Verband wird zusätzlich auf ein mögliches Interesse der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften an der Thematik des Projektes hingewiesen. Eine Rückmeldung dazu, welche Reaktion auf den Aufruf erfolgt, wird zugesagt und mit der Bitte verbunden, die Information zu dem Vorhaben auch an die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften weiterzugeben und ggf. eine Ansprechpartnerin dort zu vermitteln.

Der Aufruf, der vom Deutschen Hebammenverband weitergegeben wird, enthält folgende Informationen:

1. Hebammen oder Familienhebammen als Interviewpartnerinnen
2. Fragen für das Interview:
 - Welche beruflichen Ziele haben Hebammen oder Familienhebammen?
 - Wie gestalten sie ihre jeweilige berufliche Rolle?
 - Wie fördern sie Frauen in einer gesundheitsbezogenen Lebensorientierung?
 - Welcher berufsbegleitende Rahmen unterstützt Hebammen oder Familienhebammen in ihrer Berufsausübung, um langfristig und gut arbeiten zu können?
3. Rahmenbedingungen des Interviews: Dauer etwa eine Stunde, fünfzehn offene Fragen, Aufzeichnung, anschließend anonymisierte Verschriftlichung und qualitative Auswertung, Gegenlesen der Verschriftlichung durch die Interviewpartnerin, vorab telefonische Erläuterung möglicher Fragen zum Forschungsprojekt.
4. Information zur Person der Forscherin: in langjähriger beruflicher Tätigkeit als Diplom-Pädagogin im Bereich Gesundheitsförderung, Wechsel in die passive Phase der Altersteilzeit und des Promotionsvorhabens im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, Arbeitstitel: „gesund leben lernen – die berufliche Rolle von Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen“.
5. Anliegen und Bitte: Weiterleitung der Anfrage an die Mitglieder des jeweiligen Landeshebammenverbandes bzw. Vermittlung einzelner interessierter Interviewpartnerinnen mit Möglichkeit zum Kontakt über E-Mail oder Telefon.

Der Aufruf wird Anfang Januar 2014 per E-Mail vom Deutschen Hebammenverband an die achtzehn Landesverbände in Deutschland weitergeleitet. Daraufhin gehen per E-Mail zehn Rückmeldungen von einzelnen Hebammen ein, die Interesse bekunden. Drei der Rückmeldungen

kommen aus Niedersachsen, drei weitere aus Hamburg, eine aus Brandenburg, zwei aus Rheinland-Pfalz und eine aus Berlin. Die Rückmeldung aus Brandenburg erfolgt durch die dortige Vorsitzende des Landesverbandes und hat eine Nachfrage zum Inhalt des Projektes, die per E-Mail kurzfristig ergänzend beantwortet wird. Dieser Kontakt führt jedoch zu keiner weiteren Reaktion. Die anderen neun Rückmeldungen enthalten jeweils das Angebot einzelner Hebammen, als Interviewpartnerin mitzuwirken. Zwei dieser an einem Interview interessierten Hebammen sind Funktionsträgerinnen in ihren jeweiligen Landesverbänden.

Im Vorfeld zu dem persönlichen Interview werden mit allen Interessentinnen informierende Telefonate geführt, die in einer Terminabsprache für ein Interview münden können. Die Vorabsprachen für diese Telefonate werden jeweils wieder per E-Mail kommuniziert. Mit allen Interessentinnen findet dieses vorbereitende Telefonat im Januar und Februar 2014 statt.

Das Telefonat dauert jeweils zwischen zehn und fünfzehn Minuten. Inhaltlich geht es dabei um: Vorstellung der Forscherin, Vorstellung des Forschungsvorhabens und der Fragestellung, den Kontakt zum Deutschen Hebammenverband und den Aufruf, die Rahmenbedingungen für ein Interview, eine Nachfrage zur Motivation mitzumachen, die Möglichkeit zur Beantwortung offener Fragen sowie eine Terminabsprache bei weiterem Interesse. Eindrücke zum Verlauf des Telefonats und zu weiterführenden Absprachen werden jeweils mit einer kurzen schriftlichen Notiz dokumentiert.

Die telefonisch kontaktierten Interessentinnen sind weiterhin an einem Interview interessiert, sodass die geplante Anzahl von acht bis zehn Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen erreicht wird. Im einzelnen Fall liegt zwischen dem vorbereitendem Telefonat und dem Interviewtermin ein Zeitraum von vier bis acht Wochen. Die Terminvereinbarung wird vorab per E-Mail kommuniziert mit der Bitte, eine Rückmeldung zu geben, falls Terminschwierigkeiten auftreten sollten. Das Interview wird einige Tage vor dem Termin per E-Mail erneut in Erinnerung gebracht. Keiner der vereinbarten Termine muss kurzfristig verschoben werden. Die Interviews finden in den Wohnorten der jeweiligen Interviewpartnerinnen statt.

3.2.2 Informierte Einwilligung

Auf der Basis von forschungsethischen und datenschutzrechtlichen Überlegungen ist eine informierte Einwilligung von Interviewpartner_innen für die Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen von wissenschaftlichen Forschungsprojekten Voraussetzung dafür, dass persönliche Daten für wissenschaftliche Zwecke erhoben, gespeichert und zur Auswertung weiterverwendet werden dürfen. Auch wenn durch Anonymisierung eine Verfremdung der Daten erfolgt, sind es personenbezogene Daten, deren Erhebung und Weiterverarbeitung einer persönlichen Zustimmung bedürfen.

Alle Interviewpartnerinnen werden längere Zeit vor dem Interview mehrfach in schriftlicher und mündlicher Form über Inhalte, Ziele und Ablauf des Forschungsprojektes und der Interviews informiert. Vor Beginn des Interviews erfolgt eine mündliche Einwilligung, dass das Gespräch mit einem Audiogerät dokumentiert wird. Nach dem Interview wird noch einmal darauf hingewiesen, dass im nächsten Schritt eine anonymisierte Verschriftlichung des Interviews erfolgt, die

den Interviewpartnerinnen jeweils zur Kenntnis gegeben wird, mit der Bitte um Einverständnis zur weiteren Verwendung in dem Forschungsprojekt.

Die Mitwirkung aller Interviewpartnerinnen erfolgt freiwillig und ist an keine weiteren Bedingungen geknüpft. Die Informationen zum Forschungsprojekt und zum Interview erfolgen in unterschiedlicher und verständlicher Form. Es besteht mehrfach die Möglichkeit zu Rückfragen und ergänzenden Erläuterungen. Im Vor- und Nachgang zu den einzelnen Interviewterminen ist ausreichend Zeit gegeben, das Einverständnis ggf. auch zu überdenken.

Ein kollegialer fachlicher Austausch zu Fragen der Forschungsethik führt zu der Entscheidung, den Prozess der informierten Einwilligung durch die jeweilige Interviewpartnerin abschließend in schriftlicher Form zu dokumentieren. Mit dem anonymisierten Transkript des Interviews wird deshalb eine schriftliche Erklärung zur informierten Einwilligung mit der Bitte um Unterschrift an die Interviewpartnerin versandt.

3.2.3 Durchführung der Interviews

Die vereinbarten Interviews finden von Mitte Februar bis Mitte April 2014 statt. Alle Interviews werden im jeweiligen Wohnort der Interviewpartnerinnen geführt. In sechs Fällen wird von den Interviewpartnerinnen vorgeschlagen, das Interview bei ihnen zuhause zu führen. Zwei Interviews finden ebenfalls auf Vorschlag der Interviewpartnerin in Praxisräumen oder Büros der Interviewpartnerinnen statt. Ein Interview erfolgt aus organisatorischen Gründen während einer Fachtagung in dortigen Räumlichkeiten. Jedes Interview wird mit einer Audioaufnahme dokumentiert. Ein zusätzlicher Erhebungsbogen zu persönlichen Daten wird nicht eingesetzt.

Die Dauer der Interviews liegt in den meisten Fällen bei einer Stunde, das kürzeste Interview dauert 35 Minuten, das längste 95 Minuten. Der tatsächliche Zeitbedarf für ein Interview entspricht damit dem angekündigten zeitlichen Rahmen. Die Aufzeichnung eines Interviews ist aufgrund eines technischen Defektes des Aufnahmegeräts unvollständig. Es konnte jedoch ein zweites Interview geführt werden.

Abschließend wird jeweils vereinbart, dass nach Transkription eine Textkopie zugeschickt wird mit der Bitte um Rückmeldung, dass die in dieser Form anonymisierten Daten für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen des Projektes weiter verwendet werden dürfen. Dieses Einverständnis wird mit einem Formular schriftlich dokumentiert. Vier bis zehn Wochen nach dem jeweiligen Interviewtermin erfolgt im Mai 2014 eine Zusendung dieser Unterlagen an die Interviewpartnerinnen. Alle Interviewpartnerinnen erklären sich mit der Verwendung des Interviews einverstanden.

3.2.4 Ablauf eines Interviews

Vor Beginn des eigentlichen Interviews gibt es jeweils eine offene Warming-up-Phase, um sich bekannt zu machen. Zum Beispiel wird etwas Alltägliches wie die Anreise thematisiert. Danach wird der Ablauf des Interviews, die Aufzeichnung mit dem Audiogerät sowie das weitere Vorgehen nach dem Gespräch kurz erläutert.

Der schriftliche Gesprächsleitfaden wird zur Kenntnis gegeben und liegt den Interviewpart-

nerinnen während des Gesprächs vor. Die Spielregeln für das Interview werden kommuniziert: Einzelne Themenbereiche werden mit einer Einstiegsfrage angesprochen, die Interviewpartnerin kann jeweils so lange und so ausführlich antworten, wie sie möchte. Verständnis- oder Nachfragen können sich ergeben und von beiden Gesprächspartnerinnen erfolgen. Im Schwerpunkt geht es um die Sichtweisen der Interviewpartnerin. Wenn ein Thema aus Sicht der Interviewpartnerin abgeschlossen ist, kann sie auch selbst zum nächsten Themenbereich übergehen, der Leitfaden liegt ihr zur Orientierung vor. Den Abschluss eines jeden Interviews bildet ein „offenes letztes Wort“ der Interviewpartnerin zum Verlauf des Interviews oder ggf. noch einmal zu einzelnen Aspekten. Danach ist das Interview beendet. Nach dem Interview erfolgt die Verabschiedung meist mit einem kurzen Gespräch zu alltäglichen Themen wie Wegbeschreibungen etc. oder auch allgemein zum Forschungsprojekt.

Im Nachgang zu jedem Interview wird von der Forscherin zeitnah ein Postskriptum geschrieben, in dem die Eindrücke von dem Ort und der Begegnung mit der Interviewpartnerin, zum Verlauf und zu Besonderheiten des Interviews sowie die Themen der Warming-up- und der Ausklang-Phase dokumentiert sind.

3.2.5 Grundhaltung der Interviewerin

Ein Interview ist ein dialogischer Kommunikationsprozess mit verbalen und nonverbalen Elementen. Dieser Prozess basiert auf einer Bereitschaft der beteiligten Personen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Das bedeutet, sich als Person auf die als Interview gerahmte Situation einzulassen, auf Offenheit und Vertrauen hinzuwirken und Sichtweisen im Gespräch mit Interesse und Respekt nachzugehen.

Die spezifischen Rollen der Interviewerin und der Interviewpartnerin sind durch Handlungspraxen bestimmt, die ebenfalls kommuniziert werden müssen: Die Interviewerin gestaltet den Rahmen des Interviews, steuert den Gesprächsverlauf und die Erhebung der Daten zur Beantwortung der Fragen des Projektes. Sie begegnet der Interviewpartnerin mit Wertschätzung, Respekt und Achtsamkeit. Die Interviewpartnerin ist Expertin für Fachlichkeit, Expertin für ihre Sichtweisen, Erfahrungen und Einschätzungen.

Kongruenz und Empathie fördern Kommunikationsprozesse und ermöglichen so auch mögliche Erkenntnisse im Forschen. In beruflichen Ausbildungen und Tätigkeiten habe ich Kongruenz, Wertschätzung und Empathie als personenzentrierte Grundvariablen im Beratungskonzept nach Carl Rogers kennen und schätzen gelernt. Die Interviewsituationen werden von mir als Forscherin in dieser Grundhaltung gestaltet.

3.2.6 Interviewpartnerinnen

Die Kriterien für das Sampling im Forschungsprojekt werden von den Interviewpartnerinnen erfüllt. Es wirken neun Hebammen oder Familienhebammen als Interviewpartnerinnen mit.

Ort der Berufsausübung

Die Interviewpartnerinnen leben in vier unterschiedlichen Bundesländern Deutschlands, die jeweils auf Landesebene auch Curricula für die Zusatzqualifikation Familienhebamme entwickelt haben: Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz. Von den Interviewpartnerinnen arbeiten vier in ländlichen Gemeinden, eine in einer mittelgroßen kreisfreien Stadt und vier in Großstädten.

Hebammentätigkeit

Zum Zeitpunkt der Interviews arbeiten alle Interviewpartnerinnen selbstständig als freiberufliche Hebammen. Zusätzlich sind vier der Interviewpartnerinnen als Familienhebammen qualifiziert und als solche auch angestellt oder auf Honorarbasis tätig. Eine der Interviewpartnerinnen arbeitet auch angestellt als Beleghebamme in einer Klinik. Keine der Interviewpartnerinnen ist zum Zeitpunkt des Interviews ausschließlich angestellt in einem Krankenhaus tätig.

Alle Interviewpartnerinnen verfügen über Berufserfahrung als Hebamme und sind unterschiedlich lange in diesem Beruf tätig. Die kürzeste Berufserfahrung als Hebamme liegt bei einem Jahr, die längste bei 37 Jahren. Zwei der Interviewpartnerinnen sehen sich als Berufsanfängerinnen, sieben haben jeweils über zwölf Jahre Berufserfahrung, davon vier über zwanzig Jahre, und sind damit als erfahrene Hebammen anzusehen. Folgende Tätigkeitsfelder des Hebammenberufs werden durch berufliche Erfahrungen einzelner Interviewpartnerinnen abgebildet: Schwangerenbetreuung und -vorsorge, ambulante und klinische Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Stillberatung sowie Leitung von Kursen zur Geburtsvorbereitung von Frauen und Paaren, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildung.

Alter und eigene Kinder

Die Interviewpartnerinnen sind unterschiedlich alt. Zum Zeitpunkt des Interviews ist die jüngste 25 Jahre, die älteste 58 Jahre alt. Drei der Interviewpartnerinnen sind zwischen 25 und 35 Jahre, fünf sind zwischen 45 und 50 Jahre und eine ist älter als 50 Jahre. Es ist davon auszugehen, dass die Interviewpartnerinnen sich altersbedingt in Bezug auf generationsspezifische Eigenschaften unterscheiden. Sieben der Interviewpartnerinnen haben selbst Kinder, davon sind zwei alleinerziehend. Die Kinder der Interviewpartnerinnen sind unterschiedlich alt, sind im Vor- oder Grundschulalter, bereits Jugendliche oder Erwachsene. Zwei Interviewpartnerinnen haben keine eigenen Kinder.

3.3 Auswertung der Interviews mit Hebammen

Für das Forschungsprojekt werden die Interviews, die geführt wurden, verschriftlicht. In Textform bilden sie das Material dieses empirischen Bausteins und werden ausgewertet.

3.3.1 Transkription der Interviews

Die einzelnen Interviews werden mit einem Audiogerät digital aufgezeichnet. Die Transkription erfolgt mit der Software f4 für Windows durch die Forscherin. Am Absatzbeginn werden jeweils Zeitmarken eingefügt, sodass eine Bezugnahme von Audioaufzeichnung und

Transkriptionstext möglich ist.

Die Transkription der Interviews erfolgt mit Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung qualitativer Materialien (vgl. Kuckartz 2012), die für die Anwendung in dem Forschungsprojekt geringfügig angepasst werden.

Die Interviewaufzeichnungen werden nach diesen Regeln von Mitte März bis Mitte Mai 2014 transkribiert. Die Transkription der ersten sechs Interviews erfolgt vor der Durchführung der weiteren Interviews. Nach einem ersten Durchgang der Transkription werden die Audioaufnahmen noch einmal abgehört und die Texte ergänzend überarbeitet, ehe sie den Interviewpartnerinnen zugeschickt werden.

3.3.2 Auswertung des Materials

Zur Auswertung des Materials wird im ersten Schritt ein Codesystem entwickelt, das an den inhaltlichen Aspekten des Leitfadens orientiert ist (vgl. Kuckartz 2012). Das Codesystem wird anschließend unter den Aspekten Transparenz und Schlüssigkeit in einer kollegialen Interpretationsgruppe vorgestellt und diskutiert.

Zu einzelnen thematischen Aspekten können sich die Interviewpartnerinnen im gesamten Gesprächsverlauf auch ohne direkten Bezug zu den Fragen des Gesprächsleitfadens geäußert haben. Äußerungen zu einem thematischen Aspekt des Leitfadens werden deshalb im gesamten Textmaterial codiert und können aus inhaltlichen Gründen mehreren Codes zugeordnet werden, wenn verschiedene Aspekte in einer Textsequenz erkennbar sind.

Das gesamte Textmaterial der neun Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen wird in einem ersten Durchgang codiert. Das Codesystem wird im Laufe der Codierung der Interviews um Sub Codes erweitert und am Material orientiert verändert.

Das Codesystem umfasst folgende Codes mit Sub Codes, die hier in Klammern dazu gesetzt sind: Beruf Hebamme (Beruflicher Werdegang, Berufswahl, Berufsfelder, Strukturen), Biografische Phase von Frauen rund um die Entscheidung zum Mutterwerden (Blick auf andere Frauen, eigene Erfahrungen, Veränderungen), Hebammenbegleitung (Alltag, positive und negative Erfahrungen), gesund leben lernen (Beschreibungen, Definitionen, eigene Umsetzung, geschlechtsspezifische Unterschiede), Grenzerfahrungen (Beschreibungen, Umgang, Spezifika von Hebamme und Familienhebamme), Qualitätsentwicklung (Voraussetzungen, Formate, Einschätzungen), Statements zum Abschluss (Neues, Wichtiges, zum Interview).

Nach der Codierung des gesamten Materials erfolgt für jedes Interview eine schriftliche Zusammenfassung, die im Aufbau den einzelnen Codes folgt. Im Anschluss daran werden inhaltliche Zusammenfassungen für einzelne Codes unter Einbeziehung des gesamten Materials erstellt. Die Zusammenfassungen sind sprachlich nahe am Material formuliert, ihre inhaltliche Strukturierung ist an den Themen der Interviews orientiert. So wird das Gesamtmaterial unter Fragestellungen des Forschungsprojektes thematisch geordnet und Sichtweisen bleiben in ihrer Vielfalt erhalten.

Die Codierung ist an Formulierungen des Materials orientiert. Im Folgenden wird auf einige Themen eingegangen, auf eine ausführliche Darstellung wird an dieser Stelle aufgrund der

Lesbarkeit des Textes verzichtet. Dargestellt werden hier Zusammenfassungen zum Beruf, zur biografischen Phase von Frauen rund ums Mutterwerden und zu „gesundleben lernen“.

Zum Beruf

Hebammen absolvieren nach ihrem Schulabschluss im Regelfall eine dreijährige Ausbildung an einer Hebammenschule, die an einem Krankenhaus angebunden ist. Für den Beginn einer Ausbildung als Hebamme ist Abitur nicht Voraussetzung. Die Hebammen des Samples haben alle die Hebammenausbildung abgeschlossen. Der Schulabschluss wird in dem Interview nicht direkt erfragt. Nicht alle Interviewpartnerinnen machen dazu im Verlauf des Interviews Angaben. Es ist jedoch erkennbar, dass die meisten Interviewpartnerinnen ihre Schulbildung mit Abitur abgeschlossen haben.

Das Bewerbungsverfahren für die Ausbildung als Hebamme ist aufwendig. Bewerbungen müssen einzeln an Hebammenschulen erfolgen, die jeweils eigene Bewerbungsverfahren haben. Auswahlverfahren münden in persönliche Vorstellungsgespräche, die mit Zu- oder Absagen enden. Es gibt immer deutlich mehr Bewerbungen bei den Schulen als Ausbildungsplätze vorhanden sind. Längerfristige Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz sind üblich. Alle Interviewpartnerinnen berichten von Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz und der Freude oder Überraschung, dann einen Platz bekommen zu haben. Unabhängig von der Zeit ihrer Ausbildung, deren Beginn Ende der 70er, in den 80er Jahren oder Ende des 00er Jahres liegt, ähneln sich ihre Schilderungen in Bezug auf Wartezeiten und Bewerbungsverfahren.

Die Zeit zwischen dem Schulabschluss und dem Beginn der Hebammenausbildung wird von den Interviewpartnerinnen unterschiedlich genutzt. Bis zum Beginn der Hebammenausbildung werden ein Soziales Jahr oder ein Studium begonnen, andere Ausbildungen abgeschlossen oder eigene Familien mit Kindern gegründet. Interesse am sozialen oder medizinischen Bereich spielt für die Berufswahl der Interviewpartnerinnen eine Rolle. Drei Interviewpartnerinnen haben vor der Hebammenausbildung bereits andere Ausbildungen abgeschlossen wie Krankenpflege, Arzthelferin, Studium der Sozialpädagogik. Drei Interviewpartnerinnen berichten in den Interviews von Familiengründungen und eigenen Kindern vor Beginn der Ausbildung als Hebamme. Die spezifische Situation von Ausbildung und Leben mit eigenen Kindern wird dann jeweils thematisiert.

Die Ausbildung als Hebamme findet im klinischen Setting statt. Die Interviewpartnerinnen bewerten die Situation in Kliniken kritisch. Die Berufswahl hat viel mit eigenen Erfahrungen zu tun, ausgelöst von Ereignissen, die Neugier und Interesse an diesem Beruf wecken, oder von Begegnungen mit einzelnen Frauen, die als eindrucksvoll erlebt werden. Das können Frauen sein, die Schwangerschaft und Geburt gerade selbst erlebt haben, oder Frauen, die bereits als Hebamme arbeiten und einen Eindruck vom Beruf vermitteln. Es geht um „Frauensachen“, Frauen werden als „Persönlichkeiten mit Ausstrahlung“ erlebt, der Beruf Hebamme wird „als intimster Beruf“ gekennzeichnet.

Einige Interviewpartnerinnen thematisieren im Zusammenhang mit der Berufswahl Vorstellungen und Erfahrungen, eigene Mutterschaft gut mit dem Beruf Hebamme verbinden zu können. Diese Interviewpartnerinnen planen oder haben bereits eigene Kinder bzw. haben sich Kinder gewünscht, auch wenn sich das im Verlauf des Lebens nicht realisiert hat. Geburtshilfe wird von den Interviewpartnerinnen als ein originäres und zentrales Aufgabenfeld von Hebammen gesehen. Aufgrund der Rahmenbedingungen wird das Aufgabenfeld Geburtshilfe im Verlauf der

Berufstätigkeit von Interviewpartnerinnen jedoch aufgegeben. Ein Bedauern darüber schwingt in einigen Schilderungen mit. Eine Interviewpartnerin, die auch Erfahrung mit Hausgeburtschilfe hat, beschreibt Geburtshilfe als eine „Herzensangelegenheit“, die ein Engagement erfordert, das auf Dauer anstrengt und auch finanziell immer schwieriger wird.

Alle Interviewpartnerinnen arbeiten zum Zeitpunkt des Interviews nicht oder nicht mehr in der Hausgeburtschilfe. Ihre aktuellen Tätigkeitsfelder sind Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung und Nachsorge. Eine Interviewpartnerin arbeitet zusätzlich als Beleghebamme im klinischen Bereich, das heißt, sie übt Geburtshilfe im Kreißsaal eines Krankenhauses aus. Es werden auch andere Tätigkeiten geschildert, die den Ursprungsberuf als Hebamme aktuell ergänzen, um die finanzielle Situation als freiberuflich tätige Hebamme abzufedern und zu stabilisieren. Beispiele dafür sind zusätzliche Tätigkeiten als angestellt arbeitende Familienhebamme oder als Dozentin auf Honorarbasis in der Pflegeausbildung.

Die Interviewpartnerinnen bewerten die Arbeitssituation in den jeweiligen Kliniken für sich als unzureichend, als Beispiel für eine Einschätzung dieses Kontextes: „das ist keine Geburtshilfe für mich“. Sie suchen nach Lösungen für diesen Konflikt und ziehen daraus berufliche Konsequenzen. Das kann zu einem Arbeitsplatzwechsel führen. Es werden Tätigkeiten in anderen Kliniken aufgenommen, in denen konzeptionell anders gearbeitet wird wie zum Beispiel mit Belegsystem, Bezugsbetreuung oder in einem kleineren Haus als erneuter Versuch, berufliche Vorstellungen und klinische Alltagsrealität anzunähern. Eine andere Variante ist der Wechsel in die Selbstständigkeit als freiberuflich tätige Hebamme, auch mit ergänzenden Anstellungen als Beleghebamme oder Familienhebamme. Der Wechsel in eine freiberufliche Berufsausübung erfolgt bei einzelnen Interviewpartnerinnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, direkt nach der Ausbildung oder im Anschluss an Berufstätigkeit im klinischen Bereich. Einen eigenständigen Arbeitsbereich zu haben, selbstständig arbeiten zu können, ist ein vorrangiges Motiv sowohl für die Berufswahl als auch für die Berufsausübung als Hebamme.

Die beruflichen Werdegänge der Interviewpartnerinnen weisen auf Spannungsfelder und Gestaltungsspielräume von Frauen in der Ausbalancierung zwischen privater Lebensführung und Beruf hin. Eigene Kinder, Partnerschaften oder Trennungen bestimmen den individuellen Rahmen, in dem Formen der Berufstätigkeit dann bewegt werden. Die Schwerpunktsetzung im Beruf und der individuelle Arbeitsumfang werden der jeweiligen Lebenssituation angepasst. Die Wahl des Lebensortes ist von privat begründeten Entscheidungen abhängig. Daraus resultierende Veränderungen im Beruf werden in Kauf genommen und akzeptiert. Es gibt berufliche Ein- und Ausstiege. Die fachlichen Anforderungen als Hebamme werden so eingeschätzt, dass eine Berufsausübung als Hebamme lebensbegleitend grundsätzlich möglich ist und mit Fortbildungen und anderen Informationen auf dem fachlichen Stand gehalten werden kann.

Drei Interviewpartnerinnen haben auf die Ausbildung als Hebamme später eine mehrjährige Weiterqualifikation aufgesetzt. Zwei haben die Weiterqualifikation abgeschlossen, als Lehrhebamme oder mit einem Bachelor-Abschluss in Soziologie, eine führt ein begonnenes Studium noch fort.

Der gewählte Hebammenberuf wird von den Interviewpartnerinnen grundsätzlich geschätzt als „erfüllende“, herausfordernde und interessante Arbeit, die Persönlichkeit und Engagement erfordert. Die Rahmenbedingungen werden als schlecht und sich verschlechternd

eingeschätzt. Es wird von Berufspausen oder beruflichen Umorientierungen berichtet, die mit beruflicher Überforderung oder somatischen Beschwerden begründet werden. Änderungen der Schwerpunktsetzung in der Berufstätigkeit ermöglichen dann die Weiterarbeit als Hebamme und ein Verbleiben im Wahlberuf.

Die Frage nach positiven und negativen Erfahrungen im Beruf richtet sich direkt auf Situationen und Erfahrungen, die den Interviewpartnerinnen aktuell dazu einfallen. Die Reaktion der Interviewpartnerinnen auf diese Frage ist unterschiedlich. Einige beginnen mit positiven Erfahrungen, andere mit negativen. Die Schilderung einer positiven oder negativen Erfahrung erfolgt manchmal erst auf erneute Nachfrage der Interviewerin. Es wird zwischen Erfahrungen als Hebamme und als Familienhebamme unterschieden, die Länge und Differenziertheit der Schilderungen zu positiven und negativen Erfahrungen variieren.

Zur biografischen Phase von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt

Die Interviewpartnerinnen schildern, wie sie Frauen in dieser Phase erleben, wie sie sich selbst erlebt haben. Die Lebensphase ist „vergleichbar mit einem Film: intuitiv, beeindruckend und voller Gefühle“. Es ist eine „sehr labile, empfindliche Phase von Frauen“. Der Übergang in die Elternschaft ist ein „Umsturz im Leben“, eine Lebensumbruchphase, eine Umbruchszeit, eine Wechselzeit, in der die Verantwortung für sich allein übergeht in ein verantwortlich Sein für einen anderen Menschen. Es ist ein wichtiger Punkt im Leben, die prägendste Zeit im Erwachsenenleben und ein Reifungsprozess, als Frau langsam zur Mutter zu werden.“ Veränderungen beziehen sich auch auf den beruflichen Bereich der Frauen und bedeuten eine „Umorientierung der Person mit einem starken Entwicklungsaspekt“. Dieser Prozess ist häufig von „Dünnhäutigkeit“, Durchlässigkeit und Verletzlichkeit der Frauen begleitet und mit starker Verunsicherung und dem „Bedürfnis nach Orientierung“ verbunden. Es ist eine „bewegte Zeit“. Es werden Entwicklungsmöglichkeiten, Wahrnehmung von hohen und widersprüchlichen Erwartungen, Zwiespalt und bestimmender Druck, unerfüllte Kinderwünsche und Rahmenbedingungen für Elternschaft ebenso thematisiert wie weiblicher Körper, schwankende Gefühle und Wünsche nach Schutz und Sicherheit.

Die Interviewpartnerinnen haben eigene Erfahrungen mit dieser Lebensphase. Die Zusammenfassung bleibt hier auf der Ebene der einzelnen Interviewpartnerin, um Zusammenhänge von Sichtweisen und Zeitbezüge Raum zu geben, ohne sie generativ auszuwerten.

Interviewpartnerin geboren Mitte der 50er Jahre

Eine funktionierende Partnerschaft war die Voraussetzung für eigene Kinder. Sie hatte nicht die Vorstellung, bewusst allein ein Kind groß ziehen zu wollen. Beruf und Leben mit Kindern gut zu verbinden war manchmal schwierig, hat aber geklappt, auch wenn nicht alle Vorstellungen in Erfüllung gegangen sind. Familiären Vorstellungen von Erziehung und gesellschaftlichem Druck kann man sich nicht versagen. Früher hatten Kinder zu gehorchen und keine Widerworte zu geben. Man hat einfach Kinder gekriegt, ohne sich den Kopf zu machen. Sie hat in ihrer Partnerschaft Verschiedenes umgesetzt, und es war schwierig. Bei den ersten Kindern hat sie berufliche Pausen gemacht, später war sie berufstätig und ihr Mann war wegen der Kinder eine Zeit zuhause. Der permanente berufliche Kontakt zu jungen Frauen hat sie offen werden lassen für Verände-

rungen und wirkt sich auf ihre heutigen Sichtweisen aus. Sie kann das im Alltag als Mutter und Großmutter nutzen, sie ist da so reingewachsen.

Interviewpartnerin geboren in der zweiten Hälfte der 60er Jahre

Die Zeit wird von ihr als schönste Zeit beschrieben, erfüllt von Glücksgefühlen und Selbstzweifeln. Die erste und zweite Schwangerschaft wird unterschiedlich erlebt. Eine berufliche Umorientierung und die Erfüllung des Kinderwunsches waren vereinbar. Es wird als wunderbar bewertet, dass das zweite Kind nicht den Berufswunsch verhindert hat. Es hat sich gefügt und passte einfach. Als positives Gefühl wird benannt, einem Menschen einen Herbergsort im eigenen Körper anbieten zu können. Sie sieht sich als flexibel und bereit, Veränderungen zu integrieren und als Chance oder Angebot zu sehen. Sie bewertet diese Veränderungen als positiv und toll, weil was Neues kommt.

Interviewpartnerin geboren in der zweiten Hälfte der 60er Jahre

Es gibt eine enge Verbindung zwischen den eigenen Lebenserfahrungen und den Lebenssituationen von Frauen, mit denen sie beruflich Kontakt hat. Sie hat sich schon als Kind eigene Kinder gewünscht, hat einen Partner gewählt, mit dem von Anfang an Einigkeit darüber bestand, wann die geeignete Zeit für die Familiengründung ist und wie sich ein Leben mit mehreren Kindern gestalten wird. Dieses gemeinsame Lebenskonzept hat sich als stimmig erwiesen sowohl in der Partnerschaft als auch für sie als Mutter mit dem Beruf Hebamme. Sie hatte keine Angst, durch eigene Kinder beruflich etwas zu verpassen, für sie war es richtig, Zeiten wegen der Kinder zuhause zu bleiben. Ein dörflicher Lebensraum der Familie mit persönlich gestaltbaren Nachbarschaftsstrukturen und eine auskömmliche Berufstätigkeit des Mannes haben das unterstützt. Sie konnte ihre Mütterlichkeit im Beruf der Hebamme professionalisieren. Sie würde es wieder so machen und hat den Wunsch, dass Frauen sich unterschiedliche Lebenskonzepte untereinander zugestehen können.

Interviewpartnerin geboren in der zweiten Hälfte der 60er Jahre

Sie hat selbst keine Kinder und wäre eine Frau gewesen, die eher zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben ein Kind geplant hätte, weil sie sich als noch nicht reif dafür eingeschätzt hat und ein geeigneter Partner für sie eine wichtige Voraussetzung war, um nicht alleinerziehend zu sein. Sie sieht für sich eine Altersgrenze bis 40 Jahre für die Realisierung von Kinderwünschen. Sie spricht eine mögliche Reaktion auf „schwanger sein“ an mit erstem Schreck und Wandlung in eine Annahme der Situation und des Kindes. Sie schildert ihren Umgang mit Verlust von Schwangerschaften durch Abgang der Kinder und ihre unterschiedlichen Reaktionen mit Erleichterung bei einer unpassenden Schwangerschaft oder mit Traurigkeit, als es zu einem späteren Zeitpunkt ein Wunsch war, ein Kind zu bekommen. Die Erfüllung eines Kinderwunsches durch Adoption oder künstliche Befruchtung wäre für sie und ihren Partner keine Option gewesen. Natürlichkeit ist in diesem Zusammenhang ihre Lebenseinstellung, ihre persönliche Haltung. Beruflich kann sie aufgrund ihres Alters inzwischen einen „Großmutterstatus“ nutzen.

Interviewpartnerin geboren in der zweiten Hälfte der 60er Jahre

Der Blick der Interviewpartnerin ist retrospektiv. Sie ist in ihre Schwangerschaften reingestolpert und bewertet sie heute als deutlichen Entwicklungsschritt aus der Ursprungsfamilie in eine eigene Familie. Dies war eine Hilfestellung bei der Entwicklung anderer Perspektiven, die ihr eine berufliche Orientierung ermöglicht haben. Die Situation ihrer eigenen bereits erwachsenen Kinder sieht sie anders. Ihre Kinder sind heute älter, als sie bei ihrer ersten Schwangerschaft war, und machen sich viele Gedanken, wie sie leben möchten, sie gehen bewusster mit der Situation um und ihnen sind ganz andere Dinge selbstverständlich. Als sie sich mit zwei kleinen Kindern auf einen Ausbildungsplatz als Hebamme beworben hat, war sie eine Exotin. Im Vergleich zu damals nimmt sie heute viele Veränderungen wahr, was sie schön findet.

Interviewpartnerin geboren in der zweiten Hälfte der 60er Jahre

Sie hat selbst auch Verunsicherung durch Vorsorgeuntersuchungen und positive Begleitung durch Hebammen erlebt. Sie hatte den Wunsch, eine „glückliche Schwangere“ zu sein, die stolz mit ihrem Bauch rumläuft. Das reale Erleben dieser Zeiten ist dann von körperlichen Beschwerden geprägt. Sie berichtet von ihren Schwangerschaften als unglückliche Zeiten. Die erste Geburt ist eine unglaubliche Erfahrung dafür, was bedingungslose Liebe bedeutet. Sie beschreibt diese Geburt als tollste Erfahrung ihres Lebens. Beim zweiten Kind erlebt sie einen Notkaiserschnitt, eine Erfahrung, die ihre berufliche Haltung als Hebamme nachhaltig prägt. Das dritte Kind ist ein Schreikind und sie lernt die Grenzen ihrer Belastbarkeit kennen. Schöne Erinnerungen hat sie an die Wochenbetten. Sie hat gern gestillt. Die Kinder empfindet sie als „größte Geschenke“ ihres Lebens, durch die realen Erfahrungen ist sie in die „Demut“ gekommen. Sie schildert, dass sie beim ersten Kind jung war, zu unreif und zu unbedarft, um sich Gedanken über Finanzen und Babyausstattung zu machen. Sie ist einfach schwanger geworden, weil sie verliebt war. Sie war in der Ausbildung, die Schwangerschaft war nicht geplant. Sie hat es als Abenteuer gesehen, ist es intuitiv angegangen, ist ins Wasser gesprungen. Es ist passiert und war richtig. Danach war klar, dass Kinder zu ihrem Leben gehören, als etwas völlig Selbstverständliches. Die späteren Schwangerschaften waren dann eher Entscheidungen.

Interviewpartnerin geboren in den Ende der 70er Jahre

Sie kann eigene Erfahrungen weitergeben. Sie ist selbst jung Mutter geworden und hat sich im Vorfeld um „frische“ Informationen bemüht, die sie nicht von ihrer Mutter bekommen konnte. Die Hebammenbegleitung war beim ersten Kind eher unglücklich, so dass sie sich durchgewurschtelt hat. Sie hatte die Erwartung an sich, eine „gute Mutter“ zu sein, weil sie doch aufgrund ihres Berufes hätte wissen müssen, wie es funktioniert. Es gab zu Erziehungsfragen Kämpfe in der Familie, wozu sie sich mit ihrem Mann dann gemeinsam abgrenzend positioniert hat. Nach der Geburt hat sie schnell wieder angefangen zu studieren. Beim zweiten Kind war sie viel gelassener, konnte ihre Wünsche in der Vorsorge eindeutig formulieren, wurde durch eine Hebamme gut begleitet und konnte sich nach der Geburt gut auf das Kind einlassen in dem Wissen, dass es eine vorübergehende Phase ist, in der das Kind so viel Raum fordert. Sie hat sich beim zweiten Kind eine Findungsphase gegönnt und diese auch genießen können. Die persönlichen Erfahrungen

gen werden für die Berufstätigkeit als Hebamme geschätzt und als fruchtbar angesehen.

Interviewpartnerin geboren in der zweiten Hälfte der 80er Jahre

Die „Hebammerei“ hat sie nicht abgehalten, selbst aktuell schwanger zu werden. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews in der frühen Phase ihrer ersten Schwangerschaft. Die eigene Schwangerschaft macht sie sehr empathisch für andere Schwangere, sie kann sich gut vorstellen, wie anstrengend das alles ist. Sie findet es „total toll“ und „ist tiefenentspannt“, ist aber auch in Sorge, da sie weiß, was alles passieren kann. Es gibt Vor- und Nachteile für sie. Sie wird immer wieder aus der Bahn geworfen und „muss sich wieder reinbringen“, sie versucht sich zu distanzieren und ist erstaunt, dass es auch sie selbst betrifft, was sie vorher anderen erzählt hat. Es kommt viel von außen. Sie hat Ängste und ist mit Fragen beschäftigt: Wie verhalte ich mich richtig? Bekomme ich ein gesundes Kind?

Interviewpartnerin geboren Ende der 80er Jahre

Sie ist als Schülerin schwanger geworden und hat die Schwangerschaft als sehr anstrengend erlebt. Sie hatte die Vorstellung, dass es einfacher wird, wenn das Kind da ist. Ihre Erwartung war, dass es läuft, dass alles funktioniert. Die Realität war anders. Es war ein riesiger Haufen von Dingen zu bewältigen, viele Aspekte haben sich überlagert. Sie hatte die Vorstellung, „das Kind läuft so nebenbei“. Sie konnte sich wenig Hilfe holen für die erforderlichen Schritte auf den unterschiedlichen Ebenen: Kind, Schule, Beziehung zum Partner, Beziehung zu den eigenen Eltern. Vielleicht hätte es leichtere Varianten der Bewältigung dieser Ausgangssituation gegeben. Im Rückblick sieht sie ihre persönliche Entwicklung positiv. Sie ist schwanger geworden zu einer Zeit, in der sie selbst noch erwachsen werden wollte und nicht darauf eingestellt war, dass da noch jemand anderes mit Bedürfnissen ist. Das hat sie in ein großes Tief geführt. Sie ist dann gewachsen an der Beziehung zu ihrem Kind, sie ist „biegsamer“ geworden und kann sich leichter auf Menschen einlassen und sich verändern lassen. Die Gesamtsituation hat sich entflochten, es ist auf den verschiedenen Ebenen weiter vorangegangen. Sie hat Schule und Ausbildung abgeschlossen, lebt alleinerziehend mit ihrem Kind und ist heute ziemlich glücklich. Sie bewertet die persönlichen Erfahrungen als sehr hilfreich für ihren Beruf. Sie sieht die enge Verbindung zwischen ihren eigenen Erfahrungen und den Situationen, die sie beruflich erlebt, und bemüht sich, das nicht in einen Topf zu werfen, auf Trennung zu achten. Sie schätzt sich als sensibel und achtsam im Umgang mit den Frauen ein, die sie begleitet.

Zu „gesund leben lernen“ und zum Abschluss des Interviews

Dieser Themenkomplex bezieht sich auf Fragestellungen, die für das Forschungsprojekt zentral sind. Es wird gefragt, wie „gesund leben“ von den Interviewpartnerinnen beschrieben werden kann, wie es verstanden wird, wie sie selbst gesund leben, wie „gesund leben“ gelernt wird, wie sie als Hebammen dies vermitteln und welche Spezifika es dabei für sie möglicherweise im Umgang mit Frauen und Männern gibt. In den Interviews wurde dieses Bündel von Fragen zu dem Themenkomplex zusammen eingebracht. Es blieb der jeweiligen Interviewpartnerin überlassen, mit welchem Aspekt sie einsteigt, ob sie zu allen Aspekten etwas sagt. In einzelnen Interviews wird im Verlauf dieser Passage von der Interviewerin zu körperbezogenen Erfahrungen von

Frauen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und einer möglichen Bedeutung für „gesund leben lernen“ nachgefragt. Im Material sind vielfältige Anknüpfungspunkte für dieses Thema enthalten.

Am Ende des Interviews wird nach einer Rückmeldung zur Situation des Interviews sowie zu Aspekten gefragt, die die Interviewpartnerinnen noch einmal hervorheben möchten. Es wird um eine Art Schlusswort der Interviewpartnerin gebeten. In acht Interviews wird eine Rückmeldung zur Interviewsituation gegeben. Die Rückmeldungen sind positiv und jeweils aus dem Gesprächsverlauf nachvollziehbar. In einem Interview wird dieser Aspekt von der Interviewpartnerin nicht aufgegriffen. Es erfolgt auch keine Nachfrage dazu. Sieben Interviewpartnerinnen sprechen an dieser Stelle thematische Aspekte an, zwei Interviewpartnerinnen nutzen diese Möglichkeit nicht. Die Palette der thematischen Aspekte differiert. In zwei Statements kommen hier neue inhaltliche Aspekte zur Sprache, die im Verlauf des jeweiligen Interviews bis dahin nicht ausgeführt wurden.

3.4 Erkenntnisse aus der Auswertung des Materials

Nach der Codierung des gesamten Materials mit inhaltsanalytischer Orientierung und nahem Bezug zum Material rücken Forschungsfragen, Standortgebundenheit der Forscherin und Erkenntnisse aus dem Forschungsprozess in den Fokus der Auswertung.

3.4.1 Die Interviewpartnerinnen stellen sich als Expertinnen vor

Die Interviewpartnerinnen leben individuelle Lebensentwürfe mit und ohne Partner und schildern unterschiedliche berufliche Biografien als Hebammen. Doch es gibt Gemeinsamkeiten:

Sie interessieren sich schon vor Beginn der Ausbildung als Hebamme für den sozialen oder gesundheitlichen Bereich.

Eigene Kinder sind für sie grundsätzlich eine Option in ihrem persönlichen Lebensentwurf.

Als Initiation für ihre Berufswahl als Hebamme schildern sie Begegnungen mit anderen Frauen.

Nach der Ausbildung entscheiden sie sich für den Beruf Hebamme.

Sie bewerten ihre beruflichen Erfahrungen als Hebamme im klinischen Kontext kritisch.

Sie sehen Gestaltungsspielräume für eine Ausbalancierung von individuellem Lebensentwurf und ihrem Beruf als Hebamme und nutzen dies immer wieder neu. Sie variieren die Schwerpunktsetzung ihrer Tätigkeiten im Berufsfeld Hebamme, um Passungen an ihre individuellen Lebenssituationen und Lebensentwürfe zu realisieren.

Sie sind aktuell im ambulanten Bereich als Hebammen tätig und stabilisieren mit zusätzlichen anderen beruflichen Tätigkeiten die organisatorische und finanzielle Tragfähigkeit ihrer Lebenssituation.

Sie engagieren sich für ihren Beruf als Hebamme.

3.4.2 Die Interviewpartnerinnen stellen den Beruf Hebamme vor

Die beruflichen Werdegänge der Interviewpartnerinnen, soweit sie aus dem Material erkennbar sind, geben Hinweise auf mögliche Verlaufsmuster (vgl. Materialband Kapitel 3.7), ein Aspekt, der in der Beschäftigung mit dem Material festzuhalten ist, auch wenn dies im Rahmen des Forschungsprojektes nicht weitergeführt wird.

Dem Hebammenberuf geht eine Ausbildung voraus, auf die man warten muss, für die es wenige Plätze gibt, für die man ausgewählt wird. Der Ausbildungsplatz wird von den Interviewpartnerinnen als Glück und Freude erlebt.

Die Ausbildung findet im klinischen Setting statt. Dort gibt es standardisierte Abläufe, Weisungsbefugnisse, neben normalen Geburten auch „extreme Sachen“. Der Kreißaal ist hierarchisch organisiert mit Kreißaal-Hebammen, Ärzt_innen und Hebammenschülerinnen. Die Tätigkeiten als Hebamme erhalten hier eine medizin-orientierte Prägung, die in der späteren Berufstätigkeit als „fertige“ Hebamme weiter wirkt insbesondere im Bereich der klinischen oder ambulanten Geburtshilfe oder in der Zusammenarbeit mit Kliniken und Ärzt_innen.

Der Beruf als Hebamme wird von den Interviewpartnerinnen als schlecht bezahlt bewertet. Trotz hohem Arbeitseinsatz ist eine eigene Existenzsicherung insbesondere im Zusammenleben mit Kindern oft nicht zu realisieren. Dies wird als mangelnde gesellschaftliche Anerkennung des Berufs gewertet.

Die Vereinbarkeit des Berufs mit eigenen Kindern ist möglich, führt aber immer wieder zu Schwierigkeiten, die gelöst werden müssen.

Im ambulanten Bereich wird der Zeitdruck als hoch empfunden. Die Interviewpartnerinnen bewerten auch die Versorgungsstrukturen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die für die begleiteten Familien eine Rolle spielen, als schwierig.

Hebammen begegnen sehr unterschiedlichen Menschen und Lebenssituationen in ihrer beruflichen Tätigkeit. Individualität und Beziehung spielen eine wesentliche Rolle, gegenseitige Erwartungen sind im Kontakt zu verhandeln. Respekt und grundlegende Wertschätzung werden als wichtige Elemente einer beruflichen Haltung gesehen.

Bei der Begleitung als Hebamme geht es darum, Frauen das Mutter-Werden zu ermöglichen und in ein Handling des Mutter-Seins einzuführen. Es gilt die Vorstellungen und Wünsche der Frauen zu verstehen, zuzuhören, Sicherheit und Eigenkompetenz zu fördern, Selbstvertrauen zu stärken, Alternativen aufzuzeigen, dabei aber die Verantwortung bei den Frauen zu lassen.

Hebammen bringen dazu einen medizinischen Blick mit, haben Fachwissen zu Schwangerschaft, Geburt, Stillen und Umgang mit dem neugeborenen Kind. Sie stehen den Frauen mit Verbindlichkeit und ausreichender Zeit beratend zur Seite. Als Familienhebammen achten sie dabei insbesondere Situationen, in denen die Mutter überfordert ist oder sich überfordert fühlt. Dann bieten sie an, mit ihr Ressourcen erschließen.

Hebammen begegnen dabei alten Vorstellungen und Mustern, die über Generationen weitergegeben werden. In der heutigen Zeit gibt es vielfältige Informationen, die individuell zu bewerten sind, was sich schwierig gestaltet und zu Unsicherheiten führt. Die Beratung durch eine Hebamme kann hier entlastend wirken. Nicht alle Probleme sind lösbar. Die Interviewpartnerinnen sehen sich als Fachfrauen für die Frauen und möchten in dieser Professionalität auch von den Frauen wahrgenommen werden.

Die Interviewpartnerinnen bewerten in ihrer aktuellen beruflichen Situation positiv, dass sie die „Freude am Nestbau“, Veränderungen und Wachstum bei den Frauen und den Familien miterleben können, dass ihnen mit Offenheit und „Vertrauensvorschub“ begegnet wird, dass die Frauen ihnen Freude, Dankbarkeit und Wertschätzung entgegenbringen, dass sie selbst Wirkungen wahrnehmen und ihre berufliche Tätigkeit als sinnhaft empfinden. Als Familienhebamme erleben sie auch positive Überraschungen und wertschätzen das Vertrauen der Familien besonders.

Die Interviewpartnerinnen bewerten in ihrer aktuellen beruflichen Situation als negative Erfahrungen, wenn es um Pathologien, Tod oder In-Obhut-Nahme des Kindes geht, wenn unlösbare Familiensituationen und die dahinter stehenden gesellschaftlichen Bedingungen sichtbar werden, wenn in der Klinik unzureichend auf das Stillen vorbereitet wird und das Auswirkungen auf die Nachsorge hat, wenn die Erwartung besteht, dass die Hebamme etwas „heilen“ soll, was die Frau selbst in Ordnung bringen muss, „wenn Frauen schwer annehmen können“, wenn Zeitgrenzen zu Konflikten führen. Als Familienhebamme spielen auch Konflikte mit dem Helfersystem eine Rolle.

Die im beruflichen Alltag als notwendig empfundene Abgrenzung ist eine stetige Herausforderung, aber auch eine Chance, berufliche Fähigkeiten zu entwickeln. Die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung des Hebammenberufes und die unzureichende Finanzierung, die trotz großem Arbeitseinsatz und zeitlicher Belastung nicht ausreicht, um den eigenständigen Lebensunterhalt zu sichern, werden als negative Erfahrungen bewertet.

Die Interviewpartnerinnen weisen darauf hin, dass Grenzerfahrungen in ihrer Berufstätigkeit eher selten sind, und dass Berufserfahrung bewirkt, dass weniger Grenzerfahrungen im Beruf stattfinden. Grenzerfahrungen mit „wirklich schlimmen Sachen“ werden auf der einen Seite eher unspezifisch verstanden, wo als Situationen in denen man keine Kontrolle mehr hat. Auf der anderen Seite werden Konflikte konkret benannt als Konflikte mit Ärzten in der Klinik. Hebammen haben eine Einschätzung der Situation, Entscheidungen liegen jedoch bei den weisungsbefugten Ärzten der Klinik. Auch hier klingt neben einem Machtaspekt der Krankenhaushierarchie der Aspekt des Kontrollverlustes als Hebamme bei ihrer Berufstätigkeit an. Als Familienhebamme werden Grenzen gesehen, wenn Familien nicht kooperieren, wenn das Angebot von den Familien nicht verstanden wird oder wenn sehr schlechte Lebensbedingungen und „grauenhafte Biografien“ sichtbar werden. Auch diese Situationen sind gekennzeichnet von mangelnden Kontrollmöglichkeiten und Ohnmachtsgefühlen.

Als besondere Grenzerfahrungen werden Depressionen oder Psychosen der Mutter mit Suizidgefahr hervorgehoben. Lebensbedrohliche Erkrankungen oder Tod von Mutter oder Kind gehören ebenso dazu wie Fehlgeburten oder Situationen in der Hausgeburtsilfe, wenn die Geburt nicht weiter geht. Beim Stillen die Auswirkungen auf die Frauen in der Nachsorge zu erleben, weil die Vorbereitung im Krankenhaus unzureichend war, wird als Grenzerfahrung bewertet, die Gefühle hervorruft. Auch die Begleitung „stark saugender Frauen“ wird als an Grenzen führend wahrgenommen. Arbeitsüberlastungen, Arbeiten ohne Pause und ohne Freizeit, an das Ende der eigenen Möglichkeiten zu kommen, zu merken, dass man nicht mehr kann, dass die persönliche Belastungsgrenze erreicht ist, wird in den Schilderungen als Grenzerfahrung sichtbar.

Die Interviewpartnerinnen sehen in Akzeptanz eine Voraussetzung, mit Grenzsituationen umzugehen. Man muss sich zurücknehmen, es gibt Gründe, die man akzeptieren muss. Bei psy-

chischen Erkrankungen kann es vorkommen, dass die Mutter nicht mehr erreicht wird, auch wenn andere Helfer mit einbezogen werden. Da ist es schwer, etwas so stehen zu lassen, es ist auch schwer, anderen zu vermitteln, dass es in einer scheinbar planbaren modernen Welt Unglück und Unwägbarkeiten gibt, die Grenzen deutlich werden lassen und zu Krisen führen können.

Hebammen sind Menschen, sie haben in solchen Situationen Gefühle wie Ärger, Zweifel, Trauer, Mitleid. Sie erleben Hilflosigkeit und haben Allmachts- oder Ohnmachtsphantasien. In der Folge können auch Zweifel auftreten, ob Hebamme überhaupt der „richtige“ Beruf ist.

Berufliche Erfahrung und Wissen helfen über Krisen hinweg, ermöglichen, zwischen vorübergehenden Stimmungseinfärbungen und weitreichenden psychischen Störungen von Frauen unterscheiden zu lernen, und geben Sicherheit für das berufliche Handeln. Hier werden Beispiele genannt wie fachliche Leitlinien für die ambulante Geburtshilfe oder Erfahrungen mit Tod in anderen beruflichen und privaten Zusammenhängen.

Unterstützend für den Umgang mit Grenzerfahrungen wird der Austausch und die Reflexion mit Kolleginnen, wachsende Berufs- und Lebenserfahrung, Kenntnis über Möglichkeiten und Grenzen die eigene Qualifikation, das Hinzuziehen anderer Berufsgruppen und die gegenseitige Kommunikation von Grenzen sowie ein „Gefühl für den richtigen Zeitpunkt“ gesehen. Ein stabilisierendes persönliches Umfeld mit Partnerschaft und Freundeskreis wird von den Interviewpartnerinnen in diesem Zusammenhang ebenso wertgeschätzt wie die Fähigkeit zur Selbstreflexion, funktionierende Zusammenarbeit im beruflichen Alltag mit anderen oder im Team sowie Verbandsarbeit als Hebamme.

3.4.3 Biografische Phase von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt

Im Folgenden wird zusammengefasst, wie die Interviewpartnerinnen diese spezifische Lebensphase von Frauen beschreiben und erleben.

Die Interviewpartnerinnen beschreiben die Phase:

Diese Lebensphase ist eine bewegte Zeit, beeindruckend, voller Gefühle. Es geht um einen Übergang, einen Wechsel zur Verantwortung für einen anderen Menschen. Es erfolgt eine Umorientierung im Beruf und als Person. Frauen sind in der Schwangerschaft dünnhäutig, durchlässig und verletzlich, sie sind labil und empfindsam, stark verunsichert und suchen sich zu orientieren.

Die Interviewpartnerinnen sehen Möglichkeiten und Wünsche der Frauen:

Frauen haben grundsätzlich Potential und Ressourcen zur Reproduktion von Leben. Sie machen eigentlich alles richtig, sind aber verunsichert und brauchen Bestätigung. Sie sind guter Hoffnung, wünschen sich ein gesundes Kind und wollen eine gute Mutter sein.

Die Interviewpartnerinnen erleben hohe und widersprüchliche Erwartungen:

Schwangerschaft und Geburt müssen ideal und perfekt sein. Unerfüllte Kinderwünsche werden für die Partnerschaft als problematisch eingeschätzt. Vorstellungen der Frauen zum Mutter-Sein sind an oft unerfüllbaren und widersprüchlichen Normen orientiert. Eigene Mütter, die Familie, die Gesellschaft setzen hier zwar Maßstäbe. Realistische Vorbilder fehlen jedoch, die Suche nach dem Eigenen macht ratlos. Frauen fühlen sich unverstanden und suchen Bestätigung

durch andere. Erwartungen an Frauen von außen sind: sich nicht abhängig von anderen Meinungen machen, selbstsicher sein, entspannt und locker in die Geburt gehen, das Kind perfekt verstehen, die Zeit genießen, schnell in den Beruf zurückkehren. In dieser Lebensphase ist die Alltagserfahrung von Frauen bestimmt von unübersichtlicher Informationsflut, eigener Verunsicherung, körperlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden, wenig Schlaf, Stress sowie Druck, die neue Situation gut zu schaffen und ein gesundes, kluges Kind zu haben. Die Rahmenbedingungen für eine Schwangerschaft müssen stimmen. Frauen haben Zukunftsängste. Sicherheit in unsicheren Zeiten wird von Frauen geschätzt. Sie beschäftigen sich mit Nestbau und suchen ökonomische Absicherung in der Partnerschaft. In dieser Lebensphase besteht eine Offenheit, das Leben noch einmal zu überdenken. Die Frauen sind heute oft älter und haben mehr berufliche Erfahrung, ehe sie schwanger werden. Mit dem eigenen Älterwerden kommt die biologische Uhr ins Spiel. Die Entscheidung für eine Schwangerschaft wird als Druck empfunden, da die Uhr tickt. Der Kopf ist durch Ausbildung und Beruf trainiert, das Bauchgefühl für Schwangerschaft und Geburt muss sich entwickeln.

Körper und Gefühle der Frauen verändern sich:

Der Körper verändert sich durch Schwangerschaft und Geburt. Frauen nehmen ihren Körper unter dem Aspekt Normalität und Standardisierung wahr. Frauen entwickeln durch Schwangerschaft und Geburt ein anderes Verhältnis zu ihrem Körper. Durch eine Schwangerschaft erfährt körperliches Empfinden einen Umbruch. Bei der Geburt geht es um ein starkes körperliches Empfinden. Nach der Geburt ist der Körper im Fluss, wie Hinweise auf Wochenfluss und Milchstau als Beispiele zeigen. Es können körperliche Beeinträchtigungen und Beschwerden sowie Schmerzen bei Schwangerschaft und Geburt auftreten. Die Stimmung ist schwankend in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Extreme Glücksgefühle wechseln mit Sorge und Hilflosigkeit. Es entstehen Wünsche nach Schutz und Geborgenheit. Das Gefühl dafür, was als richtig empfunden wird, wird unscharf. Partnerschaften und Beziehungen erfahren emotionale Belastungsproben.

Die Interviewpartnerinnen schildern eigene Erfahrungen mit der Lebensphase:

Eigene Mutterschaft ist nur in einer Partnerschaft vorstellbar, im Laufe der Ehe werden verschiedene Modelle von Familie und Beruf gemeinsam ausprobiert.

Schönste Zeit, erfüllt von Glücksgefühlen und Selbstzweifeln!

Die Wahl eines Partners folgt dem Lebensentwurf „Leben mit Kindern“ und wird als gemeinsames Lebenskonzept geteilt und umgesetzt.

Kinder sind eher später und in Partnerschaft vorstellbar, Kinderwunsch bleibt dann unerfüllt, Natürlichkeit ist eine Lebenseinstellung.

Eigene Kinder werden als Entwicklungschance aus der Ursprungsfamilie gesehen. Schwangerschaft war eine unglückliche Zeit, Geburt eine unglaubliche Erfahrung, Kinder sind die größten Geschenke des Lebens.

Es besteht die eigene Erwartung, aufgrund des Hebammenberufes eine gute Mutter zu sein, es gab dann Kämpfe mit den Ursprungsfamilien um Erziehungsfragen.

Trotz „Hebammerei“ jetzt selber schwanger geworden: toll, aber auch Ängste und Fragen, vieles ist in Bewegung.

Wenn man selbst noch nicht erwachsen ist, stellt sich die Realität mit Kind als schwierig heraus, ermöglicht aber persönliche Entwicklung.

Sichtweisen der Interviewpartnerinnen auf diese Lebensphase haben sich verändert:

Berufserfahrung wirkt: Zunehmend wird die Bandbreite des Umgangs von Frauen mit Schwangerschaft und Geburt sichtbar. Sensibilität und Achtsamkeit in der Beziehung zu anderen Menschen, wertschätzender Umgang mit Vertrautem und Fremdem müssen sich entwickeln können.

Eigene persönliche Erfahrungen werden für einen solchen Prozess als positiv und hilfreich angesehen. Persönliche und berufliche Erfahrungen werden als sich ergänzend und gegenseitig bereichernd erlebt.

In der Ausbildungszeit, wo es an Fähigkeiten gefehlt, Frauen bei der Geburt wertschätzend zu unterstützen. Im Laufe der Berufstätigkeit hat sich das verändert. Älter-Werden, Kenntnisse und Erfahrung werden als Voraussetzungen dafür gesehen, dass andere über mögliche Alternativen informiert und beraten werden können.

Durch die Tätigkeit als Familienhebamme ergeben sich noch andere Aspekte. Es entstehen dort Kontakte zu Frauen mit Gewalt als Vorerfahrungen, die eine ablehnende Haltung gegenüber ihrem Körper und körperlichen Veränderungen haben.

Die Lebenssituationen von Frauen haben sich verändert. Die gesellschaftliche Erwartung an Frauen ist, dass Arbeit erwünscht ist und Druck besteht, Betreuungsangebote für Kinder zu nutzen.

Die Lebensphase hat sich insgesamt nach hinten verschoben. Frauen sind älter, wenn sie schwanger werden und entscheiden sich bewusster für eine Schwangerschaft. Sie gehen nach der Geburt schneller wieder in den Beruf zurück. Trotz Skepsis ist festzustellen, dass Berufstätigkeit und frühe Kinderbetreuung klappen.

Stillen war früher kein Problem, heute ist es ein riesiges Problem. Frauen sind verunsichert in ihren weiblichen Fähigkeiten. Der Wunsch, eine gute Mutter zu sein und ein gesundes Kind zu haben, bleibt.

Die Einflüsse neuer Medien sind gewachsen. Die Informationen sind vielfältiger und weniger überschaubar geworden. Das macht die Situation schwieriger.

Die Möglichkeiten individueller Lebensgestaltung sind grundsätzlich vielfältiger geworden, Berufstätigkeit ist selbstverständlicher, es gibt mehr Offenheit in den Köpfen. Die Zwickmühle für die Frauen bleibt jedoch, auch wenn der Partner mitzieht.

3.4.4 „gesund leben lernen“ – ein Thema mit vielen Aspekten, die wichtig sein können

Die Interviewpartnerinnen verdeutlichen, dass es Individualität in der Herangehensweise gibt. Da sind einzelne Menschen mit ihren Eigenheiten, da sind gesellschaftliche Hintergründe der Familien, soziale und kulturelle Unterschiede, da sind Erwartungen und Anforderungen einzubeziehen. Im Vorfeld einer Schwangerschaft denken Menschen oft wenig über Gesundheit nach, das Bewusstsein ist nicht präsent. Es gibt Paare, die machen das gemeinsam, sehen es als Ansporn, auch fürs Kind, andere sehen überhaupt keinen Ansporn dazu. Frauen sind vor und nach der Geburt oft sehr aufnahmebereit für das Thema.

Jede Frau definiert „gesund leben lernen“ anders.

In der heutigen Zeit wird als vorherrschende Erwartung wahrgenommen, dass medizinische Hilfen schnell erreichbar sind, schnell wirken, schnelle Heilung ermöglichen. Ungeduld und wenig Bereitschaft, dem Körper Ruhe und ausreichend Zeit zur Regeneration zu geben, bestimmt das Handeln.

„Schnell und erreichbar“ wird für Prozesse wie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die ihre eigenen Rhythmen und Tempi haben, als Gegenhorizont erlebt.

Gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, keine Gifte sind herkömmlich bekannte Regeln, die mit „gesund leben lernen“ in Verbindung gebracht werden, die grundsätzlich Befürwortung finden. Dabei stehen oft Verzicht, Verantwortung für das Kind, Gesetz und Ordnung im Vordergrund. Eine Lebenshaltung mit zwanghafter Taktung wird trotz gesundheitsbewusster Ernährung kritisch gesehen.

Zu gesunder Ernährung sind Regeln allgemein bekannt, deren Einhaltung sich jedoch als hürdenreich erweisen. Spannungen zwischen normativen Anforderungen und individuellen Bedürfnissen werden im Material sichtbar.

Die Interviewpartnerinnen sehen „gesund leben lernen“ auch in einem weiteren Zusammenhang. Es geht um Freude, Lebensfreude, Genuss und darum, seinen Neigungen nachzugehen. Eine Voraussetzung ist das Gefühl, etwas dafür tun zu können, dass es einem gut geht, dass man nicht den Umständen ausgeliefert ist, dass man Selbstwirksamkeit wahrnimmt. Es geht um einen Ausgleich zum Leben, das vielleicht mühevoll und durch anderes bestimmt ist. Es geht um Selbstbewusstsein und Zufriedenheit in der Akzeptanz unterschiedlicher Befindlichkeiten.

„gesund leben“ bedeutet in diesem Zusammenhang, sein Leben so zu organisieren, dass man sich wohlfühlt, dies aber bitte nicht zwanghaft und nicht verkopft.

Frauen haben im Alltag oft ein schlechtes Gewissen. Man weiß Bescheid, aber man tut es nicht. „Gesund leben“ wird in Schwangerschaft und nach der Geburt zu einer hohen Anforderung, die Veränderungen des Körpers können zusätzlich Verängstigung bewirken. Eine Interviewpartnerin formuliert, dass die Frauen kein schlechtes Gewissen haben sollen und dass die Hebammen sie nicht verrückt machen sollen. Normative Erwartungen wirken auf Hebammen und Frauen, die sie begleiten, und mündet in der Formulierung: Sie sollen kein schlechtes Gewissen haben, sollen sich nicht verrückt machen und verrückt machen lassen.

„gesund leben lernen“ stellt sich für Frauen als Spannungsfeld mit Widersprüchen dar. Dies gilt für Hebammen im doppelten Sinn.

Die Frauen bekommen von den Hebammen nicht unbedingt die gleiche Beratung. Es geht darum, den Veränderungswillen und das Veränderungspotenzial der einzelnen Frau in den Blick zu nehmen und die Menschen dort abzuholen, wo sie offen sind. Eine Hebamme hat den Blick auf Frau und Familie und gibt der Frau einen Freiraum, so zu sein, wie sie ist. Eine der Interviewpartnerin ergänzt diese Herangehensweise mit dem Zusatz „dann das ganze Programm“, also alles, was sie als Hebamme an Wissen und Handwerkszeug im Koffer hat, kann dann eingesetzt werden.

Hier deutet sich ein Spannungsfeld zwischen verfügbaren Möglichkeiten und annehmbarer Realität an, in dem sich Hebammen und die von ihnen begleiteten Frauen gleichermaßen bewegen.

„Gesunde Ernährung ist nicht schwer“, sagt eine Interviewpartnerin, kann leicht vermittelt werden. Sie meint damit praxisorientierte Hinweise, die gelernt werden können. Eine andere Interviewpartnerin spricht eine innere Ermutigung an, die notwendig ist, um Freude und Lebensfreude anzuregen. Sie sieht Eltern in Vorbildfunktion für ihre Kinder. Dabei geht es um praktische Beispiele im jeweiligen Lebensalltag der Frau oder der Familie, um mögliche Alternativen, die

aufgezeigt werden können, um Wahlmöglichkeiten, die eröffnet werden, um ein Ausprobieren, ob etwas passt. Der Blick einer Familienhebamme richtet sich eher auf Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten. Es geht zum Beispiel um Basics wie Rauchen, witterungsbezogene Kleidung fürs Kind, keine Permanentbeschallung durch Fernsehen und Handy.

Ein weiteres Spannungsfeld zeigt sich hier zwischen Informations- und Beziehungsebene. Es wird als leicht eingeschätzt, das Wissen bereit zu stellen, und als schwierig, den Prozess der individuellen Alltagspassung zu begleiten.

Spannungen zwischen normativen Anrufungen und individuellem Eigensinn können sich zu Konflikten auf innerer und äußerer Ebene verdichten oder sich auch auflösen. Welche Bewegungen zeigen sich in diesen Spannungsfeldern im Material? Wie wirkt sich das auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen aus?

3.4.5 Frauen, Männer - gibt es Unterschiede im „gesund leben lernen“?

Die Frage nach Unterschieden zwischen Frauen und Männern beim „gesund leben lernen“ ruft bei den Interviewpartnerinnen Abgrenzungsbewegungen hervor:

Es wird Widerspruch formuliert: das kann man nicht über einen Kamm scheren.

Der Unterschied wird verneint: im beruflichen Alltag sind keine Unterschiede zu beobachten.

Es wird gefragt, was männlich und weiblich überhaupt bedeutet.

Es wird ein menschliches „Urbedürfnis“ in den Raum gestellt, sich selbst fortzuführen und das als Glück zu empfinden, auch wenn das für gleichgeschlechtliche Partnerschaften umstritten ist.

Es wird auf eine Regel verwiesen: für die Familie da zu sein, gilt für Männer und Frauen.

Die inhaltlichen Aussagen zu diesem Thema variieren. Eine Interviewpartnerin bezieht sich auf ihre Ausbildung, wo ihr vermittelt wurde, dass Frauen sich mit der Schwangerschaft auf Körper und Ernährung konzentrieren. Eine andere Interviewpartnerin nimmt wahr, dass Frauen für das Thema Ernährung offen sind. In einer anderen Schilderung wird ein grundsätzlich besserer Zugang zu „gesund leben lernen“ durch eine Schwangerschaft für Ernährung und Rauchen gesehen, aber für die „Wochenbettkultur“ verneint. Eine Interviewpartnerin berichtet von begeisterten und desinteressierten Vätern. Eine andere Interviewpartnerin hat die Erfahrung gemacht, dass Männer argumentativ besser über Logik anzusprechen sind. Ihre Erfahrung ist, dass Männer mittlerweile auch gut zu erreichen sind, wenn sie von Anfang an einbezogen werden. Eine Interviewpartnerin vertritt einen pragmatischen Ansatz, indem sie die unterschiedliche Aufgabenverteilung in einer Familie in den Blick nimmt, herausfindet, wer dort Ansprechpartner_in für Gesundheit ist und diese Hauptperson dann direkt anspricht.

Im Vergleich werden Frauen von den Interviewpartnerinnen als „angetaner und offener“ vom Thema „gesund leben“ erlebt als Männer. Auch das Argument der elterlichen Vorbildfunktion erscheint Frauen nachvollziehbarer zu sein. Einzelne Interviewpartnerinnen greifen auf plakative Formulierungen als Antwort zurück:

Frauen sind für gesunde Ernährung, Männer essen lieber Fleisch als Gemüse!
Frauen definieren Gesundheit über Ernährung, Männer über körperliche Bewegung!

Bemerkenswert ist, wie vage die Sichtweisen der Interviewpartnerinnen auf Konstruktionen von Geschlecht und Geschlechterverhältnis im Material bleiben.

3.4.6 Die Interviewpartnerinnen setzen „gesund leben lernen“ in ihrem Alltag um

Für eine Interviewpartnerin bedeutet es Zufriedenheit, wenn sie ihr Gewicht halten kann. Eine andere Interviewpartnerin schildert, dass sie gerne gesundes Essen hat, weil es gut riecht.

In beiden Darstellungen geht es um Schilderungen von Wohlbefinden, das im Zusammenhang mit „gesund leben lernen“ körperlich und sinnlich wahrgenommen und erlebt wird.

Eine Interviewpartnerin kommentiert ihr eigenes Rauchen damit, dass sie das als Ausdruck ihrer Persönlichkeit und Geschichte sieht und das nicht rechtfertigen möchte.

In der Sichtweise auf Rauchen als Beispiel für „gesund leben lernen“ spannt sich ein Bogen zwischen Individualität und Norm auf, zwischen Akzeptanz und Rechtfertigung.

Eine Interviewpartnerin berichtet von Bewegungsaktivitäten in der Freizeit und im Urlaub, deren positive Wirkung sie an ihren Kindern wahrnimmt. Sie ist der Meinung, dass für Kinder die Grundlagen in den ersten Jahren gelegt werden, und freut sich, bei ihren eigenen Kindern wahrzunehmen, dass sie bestimmte Dinge übernehmen. Eine andere Interviewpartnerin nimmt bei ihren bereits erwachsenen Kindern auch wahr, dass sie bestimmte Dinge übernommen haben, die sie in ihrer Familie kennengelernt haben, und begründet das damit, dass nicht normative Aspekte, sondern Spaß und Lust am guten Essen entscheidend waren.

In diesen Sichtweisen werden Kinder als Indikatoren für die Wirkung von „gesund leben lernen“ genutzt.

Eine Interviewpartnerin schildert ausführlich, wie sie dafür Sorge trägt, dass einzelne Lebensaspekte in ihrem Alltag ausreichend Platz finden, indem sie ihre Zeit planvoll aufteilt und gewichtet. Auf diese Weise versucht sie eine Alltagsstruktur für sich zu finden, um Wünsche und Realität anzunähern, um Beruf und Leben mit Kind zusammen zu halten. Eine andere Interviewpartnerin schildert das gemeinsame Essen am Tisch mit ihren Kindern als für sie wichtiges Element im Alltag.

Das Bemühen um eine Alltagsstruktur als Ausdruck von gelebten Kulturtechniken verbindet sich in diesen Sichtweisen mit „gesund leben lernen“.

Zum Engagement für „gesund leben“ in ihrem Alltag formuliert eine Interviewpartnerin: „theoretisch bekannt, praktisch schafft man es nicht immer.“ Eine andere Interviewpartnerin ist der Meinung, dass Wunsch und Realität nicht zu weit auseinander liegen sollten, man versuchen muss, sich nicht verrückt zu machen. Eine andere Interviewpartnerin weist darauf hin, dass es darum geht, Räume zu organisieren, die man braucht, und dass es Zeit braucht, diese als festen Bestandteil im Lebensalltag einzuplanen. Eine andere Interviewpartnerin bilanziert für sich: „Freundschaften, tolle Kinder, super Beruf, Naturnähe, vieles läuft gut.“

„gesund leben“ wird von den Interviewpartnerinnen als normative Anrufung aufgenommen und sich selbst bewertend beantwortet. In diesen Sichtweisen bildet sich ab, wie mit Erwartungen und Anrufungen umgegangen wird. Die Selbstbewertung bezieht sich auf eine

Leistung, die normativen Anforderungen genügt oder nicht.

Ein Fazit zu „gesund leben lernen“ ist: Es braucht Zeit und Raum und es kann im Alltag schnell auf der Strecke bleiben.

3.4.7 Zur Qualitätsentwicklung - Einschätzungen für unterschiedliche Kontexte

im Kontext freiberufliche Hebamme

Hebammen werden beschrieben als sehr starke „Individualistinnen“, als „Einzelkämpferinnen“, als „Alpha-Tierchen“, als Frauen, die allein unterwegs sind und kein Team haben. Das kann zu Überlastung und Burn-out führen. Einen geregelten Ort zum Austausch und zum Abladen gibt es häufig nicht. Der aktuelle Trend geht auch in der Freiberuflichkeit zu Zusammenarbeit und Vernetzung. Es besteht der Wunsch nach entlastenden Urlaubs- und Freizeitregelungen, aber es zeigt sich auch Skepsis, wenn es ums Abgeben an Kolleginnen geht. Denn die Nachfrage der Leistung ist marktabhängig, es gibt Wettbewerb und Konkurrenz. Betriebswirtschaftliches Denken ist erforderlich, um am Markt zu bestehen. Der Erfolg als Hebamme kennt zwar keine Grenzen, solange die Nachfrage von Frauen gegeben ist. Es gehört jedoch kollegiales Vertrauen dazu, Vertretungsregelungen zu vereinbaren. Eine Offenlegung der Arbeitsweise gegenüber Kolleginnen heißt, diese selbst zu reflektieren und vor anderen öffentlich zu machen. Beides stellt eine Hürde dar. Qualitätssicherung gehört zwar zu den Marktanforderungen des Berufs, wird aber als eine fremde, wissenschaftliche Arbeitsweise im Gegensatz zur originären Hebammenarbeit erlebt, die Hebammen nicht unbedingt liegt. Das macht Qualitätssicherung im Beruf von Hebammen zu langwierigen Umsetzungsprozessen.

im Kontext Hebammenteam

Die Zugehörigkeit zu einem Hebammenteam bedeutet Zugang zu Kommunikation und Austausch und wird geschätzt. Im Hebammenteam sind gegenseitige Vertretungen möglich, dort wird Organisatorisches gemeinsam geregelt.

im Kontext Familienhebamme

Familienhebammen haben häufig die Möglichkeit zu kollegialer Beratung und Supervision, deren Finanzierung über die Anstellung bei einem Träger geregelt ist. Der Träger stellt mit der Anstellung einen strukturellen Rahmen zur Verfügung mit Team, kollegialer Beratung, Supervision und der Möglichkeit zu Tür- und Angelgesprächen ad hoc, wenn es brennt. Die Zeit ist freier einzuteilen. Es wird weniger Zeitdruck als in der Freiberuflichkeit erlebt.

im Kontext Freiberuflichkeit und Anstellung

Hebammen sind häufig sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. Als angestellte Hebammen in Kliniken oder als Beleghebammen sind sie an klinische Qualitätssicherungssysteme gebunden.

zu Anerkennung und angemessene Bezahlung

Der Stundensatz für eine Hebammenfachstunde liegt niedriger als in anderen handwerklichen Berufen. Trotz ungünstiger Arbeitszeiten und hoher Verantwortung ist diese Vergütung

für eine eigenständige Existenzsicherung knapp bis unzureichend anzusehen, insbesondere für Alleinerziehend. Als Familienhebamme sind die langfristigen Rahmenbedingungen ungeklärt. Hebamme ist ein schlecht bezahlter Frauenberuf. Geldverdienen hat für Hebammen häufig nicht die oberste Priorität, wenn sie gut bei den Frauen ankommen. In der Freiberuflichkeit müssen Kommunikationsstrukturen selbst finanziert und organisiert werden. Längerfristige Perspektiven des Berufs sind von politischen Entscheidungen abhängig. Obwohl die Menschen die Arbeit schätzen, ist die gesellschaftliche Anerkennung aktuell nicht gegeben.

Die aktuelle Bezahlung als Anerkennung in einem Beruf mit Verantwortung ist unzureichend. Die Finanzierung von Qualitätsentwicklung stellt eine Hürde dar.

zu Austausch und kollegiale Beratung

Austausch und kollegiale Beratung wird als wichtig und unverzichtbar eingeschätzt. Es werden Grenzbereiche zwischen Freundschaften und fachlichem Austausch thematisiert und darauf hingewiesen, dass Feed-back kostbar ist, wenn man kritikfähig ist. Kollegiale Beratung ist im beruflichen Alltag von Hebammen gebräuchlich in Form von Teambesprechungen, Urlaubs- und Vertretungsregelungen und Fallbesprechungen. Die Entwicklung von Hebammenwissenschaft als universitärer Studiengang bedeutet auch eine Aufwertung für den Hebammenberuf in Zugehörigkeit zu oder Kooperation mit akademischen Fachfrauen. Das wird auch eine Verbindung im Zusammenhang mit Qualitätssicherung gesehen.

Austausch und kollegiale Beratung werden als Formate der Qualitätsentwicklung geschätzt.

zu Fortbildungen und Kongresse

Die Offenheit für Forschungen und Studien ist in der Community der Hebammen gewachsen. Es gibt vielfältige Fortbildungen und Kongresse für Hebammen. Fortbildungen sind ein geschätztes und genutztes Format zur Qualitätssicherung. Bezüglich der Kongresse wird der Wunsch formuliert, dass mehr Raum für fachlich moderierten Kontakt entsteht und das Format des Vortrags weniger zur Anwendung kommt.

Fortbildungsmöglichkeiten für Hebammen sind vielfältig gegeben und werden als Format der Qualitätsentwicklung genutzt.

zum Hebammenstammtisch

Der Hebammenstammtisch wird von Hebammenverbänden zum kollegialen Austausch ins Leben gerufen und gefördert. Im Material wird vom Stammtisch eines Landesverbandes berichtet, der sich etabliert hat und auf dem Weg ist, ein Qualitätszirkel zu werden. Im Material wird an anderer Stelle bedauert, dass es in der Region wenig Austausch bei Stammtischen oder regelmäßigen Treffen gibt.

Mit dem Begriff „Stammtisch“ klingt an, dass dieser Begegnungsraum zwischen Beruf und Freizeit, zwischen formell und informell angesiedelt ist. Der Hebammenstammtisch wird als ein Format zur Qualitätsentwicklung gesehen.

zum gesetzlichen Rahmen

Frauen haben einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen einer Hebamme, die Krankenkassen sind für die Verfügbarkeit dieser Leistung zuständig. Die Krankenkassen fordern als Kosten-

träger dieser Leistungen Qualitätsstandards, was von Hebammen unterschiedlich aufgenommen wird. In der aktuellen Versicherungsdiskussion wird sichtbar, dass Hebammen den geforderten Betrag mit ihren derzeitigen Stundensätzen nicht erwirtschaften können.

Leistungen von Hebammen und deren Qualität haben einen gesetzlichen Rahmen. Die Finanzierung von Qualitätsentwicklung bleibt im gesetzlichen Rahmen offen.

im Kontext Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung ist ein aktuelles Thema im Gesundheitsbereich. Für Hebammen gibt es inzwischen ausgearbeitete Qualitätsstandards für Schwangerschaft und für Wochenbettbetreuung. Die Denkweise von Qualitätsmanagement (QM) ist Hebammen eher fremd und sollte bereits in der Ausbildung vermittelt werden. QM wird als gutes Instrument der Qualitätssicherung angesehen, weil damit für andere nachvollziehbar wird, wer was wann wie macht. Es unterstreicht, dass Hebammen Fachfrauen für normale Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettbetreuung sind. QM beinhaltet Prozessbewertung, Ergebnis-Check und Fehlermanagement. In Geburtshäusern kommen QM und Audits zur Anwendung, in Kursen werden Feed-back-Bögen eingesetzt. QM bedeutet Reflexion der eigenen Arbeit. Teams erarbeiten gemeinsam Qualitätshandbücher, indem sie ihre Arbeitsweisen transparent machen und verschriftlichen. Hebammenverbände unterstützen QM in der Freiberuflichkeit und bieten Fortbildungen dazu an. In diesem Zusammenhang entstehen Qualitätszirkel zur Erarbeitung bestimmter Prozesse oder für neue Kolleginnen. Auch Zeit- und Organisationsmanagement werden vermittelt. Es kann ein Ziel von QM sein, Frauen bei Vertretungsregelungen eine Begleitung in gleichbleibender Qualität zu ermöglichen.

Zum Format des Qualitätsmanagements ist bei den Interviewpartnerinnen viel Wissen vorhanden. Die Zielsetzung wird grundsätzlich positiv gesehen, auch wenn es bei der Umsetzung Klippen gibt. Der Begriff Qualitätsentwicklung wird nicht verwendet.

im Kontext Supervision

Nach Einschätzung einer Interviewpartnerin ist Supervision im gesetzlichen Rahmen verankert. Es ist für sie jedoch auch eine Frage der Qualität von Supervision, ob das Format genutzt wird. Im medizinisch-pflegerischen Bereich gibt es kaum Angebote von Supervision, obwohl es dort aufgrund der Belastungen besonders nötig wäre. Eine Interviewpartnerin kennt Supervision nur aus der Verbandsarbeit, jedoch nicht aus Tätigkeiten in der Klinik oder in der Freiberuflichkeit. Eine Interviewpartnerin berichtet, dass es im Geburtshaus, in dem sie arbeitet, früher schon einmal Supervision gegeben hätte, die derzeit allerdings ruht. Eine Interviewpartnerin schildert ihre Erfahrungen mit Supervision in der ambulanten Hausgeburtsilfe als positiv, weil so eine verbindliche und funktionierende Vertretungsregelung der Hebammen erreicht wurde. Eine Interviewpartnerin befürwortet fachlich grundsätzlich Supervision für die Freiberuflichkeit als Fallsupervision, zur Konzept- und Persönlichkeitsentwicklung.

Erfahrungen mit dem Format Supervision sind bei einzelnen Interviewpartnerinnen gegeben. Im Material finden sich Hinweise, dass das Format im Berufsfeld von Hebammen nicht gebräuchlich ist.

zu Persönlichkeitsentwicklung

Von einzelnen Interviewpartnerinnen wird berichtet, dass sie auch Gruppen- und Einzelkons-

tellationen zur Persönlichkeitsentwicklung nutzen wie Frauengruppen oder körperbezogenes therapeutisches Arbeiten oder strukturelle Unterstützung für die Organisation im Beruf.

zum privaten Umfeld

Partner, Kinder, Familien, ein Umfeld, das die Berufstätigkeit der Hebamme positiv sieht und unterstützt, wird von den Interviewpartnerinnen geschätzt und als Voraussetzung für Qualität im Beruf angesehen.

zu Bewegung und Zeit

Eine Interviewpartnerin schildert, wie sie das Fahrradfahren bei ihrer beruflichen Tätigkeit nutzt, um Zeit für Reflexion zu finden und zwischen einzelnen Besuchen Abstand zu gewinnen, was sie für die Qualität ihrer Arbeit als förderlich erlebt.

zu Berufserfahrung

Berufserfahrung hilft, das „Helfersyndrom abzuspecken“ und nicht als „Retterin der Welt“ zu agieren. Es ist wichtig, Nein-Sagen zu können, sich abzugrenzen und nicht den Anspruch zu haben, alles können zu müssen. Berufserfahrung hilft Ziele und Arbeitsinhalte in den Blick zu nehmen und klare Grenzen zu setzen. Bei den unregelmäßigen Arbeitszeiten muss sich mit der Zeit eine Haltung entwickeln, wie die unregelmäßige Freizeit trotzdem nutzen werden kann und damit Freude am Beruf erhalten bleibt.

Berufserfahrung ermöglicht Qualitätsentwicklung.

3.4.8 Statements zum Abschluss

Zum Abschluss der Interviews werden von den Interviewpartnerinnen Aspekte aufgenommen und betont, die im Folgenden knapp formuliert werden, um sie plastisch zu machen:

„gesund leben“ – wie lernen?

Familien brauchen ernstgemeinte Ansprache und Vertrauen!

Hebamme ist ein interessanter und spannender Beruf!

Teamarbeit hat das Berufsbild verändert!

Berufliche Erfahrungen gewinnen, aber ohne auszubrennen!

Für die Versicherungsfrage muss eine Lösung her.

Als inhaltlich neuer Aspekt wird thematisiert: Wie kann die Entwicklung neuer Medien für berufliche Praxen von Hebammen zukünftig genutzt werden?

3.4.9 Erkenntnisse in Bezug auf Forschungsfragen

Im Material wird deutlich, wie Hebammen Frauen in der Lebensphase rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit mit dem Kind wahrnehmen. Es vermittelt einen Einblick, welche Rolle Veränderungen des weiblichen Körpers dabei spielen. Es ergeben sich Anhaltspunkte, wie „gesund leben“ von Interviewpartnerinnen in ihrer beruflichen Tätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme gefüllt und den begleiteten Frauen vermittelt wird.

Im Material sind Hinweise zu finden, wie Hebammen ihre eigenen Erfahrungen mit dieser

Lebensphase in Bezug auf „gesund leben lernen“ und ihre beruflichen Praxen verbinden.

Mit dem Material gewinnt der Beruf Hebamme mit seinen unterschiedlichen Facetten ebenso Gestalt wie Strukturen der Ausbildung, der Organisation des beruflichen Alltags, der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Qualitätssicherung im Hebammenberuf.

Im Material werden Aspekte angesprochen, die in Verbindung mit aktuellen gesellschaftlichen Debatten um die berufliche Situation von Hebammen stehen.

Die in der Schlussrunde neu aufgeworfene Frage zu „neuen Medien“ spricht ein zukunftsweisendes Thema an, das vor dem Hebammenberuf nicht Halt macht und eine fachlich fundierte Antwort benötigt. Hier ist weiterer Forschungsbedarf zu sehen, dem mit diesem Projekt nicht nachgegangen wird.

Zur weiterführenden Analyse dieses empirischen Materials werden folgende Suchperspektiven als richtungsweisend angesehen:

Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen zeigen sich als Bewegungsfiguren in Spannungsfeldern.

„gesund leben lernen“ zeigt sich als Bewegungen oder Bewegungsfiguren in diesen Spannungsfeldern.

Mit Bewegungen oder Bewegungsfiguren in Spannungsfeldern können Spannungen zwischen normativen Anrufungen und Eigensinn von Individuen sich zu Konflikten auf innerer und äußerer Ebene verdichten oder sich auch auflösen. Als leitende Fragen ergeben sich:

Welche Bewegungen oder Bewegungsfiguren ergeben sich in diesen Spannungsfeldern?

Wie wirkt sich das auf Lernprozesse und berufliche Praxen aus?

In Bezug auf die Vorbereitung einer Fokusgruppe mit Hebammen werden folgende Fragen festgehalten:

Wie bewegen sich Sichtweisen und Handlungspraxen am Beispiel „gesund leben“?

Wie wird „gesund leben lernen im Beruf“ sichtbar?

In erneuter Auseinandersetzung mit dem Material wird diesen Aspekten nachgegangen, indem ausgewählte Textpassagen interpretierend analysiert werden. Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen auf Frauen als Mütter in Konstruktion von Geschlecht und Geschlechterverhältnis können in interpretierender Rekonstruktion an Textpassagen des Materials herausgearbeitet werden.

3.5 Interpretierende Auswertung einzelner Textpassagen

Die interpretierende Auswertung ausgewählter Passagen erfolgt in Orientierung an der Dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack 2013; Nohl 2012; Przyborski 2004). Als Passagen, die mit dieser Methode bearbeitet werden, sind die Textpassagen ausgewählt worden, die sich in dem jeweiligen Interview auf den Fragekomplex „gesund leben“ beziehen. Die Textpassagen in allen Interviews werden in diesem Auswertungsdurchgang formulierend und reflexiv interpretiert.

In den Textpassagen zeigen sich Interaktionen zwischen der Interviewpartnerin und der Interviewerin, die mit dieser methodischen Bearbeitung interpretierend einbezogen werden können. Die Interpretation einer Textpassage erfolgt in einem Dreischritt. Zuerst wird der thematische Verlauf mit Ober- und Unterthemen herausgearbeitet. Sequenziell erfolgt dann eine formulierende Feininterpretation, die den kommunikativen Sinn der einzelnen Textstelle zu erfassen sucht.

Im dritten Schritt, der reflektierenden Interpretation, wird die Interaktion diskursanalytisch einbezogen und der dokumentarische Sinn einzelner Textsequenzen rekonstruiert.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird das Verfahren der Bearbeitung an einem Beispiel in ausführlicher Form schrittweise dargestellt, während die Interpretationen der anderen Textpassagen auf der Ebene reflektierender Interpretation zusammengefasst werden. Der Lernprozess mit dieser Auswertungsmethode bringt formale Unterschiedlichkeiten der Darstellung der Bearbeitung von Material mit sich. Die Analyse der Textpassagen aus den anderen Interviews werden hier nicht ausführlich dargestellt, sind jedoch dokumentiert.

3.5.1 Beispiel einer Interpretation

Die Interpretation in Orientierung an der Dokumentarischen Methode, die im Folgenden dargestellt wird, erfolgt an der Textpassage zu „gesund leben“ aus dem Interview mit der Hebamme A. Etwa in der Mitte des Interviews kommt das Thema zur Sprache. Die Passage beginnt mit der Frage der Interviewerin. Es folgen die Ausführungen der Interviewpartnerin. Die Passage endet mit einer Pause. Danach wird ein anderes Thema aufgenommen. Die Interviewerin ist im Text mit I gekennzeichnet, die Interviewpartnerin mit A, Unterstreichungen kennzeichnen Betonungen.

Interview Hebamme A

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 31.45 – 39.15; Transkript Absatz 70 – 77

„I: ((atmet)) Zu dem Themenkomplex „gesund leben“ als Ziel. Was heißt „gesund leben“? Wie würden Sie das beschreiben? ((atmet)) Welche Aspekte stehen dabei für Frauen im Vordergrund? Welche Unterschiede gibt es vielleicht zwischen Frauen und Männern? ((atmet)) Und welche Bedeutung hat dieses Ziel für Sie selbst und als Hebamme oder Familienhebamme? ((atmet)) Ich les das mal so gesamt vor (em). Sie können mal gucken, //A: Mhm (bejahend)// mit was Sie anfangen wollen //A: Mhm (bejahend)// zu beantworten. Ich erinnere auch unter Umständen noch mal an n Aspekt //A: ah, ja//, ((atmet)) den sie jetzt im ersten Schritt //A: Mhm (bejahend)// nicht mit aufnehmen. ((atmet)) (.) #00:32:18-5#

A: ((atmet)) Also „gesund leben“ iss, glaub ich, erst mal was, was die Frau definiert für sich, und was von jeder Frau unterschiedlich definiert (em) ((atmet)) werden würde. ((atmet)) Ich hab natürlich als Hebamme trotzdem einen gewissen Blick auf Ernährung oder auch (em) Suchtmittel oder Gesunderhaltung. ((atmet)) (em) Aber das iss sehr umfassend. Und (em) ((atmet)) erst mal guck ich über einen sehr langen Zeitraum, wie die Frau eigentlich (eh) in so ner Art Homöostase praktisch lebt. Also wie die Frau ((atmet)) in ihrer Umwelt und in ihrem Familiensystem ((atmet)) wie, wie sie da agiert. Und (em) ((atmet)) wenn ich dann merke, da sind Elemente, die dann auch (eh) die Frau krank machen ((atmet)), weil das wär dann ja irgendwann mal das Gegenteil von gesund sein, ((atmet)) würd ich (em) versuchen, auf diese Aspekte ja aufmerksam zu machen und die zu thematisieren. ((Geräusch von außen)) Wobei ich da auch nich alles, was ich sehe und was ich als krankmachend (em) ((atmet)) für mich definieren würde ((atmet)), dann auch der Frau (eh) spiegeln würde. Also das iss schon (em) ((atmet)), ich, ich, ich geb da jeder Frau ein, einen sehr großen Freiraum von dem ((atmet)) (em), wie ich

sie einfach lasse, wie sie ist, bevor ich dann ((atmet)) (em) ja in irgend ner Art ne Intervention mache durch n Ansprechen, durch (eh) ((atmet)) Tipps, durch (eh) Anleitung ((atmet)) (eh). #00:33:56-4#

I: ((atmet)) Aber Sie würden schon im Grunde, also mir fällt noch mal das Beispiel, was Sie eben gesagt hatten, mit dem Stillen ein. Also dass das einfach n sehr großen Zusammenhang zwischen ((atmet)) rein körperlichen Dingen und (em) mentalen Dingen unter Umständen gibt. Oder mit der Situation, in der man lebt ((atmet)), dass das (eh) im Grunde sich gegenseitig auch n Stück weit beeinflusst und im Zusammenhang mit Gesundheit oder //A: Mhm (bejahend)// „gesund leben“ auch ne Rolle spielt. ((atmet)) Sodass man nich an einer Ecke alleine nur (eh) starten kann und denken kann, das bedeutet jetzt „gesund leben“, ((atmet)) wenn ich (eh) das, den Ernährungsaspekt nach vorne nehme, sondern die anderen ((atmet)) (em) (.) Aspekte sind auch wichtig. #00:34:38-2#

A: ((atmet)) Ja, wobei ich schon denke, dass man theoretisch an einem Punkt anfangen kann, weil sonst //I: aha// hat man manchmal so ein Wust von Sachen (eh), wo Frau sich nich gesund verhält ((atmet)), dass (em) das auch so erschlagend sein kann ((atmet)), dass man erst mal Diät machen muss, oder (eh) was weiß ich, oder n Fernseher ausmacht, oder das Rauchen einstellt. ((atmet)) Und man kriecht ja nich alles aufm Mal geändert. Und dementsprechend würd ich eigentlich ermutigen, dann an kleinen Sachen anzufangen. Also wenn ich sehe ((atmet)), ne Frau nimmt immer mehr zu, weil sie sich zu wenig bewegt und weil sie zu viel isst, zu (eh) kohlenhydratreich und (em) ((atmet)) ja zu viel aufm Sofa sitzt, ((atmet)) dann kann ich ja einfach auch gucken, sag ichs jetzt der Frau oder versuch ich mit ihr in Kontakt zu kommen über Weglassen von den Chips, die da aufm Wohnzimmertisch ((atmet)) liegen? Oder iss es vielleicht nich auch günstiger für das Leben mit Kind ((atmet)), dann auch zu sagen: ah vielleicht wär das ja möglich, die und die Wege auch mal zu Fuß zu machen und nicht mit dem Auto. ((atmet)) Also immer zu gucken, ((atmet)) da kriecht ja dann auch nich jede Frau die gleiche (lachend) Beratung von mir, sondern einfach zu sehn ((atmet)), was könnte hier jetzt hilfreich sein? Und vor allen Dingen was iss (em) ((atmet)), was iss umsetzbar? Also wo gibts überhaupt n ((atmet)) n Veränderungswillen bei der Frau und dann auch n Veränderungspotential. Und wenn die ganze Familie seit 20 Jahren ((atmet)) (eh) sich fettreich und mit Fastfood ernährt ((atmet)), dann kann ich natürlich mit frisch gekochtem Gemüse ankommen, aber (em) ((atmet)) es iss, es iss wahrscheinlich relativ aussichtslos. Aber ich kann vielleicht damit ankommen zu sagen: och ((atmet)) einmal am Tag 30 Minuten mit dem Dreijährigen (eh) zusammen rausgehn und Dreirad fahrn. (em) Und dann würd ich in der Beratung in in den Bereich gehn und würd den Fastfoodbereich eventuell erst mal einfach stehn lassen, so wie er iss //I: aha//. Also zu viel Baustellen aufzumachen, nur weil ich selber eine, eine (eh) gestörte Umgebung wahrnehme oder eine ungesunde Umgebung ((atmet)), das würd ich mir vor allen Dingen als Hebamme auch nich anmaßen. Das sind //I: ja// dann eher Sachen, wo ich als Familienhebamme ((atmet)) en klareren Auftrag habe und auch n, auch n Auftrag verspüre, nacheinander allerdings, dann wenn es passt, ((atmet)) (em) und zusammen mit der Familie (eh) Ziele zu definieren. ((atmet)) Und da würden dann wahrscheinlich Sachen wie Bewegung mit rein kommen, wie Ernährung, wie Suchtverhalten ((atmet)), (em) aber das ist dann die andere

Rolle als Familienhebamme. //I: ja// (.) #00:37:08-8#

I: ((atmet)) Und können Sie noch mal gucken, was dieses „gesund leben“ für Sie selber bedeuten würde? ((Geräusch)) (.) #00:37:17-7#

A: Ja, (langsam) für mich selber ((atmet)) bedeutet „gesund leben“ ((atmet)) (em) mit meinem Gewicht so zu sein, dass ich damit zufrieden bin, ((Bewegungsgeräusch)) ((atmet)) (em), das heißt, ich achte da auf die Ernährung, dass ich (em) selber ((atmet)) nicht zu viel zunehme, weil wenn ich so viel essen würde, wie ich gerne selber essen möchte, dann würde ich ständig zunehmen, ((atmet)) das heißt, ich kontrollier mich ständig. ((atmet)) Und „gesund leben“ heißt aber auch gleichzeitig dann auch mal einfach so zu essen, wie ichs möchte, also sich auch da die, die eigenen Freiheiten zu geben. ((atmet)) Und (em) auf mich zu achten, dass es mir, mir gut geht, dass es mir ((atmet)), dass ich Entlastung habe, (em) so diese Psychohygiene, diesen Bereich, dass ich (eh) ((atmet)) mich nicht zu stark rein finde in bestimmte Problemlagen, sondern da meine Distanz wahre ((atmet)), dass ich mal nein sage (em). ((atmet)) Also es gilt für mich, es iss dann so Bereich „psychischer Gesundheit“, spielt da alles mit rein. ((atmet)) Und (eh) ja bei, bei Gesundheit (eh) Bewegung ((atmet)), (em) wobei ich ganz viel Auto fahre, weil ich hier ständig von, also bis zu 200 km am Tag fahre, ((atmet)) und manchmal nich so viel Bewegung habe, wie ich möchte und dann im Urlaub wandern gehe und das dann nachhole. Und ((atmet)) ja und dann auf, bei der Ernährung auf (em) auf wenig Fleisch achte und biologische Ernährung, wenn es geht. Aber ich kann auch genauso gut mal pffh Junkfood essen, also das (eh) Pommes mit Majo find ich auch total geil zum Essen (lacht), //I: (lacht)// total nett. (lacht) ((atmet)) #00:39:03-8#

I: (lachend) Bisschen Spaß muss sein. #00:39:04-2#

A: Genau, Spaß? Ja. Also nich zu verbissen //I: aha// so da ran //I: ja// zu gehn. (...)

In Interpretation dieser Textpassage wird im ersten Schritt der thematische Verlauf dargestellt, in weiteren Schritten folgen die formulierende Feininterpretation und die reflektierende Interpretation, die jeweils in sequenziellem Vorgehen erarbeitet werden.

Thematischer Verlauf

Absatz 1 Interviewerin (Fragen aus dem Leitfaden zum Themenkomplex)

OT „gesund leben“

UT was heißt gesund leben?

UT welche Aspekte stehen für Frauen im Vordergrund?

UT welche Unterschiede gibt es zwischen Frauen und Männern?

UT welche Bedeutung hat das Ziel für Sie selbst und als Hebamme oder Familienhebamme?

Absatz 2 Hebamme A

OT gesund leben

UT Beschreibung aus Sicht jeder Frau

jede Frau definiert das für sich

jede Frau definiert das unterschiedlich

UT Beschreibung der eigenen Sichtweise

natürlicher Blick

gewisser Blick als Hebamme

gewisser Blick auf Ernährung, Suchtmittel und Gesunderhaltung

Bewertung des Themas

sehr umfassend

OT Sichtweise auf „gesund leben“ einer Frau

UT Handeln als Hebamme

gucken über einen sehr langen Zeitraum

beobachten, wie eine Frau praktisch lebt

UT Wahrnehmen als Hebamme

wie die Frau in einer Homöostase lebt

wie die Frau in ihrer Umwelt und ihrer Familie agiert

da sind Elemente, die dann auch die Frau krankmachen

UT Denken als Hebamme

nach allgemein geltenden Kriterien suchen: krankmachende Elemente

nach eigenen Kriterien suchen: eine Definition haben von krankmachend

UT Handeln als Hebamme

versuchen, auf Aspekte aufmerksam machen, sie zu thematisieren

Wahrnehmung spiegeln, aber nicht alles, was als Hebamme gesehen wird

sehr großen Freiraum geben für die Definition der Frau

Frau so lassen, wie sie ist, bevor eine Intervention erfolgt

Wahrnehmung ansprechen, Tipps oder Anleitung geben

Absatz 3 Interviewerin

OT thematisches Verbinden

UT Hin und Her

Verweilen beim Eindruck des Gehörten

Übergang zu eigenen Einfällen

Bezugnahme auf in einer früheren Gesprächsphase Gehörtes

UT Beispiel für verbindende Einfälle

Stillen mit Zusammenhang zwischen rein körperlichen Dingen und mentalen Dingen

Situationen, in denen man sich gegenseitig beeinflusst, Zusammenhang mit Gesundheit oder „gesund leben“

OT sehr umfassend

man kann nicht an einer Ecke allein starten und denken, das bedeutet „gesund leben“
Ernährungsaspekt nach vorne stellen, wäre an einer Ecke starten
andere Aspekte sind auch wichtig

Absatz 3 Hebamme A

OT Reaktion

Zustimmung mit „ja“

Einleitung einer eigenen Positionierung mit „wobei ich schon denke“

OT Positionierung als Hebamme zu „umfassend“

UT Begründungen für Anfangen an einem Punkt

die Theorie erlaubt es

manchmal ist es so ein Wust von Sachen, wo sich die Frau nicht gesund verhält

UT Bewertung einer solchen Ausgangslage

das Problem kann erschlagend sein

man muss eins nach dem andern machen

man kriegt ja nicht alles auf einmal geändert

eigene Position: mit kleinen Sachen anfangen

OT Beispiel Frau

UT Beschreibung der Situation

Frau nimmt immer weiter zu, weil sie sich zu wenig bewegt und weil sie zu viel isst

Frau isst zu kohlehydratreich und ja, sie sitzt zu viel auf dem Sofa

UT Erwägung von Handlungsalternativen

es wahrnehmen und der Frau einfach sagen

Kontakt suchen über praktische Vorschläge wie Weglassen von Chips

eine günstigere Lösung für das Leben mit Kind suchen und praktische Vorschläge machen

UT Rat an Hebamme

immer zu gucken, wie die Situation ist

nicht jede Frau kriegt die gleiche Beratung

einfach sehen, was hilfreich ist

vor allem, was umsetzbar ist

OT Beispiel Familie

UT Beschreibung der Situation

die ganze Familie isst seit 20 Jahren fettreich und Fastfood

UT Erwägung von Handlungsalternativen

mit frischem Gemüse kommen - wahrscheinlich relativ aussichtslos

damit kommen, 30 Minuten mit Kind draußen Dreirad zu fahren

mit Beratung in den Bereich gehen und Fastfood Bereich erst mal stehen lassen, so wie er ist

UT Rat an Hebamme

nicht anmaßen, als Hebamme zu viele Baustellen aufzumachen, nur wenn eine gestörte

Umgebung wahrgenommen wird oder eine ungesunde Umgebung

OT Position zu „umfassend“ als Familienhebamme

UT Beschreibung der Situation

als Familienhebamme klareren Auftrag haben und verspüren

nacheinander allerdings

wenn es passt

zusammen mit der Familie Ziele definieren

es würden Sachen wie Bewegung mit rein kommen, wie Ernährung, wie Suchtverhalten

UT Positionierung

aber das ist dann eine andere Rolle als Familienhebamme

Absatz 5 Interviewerin

zustimmend ja zu UT Positionierung

Nachfrage zur Bedeutung von „gesund leben“ für A

Absatz 6 Hebamme A

OT Reaktion

ja als Zustimmung zur Nachfrage der Interviewerin

eigene Positionierung zu „gesund leben“

OT „gesund leben“ Bedeutung für A

UT Sich kontrollieren

mit dem Gewicht so zu sein, dass sie damit zufrieden ist

auf Ernährung zu achten, damit sie nicht zu viel zunimmt, weil

wenn sie so viel essen würde, wie sie gern selbst essen möchte, dann würde sie ständig zunehmen

sich ständig kontrollieren

UT Sich Freiheiten geben

dann auch mal einfach so essen, wie ich es möchte

also sich da auch die eigenen Freiheiten geben

auf sich zu achten

dass es einem gut geht

dass es Entlastung gibt

diese Psychohygiene

dass man sich nicht zu weit reinfindet in eine bestimmte Problemlage, sondern Distanz wahrt

dass man nein sagt

das gilt für sie

der Bereich psychische Gesundheit spielt mit rein

OT Umgang mit Gesundheit

UT Bewegung

wobei sie ganz viel Auto fährt als Hinweis auf berufsbedingten Bewegungsmangel
weil sie bis zu 200 km am Tag fährt als Hinweis auf spezifische Belastung
sie hat manchmal nicht so viel Bewegung, wie sie möchte als Hinweis auf Defizit
dann geht sie im Urlaub wandern und holt das dann nach als Hinweis auf Lösung

UT Ernährung

auf wenig Fleisch achten

biologische Ernährung, wenn es geht, genauso gut mal Junkfood

Pommes mit Majo findet sie total geil zum Essen

UT Ausdruck von Wohlbefinden

Lachen

total nett

Lachen

Absatz 7 Interviewerin

zustimmend

ein bisschen Spaß muss sein

Absatz 8 Hebamme A

OT konklusives Schließen

genau

Spaß?

also nicht zu verbissen so daran zu gehen

Formulierende Feininterpretation

Absatz 1 Interviewerin

OT „gesund leben“

I spricht den nächsten Themenkomplex des Interviews mit der Begrifflichkeit „gesund leben“ an und thematisiert Teilaspekte durch Fragen.

Was heißt „gesund leben“? Die Frage richtet sich auf die Begrifflichkeit „gesund leben“ und ihre möglichen Füllungen.

Welche Aspekte stehen für Frauen im Vordergrund? Die Frage rückt spezifische Aspekte für Frauen in den Fokus.

Welche Unterschiede gibt es zwischen Frauen und Männern? Die Frage fokussiert auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

Welche Bedeutung hat das Ziel für Sie selbst und als Hebamme oder Familienhebamme? Die Frage hat zusammenfassenden Charakter und spricht Perspektiven einer Beantwortung an, nämlich als Person und als Hebamme oder Familienhebamme, in der Alltagssituation oder in der beruflichen Situation.

Absatz 2 Hebamme A

OT „gesund leben“

A greift den Themenkomplex „gesund leben“ als Ganzes auf und steigt mit allgemeinen regelhaften Merkmalsbeschreibungen ein.

UT Beschreibung aus Sicht jeder Frau

A greift die Perspektive „jede Frau“ auf und formuliert eine Regel: Selbstdefinition durch jede Frau. Mögliche Lesarten sind jede Frau, die von ihr als Hebamme begleitet wird, oder jede Frau im Sinne von alle Frauen inclusive A.

UT Beschreibung aus Sicht als Hebamme

In die Perspektive einer Hebamme beschreibt A Merkmale beruflicher Praxen wie „natürlich“, „gewissen Blick als Hebamme“ und als „gewissen Blick auf Ernährung, Suchtmittel und Gesunderhaltung“. Dies kann als Differenzierung oder als Gegenposition gelesen werden. Als Hebamme bewegt sich ihr Blick auf etwas, aber nicht direkt auf die andere Person. Der Blick richtet sich auf „Ernährung, Suchtmittel, Gesunderhaltung“. Dieser Blick hat die Funktion, als Filter für eine Situation oder eine Begegnung zu dienen, was von A als „natürlich“ angesehen wird. Möglichen Lesarten von „natürlich“ sind: natürlicher Blick als Hebamme oder: es ist natürlich, als Hebamme einen Blick zu haben oder: es ist natürlich, dass A als Person und als Hebamme einen eigenen Blick hat.

OT Bewertung des Themas

A nimmt eine erste Bewertung des Themas vor und kennzeichnet es als „sehr umfassend“.

Mögliche Lesarten sind: Blick der Hebamme ist sehr umfassend oder: das Thema Gesunderhaltung ist sehr umfassend oder: das Thema „gesund leben“ ist allgemein sehr umfassend.

OT Blick von A als Hebamme auf das „gesund leben“ einer Frau

A entscheidet sich für eine Perspektive und bringt Differenzierungen ihrer Sichtweise ein, indem sie sagt, was sie als Hebamme zuerst tut, auf was sie achtet, was sie überlegt und dann wieder in Handeln umsetzt. Sie skizziert dabei eine Abfolge beruflicher Praxen.

UT Beobachten

A „guckt über einen sehr langen Zeitraum“, „wie Frau praktisch lebt“. Sie „guckt“. Der Blick ist beobachtend auf etwas gerichtet. A guckt „über einen sehr langen Zeitraum“. Mit dieser zeitlichen Dimensionierung wird das „Gucken“ als sorgfältiges Beobachten eines Prozesses gekennzeichnet. Ihre Aufmerksamkeit ist nicht auf die Frau als Person gerichtet, sondern auf die Weise, „wie sie lebt“. Zu „leben“ wird der Zusatz „praktisch“ gesetzt und erfährt eine Begrenzung auf Lebenspraxis, die A beobachten und mit dem Blick der Hebamme filtert. A schaut auf die Lebenspraxis einer anderen Frau, und blickt als Hebamme aus Distanz auf etwas.

UT Wahrnehmen und Denken

A beschreibt „Lebenshomöostase der Frau“ und „Agieren der Frau in ihrer Umwelt und Familie“ als Marker für „Elemente, die dann auch die Frau krankmachen.“ A setzt ihre Wahrnehmungen

zum inneren Gleichgewicht der Frau und zu ihrem Agieren im Umfeld in Bezug zu nicht weiter differenzierten Kriterien, die sie als „krankmachend“ einstuft. A verwendet Begriffe wie „Homöostase“ oder „Elemente“. A erläutert „krankmachend“ mit „krankmachende Elemente sind das Gegenteil von gesund sein“ und stützt damit ihre Aussage durch eine anerkannte Regel, nämlich einer Unterscheidung zwischen „krank“ und „gesund“ als gegenpolige Positionen. A hat Kriterien, die fachlich anerkannt sind, mit denen sie „krankmachende Elemente“ identifiziert. Begriffe wie „Elemente“, „Homöostase“ können in Verbindung mit Wissen, Naturwissenschaften, Natur und Regeln der natürlichen Abläufe gelesen werden.

UT Handeln

A beschreibt berufliche Praxen als Hebamme allgemein mit „versuchen“, als eine Suche nach Lösungen. Eine Möglichkeit ist, „auf Aspekte aufmerksam zu machen, sie zu thematisieren“, „Wahrnehmung zu spiegeln“, „aber nicht alles, was sie als Hebamme sieht“. A beschreibt Kommunikationsprozesse mit der Frau als Versuche, ihre Wahrnehmungen ins Spiel zu bringen. A macht als Hebamme „aufmerksam“, „thematisiert“ oder „spiegelt“. Sie versucht den Blick der Frau auf etwas zu richten, indem sie ihre Wahrnehmung als bemerkenswert kennzeichnet, ihr einen Namen gibt, der Frau einen Spiegel vorhält, indem sich die Frau als ihr eigenes Spiegelbild oder ein Spiegelbild der Umwelt sehen kann. Spiegeln gehört zu beruflichen Praxen als Hebamme, die A beherrscht und anwendet. Die Hebamme verfügt über Wissen, das die Frau nicht hat. „aber nicht alles, was sie als Hebamme sieht“, fließt in die direkte Interaktion ein. Die Hebamme stellt ihr Wissen portioniert in Dosen zur Verfügung, von denen sie annimmt, dass sie für die Frau passend sind. A gibt „sehr großen Freiraum für die Definition der Frau“. A sieht sich als Hebamme in der Lage, der Frau Freiraum zu gewähren für eine eigene Definition. Sie möchte die „Frau so lassen, wie sie ist, bevor eine Intervention erfolgt.“ A schließt mit einer Reihung möglicher Interventionen, die sich für ergeben können wie „Wahrnehmung ansprechen, Tipps oder Anleitung geben“. Mögliche Lesarten für diese Reihung beruflicher Praxen sind: berufliche Praxen sind eine Reihung von Interventionen oder die Reihung steht für kompetentes Handeln als Hebamme.

Absatz 3 Interviewerin

OT thematisches Verbinden

I orientiert sich und signalisiert das im Hin- und Herschwingen zwischen Gehörtem und eigenen Einfällen dazu.

UT Hin und Her

Ausgehend vom Eindruck des gerade Gehörten verbalisiert I, dass ihr dazu Einfälle durch den Kopf gehen. Sie nimmt in einer spezifischen Sprechbewegung Bezug auf in einer früheren Gesprächsphase Gehörtes, ohne ihre Einfälle auszuführen.

UT Beispiel für verbindende Einfälle

I benennt als Beispiele „Stillen mit großem Zusammenhang zwischen rein körperlichen Dingen und mentalen Dingen“ und „Situationen, in denen man sich gegenseitig beeinflusst und der Zusammenhang mit Gesundheit oder gesund leben“ und verbindet damit das gerade Gehörte mit Schilderungen von A in vorangegangenen Passagen des Interviews, die ihr dazu eingefallen sind.

OT sehr umfassend

I bleibt an der Bewertung des Themas durch A mit „sehr umfassend“ hängen und führt dazu aus, dass

„man nicht an einer Ecke allein starten und denken kann, das bedeutet gesund leben“. I versucht ihr Unbehagen zu thematisieren, das sich mit einer nicht umfassenden Sichtweise auf „gesund leben“ verbindet. Sie bezieht zum Thema eine Position mit „Ernährungsaspekt nach vorne stellen, wäre an einer Ecke starten“ und „andere Aspekte sind auch wichtig“. Sie beschreibt „an einer Ecke allein starten“, kennzeichnet „Ernährungsaspekt nach vorne stellen“ als eine Sichtweise auf „gesund leben lernen“.

Absatz 4 Hebamme A

OT Reaktion

A stimmt mit „ja“ und verbindet das mit der Einleitung einer eigenen Positionierung gekennzeichnet durch „wobei ich schon denke“. A stimmt formal zu, hat aber ihrerseits Gedanken, deren Ausführung sie ankündigt und die von der Positionierung von I abweichen.

OT Positionierung als Hebamme zu „umfassend“

UT Anfangen an einem Punkt

A begründet ihre Position fachlich mit „die Theorie erlaubt es“ und mit beruflichen Erfahrungen. „Manchmal ist es so ein Wust von Sachen, wo sich die Frau nicht gesund verhält“. A beschreibt ihre berufliche Situation als Hebamme mit „manchmal so ein Wust von Sachen“. „Wust“ ist ein umgangssprachliches Wort, „Wust von Sachen“ veranschaulicht eine große Menge von Dingen. A bezieht in ihre Begründung Theorie und Berufsalltag ein. A verfügt über theoretisches Wissen und praktische Erfahrungen, um zu beurteilen, „wo sich die Frau nicht gesund verhält“, und wie sie mit beruflichen Praxen intervenieren kann.

UT Ausgangslage

A beschreibt die Situation in der Wirkung mit „ das Problem kann erschlagend sein“ und weist auf existenzielle Bedrohlichkeit hin, erschlagen zu werden. Ein bestimmtes Vorgehen ist für A dann zwingen: „Man muss eins nach dem andern machen, erst mal eine Diät oder Fernseher aus oder Rauchen einstellen.“ Sie weist auf Begrenzung in den beruflichen Praxen als Hebamme hin: „man kriegt ja nicht alles auf einmal geändert“. A hat eine Lösung für die Situation: „dann mit kleinen Sachen anfangen“. Die Bedrohlichkeit der Situation und das Wissen um die Begrenztheit beruflicher Praxen erfordern ein Anfangen an einem Punkt und ein Nacheinander der Bearbeitung in Kenntnis von Abläufen.

OT Beispiel Frau

A führt ihre Überlegungen mit einem Beispiel weiter aus.

UT Beschreibung der Situation

„Die Frau nimmt immer weiter zu, weil sie sich zu wenig bewegt und weil sie zu viel isst.“ „Die Frau isst zu kohlehydratreich und ja, sie sitzt zu viel auf dem Sofa.“ A beschreibt die Gewichtszunahme einer Frau. Diese Gewichtszunahme wird mit „immer weiter“ als Prozess gekennzeichnet,

der in die Vergangenheit und Zukunft reicht, der ungebremst für „immer“ fortschreitet, wenn er nicht kontrolliert wird. A stellt mit „weil“ einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Prozess der Gewichtszunahme und dem Verhalten der Frau her. Das Verhalten der Frau wird beschrieben: „Frau bewegt sich zu wenig“, „Frau isst zu viel“, „Frau isst zu kohlehydratreich“, „Frau sitzt zu viel auf dem Sofa“. A bewertet das Verhalten der Frau als „zu viel“. Sie sieht in diesem Verhalten die Ursache für Gewichtszunahme, die gegenwärtig schon außerhalb der Norm liegt und sich zukünftig unkontrolliert weiter fortsetzen wird.

UT Erwägung von Handlungsalternativen

A erwägt mögliche Alternativen des Handelns und beschreibt dies mit „es wahrnehmen und der Frau einfach sagen“ oder mit „versuchen mit ihr in Kontakt zu kommen über Weglassen von Chips, die auf dem Wohnzimmertisch liegen“ oder „eine günstigere Lösung für Leben mit Kind suchen und vorschlagen, Wege mal zu Fuß und nicht mit dem Auto zu machen“. Auf der Ebene der Interaktion klingen berufliche Praxen an wie „wahrnehmen“, „Wahrnehmung aussprechen“, „Kontakt suchen“. „Weglassen von Chips, die auf dem Wohnzimmertisch liegen“ und „Wege mal zu Fuß und nicht mit dem Auto machen“ sind andere Beispiele für berufliche Praxen, die als praktische Vorschläge am Alltag anknüpfen und nach „günstige Lösung für Leben mit Kind“ suchen. Lösungen mit Kind müssen „günstig“ sein, wenn sie in Situationen als berufliche Praxen einfließen.

UT Rat an Hebamme

A verallgemeinert ihre Überlegungen zu einem Rat an Hebammen für berufliche Praxen und schließt damit das Beispiel ab. Der Rat ist, „immer zu gucken, wie die Situation ist“, „nicht jede Frau kriegt die gleiche Beratung“, „einfach sehen, was hilfreich ist“, „vor allem, was umsetzbar ist“. Lösungen müssen für die Situation passen, hilfreich und umsetzbar sein. A betont, dass nicht jede Frau von ihr die gleiche Beratung erhält. Sie kann da unterscheiden und beurteilen, was für die Situation passt.

OT Beispiel Familie

A setzt ihre Überlegungen mit einem weiteren Beispiel fort.

UT Beschreibung der Situation

„Die ganze Familie isst seit 20 Jahren fettreich und Fastfood.“ A bleibt auch mit diesem Beispiel im Bereich Ernährung. Auch hier geht es um den Prozess von Fehlernährung mit viel Fett und Fastfood, der sich über Jahrzehnte verfestigt hat. Die „ganze Familie“ ist in diesen Prozess involviert. A beschreibt die Ausgangslage als chronisch und das Familiensystem umfassend. Sie weist sich durch die Auswahl der Merkmale und die kurze prägnante Beschreibung dieser vielschichtigen Situation als fachlich kompetent aus. A ist Expertin in der Beschreibung von Situationen.

UT Erwägung von Handlungsalternativen

Als Handlungsalternativen weist A erst auf die Lösung „mit frischem Gemüse kommen“ hin und bewertet sie sogleich mit „wahrscheinlich relativ aussichtslos“, dann die Alternative „damit kommen, 30 Minuten mit Kind draußen Dreirad zu fahren.“ Es folgt eine Verallgemeinerung „mit Beratung in den Bereich gehen und Fastfood-Bereich erst mal stehen lassen, so wie er ist.“ A präsentiert sich in ihrer fachlichen Kompetenz mit adäquaten Lösungsvorschlägen für eine be-

stimmte Situation, deren Erfolgsaussichten sie einschätzen kann.

zustimmend „aha“ von I

Der zustimmende Ausdruck von „aha“ durch I steht hier für Verstehen, Anerkennung, Respekt vor der Positionierung von A als erfahrende Hebamme, sodass A mit ihren Überlegungen fortfährt, ohne sich unterbrechen zu lassen, und einen verallgemeinernden Rat an Hebammen formuliert.

UT Rat an Hebamme

Als Orientierung für berufliche Praxen formuliert A einen Rat an Hebammen: „sich nicht anmaßen, als Hebamme zu viele Baustellen aufzumachen, nur weil eine gestörte Umgebung wahrgenommen wird oder eine ungesunde Umgebung“. A spricht von „Anmaßung“, die darin besteht, „zu viele Baustellen aufzumachen“. Die Wahrnehmung und Einschätzung einer Situation als „gestörte Umgebung“ oder „ungesunde Umgebung“ rechtfertigt für A nicht eine eingreifende Intervention mit beruflichen Praxen. A schließt mit diesem Rat ihr Beispiel ab.

OT Position zu „umfassend“ als Familienhebamme

A stößt in ihren Überlegungen auf Unterschiede zwischen beruflichen Praxen von Hebammen und Familienhebammen. Sie nimmt eine Positionierung von Familienhebammen vor.

UT Beschreibung der Situation

A beschreibt die Situation als Familienhebamme als „klarerer Auftrag haben und verspüren“. A kennzeichnet berufliche Praxen von Familienhebammen mit einem Auftrag, der im Vergleich zum Auftrag der Hebamme „umfassend“ und für sie „klarer“ ist. Mit der Formulierung „erspüren“ klingt das Befinden von A mit diesem Auftrag an. Sie spürt ihn, verfügt über Erfahrungswissen zu diesem anderen Auftrag. Als Orientierung für berufliche Praxen von Familienhebammen gilt allgemein Passung und Nacheinander der Interventionsfelder in Abstimmung mit der Familie. A formuliert dazu einschränkend: „nacheinander allerdings“, „wenn es passt“, „zusammen mit der Familie Ziele definieren“. Sie deutet Interventionsebenen an: „es würden Sachen wie Bewegung mit rein kommen, wie Ernährung, wie Suchtverhalten.“ Diese Begriffe hat A bereits im ersten Absatz der Textpassage verwendet.

UT Positionierung

A unterstreicht die Andersartigkeit der beruflichen Praxen von Familienhebammen: „aber das ist dann eine andere Rolle als Familienhebamme“. Mit dieser Feststellung als Fazit schließt sie ihre Überlegungen ab.

Absatz 5 Interviewerin

I stimmt zu mit „ja“. Die Zustimmung bezieht sich auf die Positionierung von A oder auf den Aspekt der inhaltlichen Schließung durch A. I schließt eine Nachfrage zur Bedeutung von „gesund leben“ für A selbst an. Offen bleibt, ob mit dieser Formulierung A als Person oder als Hebamme gemeint ist. Die Nachfrage ist eine Anregung, erneut in weitere inhaltliche Überlegungen einzusteigen.

Absatz 6 Hebamme A

OT Reaktion

A äußert sich mit einem zustimmenden „ja“ zur Nachfrage von I und führt Bedeutungen von „gesund leben“ aus, die sie damit verbindet.

OT „gesund leben“ Bedeutung für A

A schildert „Bedeutungen“, die „gesund leben“ für sie haben. Sie bleibt im Bereich Ernährung.

UT Sich kontrollieren

Für A bedeutet „gesund leben“, „mit dem Gewicht so zu sein, dass sie damit zufrieden ist“, „auf Ernährung zu achten, damit sie nicht zu viel zunimmt“, „weil wenn sie so viel essen würde, wie sie gern selbst essen möchte, dann würde sie ständig zunehmen“. A begründet argumentativ die Notwendigkeit, „sich ständig zu kontrollieren“. „Gesund leben“ wird von A mit Zufriedenheit mit dem Körpergefühl und mit Kontrollierbarkeit von Gelüsten in Verbindung gebracht.

„Wenn sie so viel essen würde, wie sie gern selbst essen möchte, dann würde sie ständig zunehmen“ drückt auch eine Befürchtung aus, die A hat. Es ist bedrohlich für sie, wenn sie ihrem Wunsch nach Essen unkontrolliert Raum gibt. Sie würde zu viel essen und ständig zunehmen, da muss sie gegensteuern und ständig kontrollieren. A lebt in Spannung zwischen Bedrohung und Sicherheitsbedürfnis. Die Kontrolle des Gewichts bedeutet für sie eine Auflösung dieser Spannung in ein ihr zuträgliches Maß.

UT Sich Freiheiten geben

A wünscht sich „dann auch mal einfach so essen, wie sie es möchte“. Sie möchte „also sich da auch die eigenen Freiheiten geben“ und „auf sich achten, dass es einem gut geht, dass es Entlastung gibt“. Freiheiten, Achtsamkeit und Entlastung stellt A in Zusammenhang mit „diese Psychohygiene, diesen Bereich“ und erläutert dazu, „dass man sich nicht zu weit reifindet in eine bestimmte Problemlage, sondern Distanz wahrt“. Zur Psychohygiene gehört auch Distanz und Nein-Sagen. A fügt dem Gesagten als Bekräftigung hinzu: „das gilt für mich“. Sie gibt ihren Überlegungen zusätzlich noch ein fachliches Label durch „der Bereich psychische Gesundheit spielt da mit rein“. Orientierung für berufliche Praxen ist für A Anwendung von Regeln und Fachlichkeit.

OT Umgang mit Gesundheit

A beschreibt ihren Umgang mit Gesundheit.

UT Bewegung

A beschreibt ihre Situation mit berufsbedingtem Bewegungsmangel. Sie ist als Hebamme beruflich viel mit dem Auto unterwegs und muss bis zu 200 km am Tag fahren. A quantifiziert ihre spezifische berufliche Belastung mit einer genauen Kilometer-Angabe pro Tag. Ihre Belastung ist messbar. A „hat manchmal nicht so viel Bewegung, wie sie möchte“. Sie beschreibt ein Bewegungsdefizit, das sie in der Freizeit ausgleicht, „sie geht im Urlaub wandern und holt das dann nach.“ A hat die Vorstellung, dass sich ihr Defizit an Bewegung durch Nachholen im Urlaub ausgleichen lässt. Das ist ihre Lösung, mit beruflich bedingtem Bewegungsmangel umzugehen.

UT Ernährung

A kommt auf den Bereich Ernährung zurück und beschreibt, wie sie sich hier verhält: „auf wenig Fleisch achten“, „biologische Ernährung, wenn es geht“. A ist achtsam, was ihre Ernährung

betrifft, aber „genauso gut mal Junkfood“. A gibt sich die Freiheit, mal etwas Ungesundes zu essen. „Fastfood“ und „Pommes mit Majo“ stehen für ungesundes Essen. Gleichzeitig findet sie „Pommes mit Majo total geil zum Essen“ und lacht dazu fröhlich. Sie baut Spannung auf und entlädt sie mit Lachen. Mögliche Lesarten des Lachens sind: Lachen ist situativer Ausdruck für Wohlbefinden oder Spaß an sprachlichen Spielen zu ekstatischem Essensgenuss, der grenzüberschreitend ins Totale geht.

zustimmendes Lachen von I

Das Lachen von I drückt Zustimmung aus und deutet auf gemeinsames Wohlbefinden in der Situation des Interviews, das verbindet.

UT Ausdruck von Wohlbefinden

A lacht erneut und sagt „total nett“. I lacht ebenfalls. Die Interaktion des gemeinsamen Lachens verbindet und drückt Wohlbefinden in der Situation des Interviews aus. So wird direkt spürbar, wie „gesund leben“ sich anfühlt. Das ist konklusiv.

Absatz 7 Interviewerin

I stimmt den Überlegungen von A zu mit „ein bisschen Spaß muss sein“ und verbindet Lachen mit Wohlbefinden und „gesund leben“. Inhaltlich kann sich die Formulierung auf UT Ernährung, auf die gesamten Überlegungen zum Themenkomplex und/oder auf die direkte Interviewsituation beziehen.

Absatz 8 Hebamme A

OT Schließung des Themas

A bekräftigt die Zustimmung mit „genau“, prüft den Begriff „Spaß“ und ergänzt „also nicht zu verbissen“. Zustimmendes „aha“ von I und A fährt fort mit „so daran“. Zustimmendes „ja“ von I und A endet mit „zu gehen“. Es schließt sich eine Pause von einigen Sekunden an. Dann geht das Interview mit einer Frage des Leitfadens weiter.

Reflektierende Interpretation

Absatz 1 Fragestellung Interviewerin

Ungefähr in der Mitte des Interviews bringt I den Fragenkomplex mit einer Reihung von mehreren Fragen ein. Das Thema ist „gesund leben“. Die anschließenden Fragen greifen Aspekte als mögliche Aspekte eines Sinngehalts auf und weiten den Blick für das Thema. Sprachlich ist das Thema nicht an Fachbegriffen orientiert, sondern nutzt Alltagssprache dem Verb „leben“, das mit der Eigenschaft „gesund“ und damit als ein Leben in bestimmter Weise gekennzeichnet wird, nach deren Bedeutung gefragt wird. Durch Frageaspekte wird das Thema in Verbindung mit der Dimension Geschlecht und Geschlechtlichkeit gesetzt. Zum Abschluss erfolgt eine persönliche Ansprache von A durch eine Wiederholung und Spezifizierung der Frage nach der Bedeutung mit „für Sie selbst und als Hebamme oder Familienhebamme“. Die Frage richtet sich an A als Person und als Fachfrau Hebamme und bedient sich damit einer spezifischen Anrufung. In dieser Anrufung klingt eine weitere Differenzierungsmöglichkeit an mit zwei möglichen Perspektiven als Optionen für eine Beantwortung. Die Einbringung des Fragekomplexes entfaltet das Thema

„gesund leben“ auf unterschiedlichen Ebenen, ohne es zuzuspitzen.

Absatz 2 Hebamme A

Proposition

Das Thema „gesund leben“ wird aufgegriffen und eine allgemeine Orientierung gegeben, indem der Gültigkeitsbereich festgelegt wird mit „für jede Frau“. Es wird eine Art Regel oder Definition formuliert: „Jede Frau definiert das selbst.“ Für den Erfahrungsraum von Hebammen gilt, es gibt unterschiedliche Selbstdefinitionen von Frauen in Bezug auf das Thema. A bezieht sich damit direkt auf einen Aspekt der Geschlechtsbezogenheit beruflicher Praxen. Ihre Position ist: jede Frau definiert „gesund leben“ selbst, jede Selbstdefinition unterscheidet sich von den Definitionen anderer Frauen.

Elaboration

Nach dieser allgemeinen Festlegung erfolgt eine Spezifizierung des Themas auf die Person von A und ihren Beruf als Hebamme. Die Anrufung der Fragestellung wird in der Kombination „selbst und als Hebamme“ aufgenommen. Diese Perspektive wird als „Blick auf“ etwas gekennzeichnet. Der Blick als Hebamme wird als ein „gewisser“ gekennzeichnet, mögliche Lesarten davon sind ein wissender Blick oder ein Blick des Gewissens. Dieser Blick ist „natürlich“ gegeben. Die natürliche Gegebenheit kann ausschließlich auf die Art des Blickes oder auf den Zusammenhang zwischen Blick und Beruf bezogen gelesen werden. „Natürlich“ steht auch für Selbstverständlichkeit in der Beschreibung oder als Argumentation von A für eine Sichtweise, die aus der Natur der Dinge abgeleitet wird. Das Objekt des Interesses, der Gegenstand, auf den sich der Blick der Hebamme richtet, ist „Ernährung, Suchtmittel und Gesunderhaltung“. Sprachlich nutzt A fachspezifische Begriffe und signalisiert spezifisches Wissen als Expertin, das ihr als Person und als Hebamme zur Verfügung steht. A bringt Konsum von Nahrung in Verbindung mit Gesunderhaltung. Als Regel gilt, Nahrungsaufnahme ist lebensnotwendig, erhält gesund. Die Reihung dieser Begriffe und die Verwendung des Begriffes „Suchtmittel“ kann als ein Hinweis auf Bedrohung durch Entgleisung des Konsums in Sucht gelesen werden.

Zwischenfazit mit Bezug auf Proposition

Es folgt die Formulierung „sehr umfassend“. A macht eine Feststellung. Die Formulierung wird als gültige Aussage, als eine Art Zwischenfazit markiert. Mögliche Lesarten der Formulierung sind ein Bezug zum Blick als Hebamme als sehr umfassender Blick, ein Bezug auf das sehr umfassende Objekt des Blickes „Ernährung, Suchtmittel und Gesunderhaltung“ und auf das sehr umfassende Thema „gesund leben“. Es bleibt offen, was A hier als „sehr umfassend“ markiert.

Elaboration und Differenzierung

Die Beschreibung beruflicher Praxen wird fortgesetzt, der gewisse Blick als Hebamme weiter differenziert. Eine Hebamme „guckt über einen längeren Zeitraum“. Sie beobachtet eine Situation, um einen umfassenden Eindruck zu bekommen, um eine gültige Feststellung treffen zu können, um zu einer diagnostischen Einschätzung der Situation zu kommen. Der diagnostische Blick richtet sich auf eine Situation, indem sie als Hebamme von außen Einblick in einen Raum nimmt. Sie hat Einblick in das „praktische“ Leben einer Frau. Eine weibliche Person und Hebamme blickt mit Distanz auf die Lebenspraxis einer anderen Frau, nimmt Einblick in deren Lebenswelt. Es

wird beschrieben, was in der Beobachtung wichtig ist: „Wie die Homöostase der Frau ist“ und „wie sie in ihrer Umwelt und Familie agiert.“ Sprachlich werden mit „Homöostase“ und „agieren“ wieder fachliche Begriffe gewählt, die als Wissenschaftsorientierung, als eine Orientierung an einem naturwissenschaftlichen Verständnis gelesen werden können. Dies kann als Hinweis auf notwendige Regelmäßigkeit von Beobachtung und als Ausdruck von Expertise gelesen werden. Der gewonnene Einblick in die Lebenspraxis der Frau wird von der Hebamme diagnostisch verarbeitet, indem sich Wahrnehmung und Denken auf „krankmachende Elemente“ richten, die nach allgemein geltenden Kriterien geordnet und bewertet werden. A hat eine Vorstellung, wie sie „krankmachende Elemente“ in einer Situation feststellen kann, die sie nicht ausführt. Ihr Wissen ist in Fachlichkeit als Hebamme gegründet. Der Einschub von „krankmachende Elemente sind das Gegenteil von gesund sein“ stützt diese Lesart. Im Folgenden leitet A zu beruflichen Praxen als mögliche Alternativen über, die bei einer solchen Diagnose in Betracht kommen: „Auf Aspekte aufmerksam machen, sie thematisieren“, Wahrnehmungen „spiegeln, aber nicht alles, was sie als Hebamme sieht“. Es werden Versuche beschrieben, wie eine Kommunikation in der Interaktion zwischen Hebamme und Frau laufen könnte. Mit „aufmerksam machen“, „thematisieren“, „spiegeln“ werden berufliche Praxen von Hebammen gefasst, die nonverbal und verbal erfolgen können, und mit der Intention, Interesse zu wecken, verbunden sind. „Spiegeln“ kann eine berufliche Praxis gelesen werden, die A kennt und als Hebamme anwendet. A versucht den Blick der Frau auf etwas zu richten. Sie hält der Frau einen Spiegel vor, indem sich die Situation aus Distanz oder in Gleichheit und Verfremdung abbildet. A verfügt als Hebamme über Wissen, über das die Frau allein nicht verfügt. Sie portioniert dieses Wissen in der Interaktion mit der Frau nach ihren Regeln: „aber nicht alles, was die Hebamme sieht“. Sie bewertet, was für die Situation passend sein könnte. Dabei räumt sie „sehr großen Freiraum für die Definition der Frau“ ein. A sieht sich in der Lage und Position, der Frau Freiraum zu geben als Raum für eine eigene Definition. Sie möchte die „Frau so lassen, wie sie ist, bevor eine Intervention erfolgt“. A drückt damit einen Wunsch für ihr Handeln als Hebamme aus, der in Verbindung mit berufsethischen Prinzipien gelesen werden kann. Es schließt sich eine Reihung von Interventionen an, die dann erfolgen können wie „Wahrnehmung ansprechen, Tipps oder Anleitung geben“. Diese Aufzählung von Handlungsoptionen mit „ansprechen“, „raten“ und „anleiten“ ist als Beispiel für unterschiedliche Grade von Eingriffsstärke zu lesen, und dokumentiert kompetentes, situationsbezogenes Handeln in der Praxis.

Absatz 3 Interviewerin

Interaktionelle Transposition

Das gedankliche Hin- und Herschwingen zwischen Gehörtem und eigenen Einfällen deutet sich ritualisiert in der Sprechbewegung von I an. Es wird auf den Bezug zu bereits im Gespräch Gehörtem hingewiesen. Beispiele für verbindende Einfälle werden angerissen: „Stillen mit großem Zusammenhang zwischen rein körperlichen Dingen und mentalen Dingen“ und „Situationen, in denen man sich gegenseitig beeinflusst und der Zusammenhang mit Gesundheit oder gesund leben“. Die Einfälle haben mit Stillen als Form von Ernährung und mit einer Betonung der Situationsorientierung inhaltliche Bezüge zur vorangegangenen Proposition und Elaboration von A. Eine Lesart dafür, welchen Anknüpfungspunkt es für die Einfälle von I gibt, bietet die Bemerkung von A, nicht alles was

sie als Hebamme sieht, in die Interaktion mit der Frau einzubringen. Hintergrund der schwingenden Denkbewegungen von I, die an dieser Stelle Ausdruck finden, kann auch sein, dass I Spannungsfeldern in der von A präsentierten Fachlichkeit als Hebamme wahrnimmt und unentschlossen ist, wie sie das als Interviewerin handhaben kann. Sie macht ihr Denk als Bewegung transparent und bringt sie in Verbindung mit vorher Gehörtem ohne weitere inhaltliche Exploration.

Absatz 4 Hebamme A

Transposition durch Interaktion

Die Zustimmung durch „ja“ wird ergänzt durch „wobei ich schon denke“. Diese Interaktionsfigur kann als ritualisierte Form der Zustimmung gelesen werden, die im direkten Anschluss mit einer Positionierung verbunden wird. Es wird zugestimmt, „wobei“ eigenes Denken selbstverständlich eingeschlossen ist. A gibt sich den Freiraum zu eigenem Denken.

Fortsetzung der Elaboration und Proposition zu Hebamme

Das eigene Denken wird in Zusammenhang damit gesetzt, was theoretisch erlaubt ist und sich mit den beruflichen Erfahrungen deckt: „Manchmal ist es so ein Wust von Sachen, wo sich die Frau nicht gesund verhält“. Das Spannungsfeld Theorie und Praxis findet sich sprachlich wieder. „Wust von Sachen“ ist eine alltagssprachliche Beschreibung für eine große Menge von Dingen, die sich in ungeordneter Form darstellen. „Sachen“ bestimmen den Eindruck als Wust, es geht um Verhalten der Frau, das nicht gesund ist. Sachen und Verhalten werden durch ein „wo“ verbunden, werden situationsgebunden einem Ort zugewiesen. Eine solche Ausgangslage erfordert ein Anfangen an einem Punkt. Dieser Anfang wird als „theoretisch“ markiert. Lesart dafür ist, dass der Punkt des Anfangs durch einen Bezug zu Theorie gefunden wird oder gefunden werden muss. Der „theoretische Anfang an einem Punkt“ wird kausal begründet mit dem Wust, dem eine Hebamme in der Situation begegnet. Die Situation hat eine Wirkung, die mit „das Problem kann erschlagend sein“ beschrieben wird. Es steht eine Bedrohlichkeit im Raum, die erschlagend sein kann. Wen das Problem erschlagen kann, bleibt offen. Es könnten die Frau oder die Hebamme oder auch beide zusammen vom Problem erschlagen werden. Es ist „das Problem“ in einer spezifischen Situation, die ein bestimmtes Vorgehen erfordert, um die Bedrohung abzuwenden und situative Bedrohlichkeit zu mildern. Eins nach dem anderen ist die Devise: „erst mal eine Diät machen oder Fernsehen ausmachen oder Rauchen einstellen“. Dies ist der Hinweis auf einen konkreten Anfang, um eine Veränderung auch schaffen zu können. Eine notwendige Begrenzung des Handelns, die auch die Hebamme einbezieht, erfolgt mit der allgemeinen Formulierung „man kriegt ja nicht alles auf einmal geändert“. Als praktische Regel für berufliche Praxen und Alltagsleben klingt an: Alles auf einmal kriegt man nicht, Bescheidenheit ist angesagt. Es zeichnet sich ein Spannungsfeld zwischen Wunsch und Realität ab, das mit Enttäuschungen in Verbindung steht. Als Hebamme gibt es den Wunsch, die Situation verändern zu wollen, um die Bedrohung abzuwenden, Einschränkungen der Veränderung werden in der Realität als Erfahrungen erlebt. Zu sich bewährenden beruflichen Praxen formuliert A: „dann mit kleinen Sachen anfangen“. In der Konsequenz heißt das: Sie „würde die Frau ermutigen mit kleinen Sachen anzufangen.“ A sieht in der Ermutigung zu kleinen Sachen eine Chance für Lösungen in schwierigen Situationen. Erkennen der Begrenzungen, Beschränkungen auf kleine Sachen werden als Chance angesehen,

Probleme positiv zu verändern.

Differenzierung durch Beispiele

Ein erstes Beispiel wird mit der Situation beschrieben: Frau nimmt immer weiter zu, sie isst zu kohlehydratreich und sitzt zu viel auf dem Sofa. Die Gewichtszunahme wird in kausalen Zusammenhang mit Ernährung und Bewegungsmangel gestellt. Die Gewichtszunahme wird als ein Prozess dargestellt, der „immer weiter“ geht, der in der Vergangenheit beginnend in die Zukunft zeigt und quasi für „immer“ fortschreitet. Der Prozess der Gewichtszunahme wird mit dem Verhalten der Frau durch „weil“ verbunden. Das Verhalten der Frau ist gekennzeichnet durch ein „zu viel“ an Nahrung, durch ein „zu viel“ einer bestimmten Nahrung und durch ein „zu viel“ des Sitzens auf dem Sofa. Die Formulierungen „zu wenig bewegen“ und „zu viel essen“ spannen einen Bogen zwischen den Polen zu viel und zu wenig in den Bereichen Bewegung und Ernährung auf. Es geht also nicht um viel oder wenig, sondern um zu viel oder wenig von etwas, das in Relation zu einem bestimmten normierten Verhalten steht. Die Grenzen von „zu viel“ und „zu wenig“ werden von A als Person und als Hebamme festgelegt. In solchen Situationen liegen für A konkrete berufliche Praxen auf der Hand: „es wahrnehmen und der Frau einfach sagen“, „versuchen, mit ihr in Kontakt zu kommen über Weglassen von Chips, die auf dem Wohnzimmertisch liegen“ oder „eine günstige Lösung für Leben mit Kind suchen und vorschlagen, Wege mal zu Fuß und nicht mit dem Auto zu machen“. Berufliche Praxen von Hebammen setzen im Alltag an, bei den Chips auf dem Wohnzimmertisch oder dem täglichen Autofahren. Sie basieren auf einem Ausprobieren und Suche nach „günstigen Lösungen für ein Leben mit Kind“, um Aussichten für Verhaltensänderung zu haben. A hat das Beispiel als Fallbeschreibung gestaltet und schließt mit einem allgemeinen fachlichen Rat an Hebammen als Orientierung für berufliche Praxen ab: „Immer gucken, wie die Situation ist“, nicht jede Frau bekommt von mir die gleiche Beratung“, „einfach sehen, was hilfreich ist“ und „vor allem, was umsetzbar ist“. Als fachliche Richtschnur ist Situationsbezug und Umsetzbarkeit erkennbar. A fragt nach dem „Veränderungswillen“ und „Veränderungspotential“ der Frau und sucht mit „wo“ nach einer Verortung für ihre beruflichen Praxen als Hebamme. A hebt hervor, dass nicht jede Frau die gleiche Beratung von ihr bekommt. Die Formulierung „gleiche Beratung“ wird von einem Lachen begleitet. Das Lachen kann als Ausdruck des inneren Vergleichens, das sich in diesem Moment vorreflexiv einstellt, und sich zu einem Gefühl von Kompetenz verdichtet, gelesen werden. A kann beraten, sie kann unterscheiden, welche Intervention für welche Frau angezeigt ist.

Das zweite Beispiel wird mit der Situation beschrieben: „Die ganze Familie isst seit 20 Jahren fettreich und Fastfood“. Das Beispiel bewegt sich wieder im Bereich Ernährung. Es geht wieder um einen Prozess der Fehlernährung mit „zu viel“, diesmal zu viel Fett und zu viel Fastfood. Der Prozess der Fehlernährung ist im Familiensystem chronifiziert. Die Chronifizierung wird in einer Zeitdimension messbar dargestellt mit „20 Jahren“. A gelingt durch Kennzeichnung prägnanter Merkmale wieder eine Fallschilderung, die anschauliche Bilder erzeugt. Sie weist damit auf Expertise in Darstellung und Analyse von Fällen hin. Beruflichen Praxen von Hebammen werden beschrieben: „mit frischem Gemüse kommen“. Sie werden von A kommentiert mit „wahrscheinlich aussichtslos“ und mit einem Gegenhorizont versehen, der Erfolg versprechend ist: „damit kommen, 30 Minuten mit Kind draußen Dreirad zu fahren“. Auch hier wird zeitliche Messbarkeit

ins Spiel gebracht. Das Dreiradfahren an der frischen Luft wird mit einer nachvollziehbar genauen und überprüfbar Zeitangabe verbunden und als Lösungen eingeführt. A präsentiert sich in fachlicher Kompetenz mit einem praxisnahen Lösungsvorschlag für diese spezifische Situation in Abwägung zu Vorschlägen, die als „aussichtslos“ eingeschätzt werden.

zustimmendes „aha“ von I

I drückt hier Verstehen, Anerkennung, fachlichen Respekt vor den Sichtweisen einer Expertin mit einem zustimmend klingenden „aha“ aus.

Ohne Unterbrechung schließt A ihr zweites Beispiel wieder mit einem allgemeinen Rat an Hebammen. Sie formuliert dazu, „sich nicht anmaßen, als Hebamme zu viele Baustellen aufzumachen, nur weil eine gestörte Umgebung wahrgenommen wird oder eine ungesunde Umgebung“. Berufliche Praxen von Hebammen können zu einem „Anmaßen“ werden. Anmaßen im Sinn von, sich nicht am Maß orientieren, weil zur Bewertung der Situation auf die eigene „Wahrnehmung“ als „gestört“ oder „ungesund“ als Maßstab zurück gegriffen wird, statt die Bewertung an fachlichen Kriterien auszurichten. Ein weiteres „Anmaßen“ sieht A darin, als Hebamme „zu viele Baustellen aufzumachen“, ohne die Begrenztheit und Gesetzmäßigkeiten einer Situation einzubeziehen.

Proposition zu Familienhebamme

Im Vergleich zur Proposition mit Bezug auf berufliche Praxen von Hebammen kommt A zu einer Unterscheidung für den Tätigkeitsbereich als Familienhebamme, wo sie auch berufliche Erfahrungen hat. Sie hebt für diese spezifische Berufssituation einen „klarerer Auftrag haben und verspüren“ hervor. Als Familienhebamme hat sie in Bezug auf das Thema „gesund leben“ einen Auftrag, den sie als „klarer“ und „umfassend“ kennzeichnet. Das „erspürt“ sie. Während sich der Begriff „Auftrag“ an Wissen orientiert, wird mit der Begrifflichkeit „erspüren“ eine Verbindung zu einer anderen Art von Wissen hergestellt, das auf Erfahrungen basiert. Erfahrungen sind für A zu spüren, sind körperlich erfahrbar und weisen auf inkorporiertes Erfahrungswissen hin, zu dem A in ihrer Tätigkeit als Familienhebamme einen spezifischen Zugang verspürt. Das Verspüren setzt „allerdings“ die Regel des „Nacheinanders“ nicht außer Kraft. Es gilt auch für berufliche Praxen von Familienhebammen: „Nacheinander allerdings“, „wenn es passt“, „zusammen mit der Familie Ziele definieren“. Als fachliche Richtschnur des beruflichen Handelns für Familienhebammen klingt hier eine Orientierung an „Passung durch gemeinsame Zieldefinition“ an. Mit „es würden Sachen wie Bewegung mit reinkommen, wie Ernährung, wie Suchtverhalten“ schließt A an inhaltlich an ihrer Ausgangsproposition an. Sie unterstreicht zum Abschluss den Unterschied der beruflichen Praxen als Fazit: „aber das ist eine andere Rolle als Familienhebamme“.

Absatz 5 Interviewerin

Nachfrage zur Bedeutung „gesund leben“

I stimmt zu mit „ja“. Die Zustimmung kann sich auf die Positionierung von A oder auf die Schließung der Überlegungen von A beziehen. I schließt eine Nachfrage zur Bedeutung von „gesund leben“ für A selbst an. Offen bleibt, ob mit dieser Formulierung A als Person oder als Hebamme gemeint ist. Die Nachfrage ist eine Anregung noch einmal mit Überlegungen einzusteigen oder den Themenkomplex abzuschließen.

Absatz 6 Hebamme A

Transposition

Zustimmung mit „ja“, innehaltendes Überlegen mit „für mich selbst“. A entscheidet sich für ein Fortfahren und gegen die thematische Schließung.

Proposition „gesund leben“ für A

A greift die Frage nach der Bedeutung auf und beschreibt eine Sichtweise von „gesund leben“ für ihren Alltag.

Elaboration zu Kontrolle und Freiheiten

An erster Stelle nimmt sie Bezug auf Ernährung. Formulierungen sind „mit dem Gewicht so sein, dass sie damit zufrieden ist“, „auf Ernährung zu achten, damit sie nicht zu viel zunimmt“, „weil sie so viel essen würde, wie sie gern selbst essen möchte, dann würde sie ständig zunehmen“. „Gesund leben“ wird in seiner Bedeutung in Zusammenhang mit Zufriedenheit mit dem Gewicht, dem Körper und mit Kontrollierbarkeit von Gelüsten gesetzt. Der Vergleich zwischen „so sein“ und „zu viel sein“ ist entscheidend für eine Bewertung. Eine positive Bewertung des körperlichen Gewichts begründet ein Gefühl von Zufriedenheit. Ernährung zu kontrollieren ist Voraussetzung, dass körperliche Prozesse der Gewichtsveränderung nicht aus dem Ruder laufen. Wenn sie ihrer Lust auf Essen unkontrolliert nachgeben würde, sieht sie eine „ständige“ Gewichtszunahme auf sich zukommen. Das erlebt sie als bedrohlich. Eine kontrollierende Achtsamkeit gibt Sicherheit durch Begrenzung. Spannungen zwischen Essenslust und Kontrolle, zwischen Bedrohung durch Entgrenzung und Bedürfnis nach Sicherheit durch kontrollierte Begrenztheit sind erkennbar. Spannungszustände im „zu viel“ müssen durch Kontrolle ins rechte Maß gebracht werden. In der Gegenbewegung zur Kontrolle geht es um Freiheiten mit „dann auch mal einfach so essen, wie ich es möchte“, „also sich auch die eigenen Freiheiten geben“ und „auf sich achten, dass es mir gut geht, dass ich Entlastung habe“. A sieht sich in der Lage, sich Freiheiten zu geben, indem sie ihre ursprünglichen Wünsche wahrnimmt und akzeptiert, indem sie auf sich achtet und wahrnimmt, wenn sich die Situation des „zu viel“ anbahnt, wenn A Entlastung vom „zu viel“ braucht. Achtsamkeit, Freiheiten und Entlastung bringt A in Verbindung mit dem Begriff „Psychohygiene“ und gibt dazu die Erläuterung „dass ich mich nicht zu weit rein finde in eine bestimmte Problemlage, sondern meine Distanz wahre“. Bestimmte Problemlagen bedeuten für A eine Gefährdung, indem sie sich „reinformt“ statt „Distanz zu wahren“. „Distanz wahren“ ermöglicht, sich außerhalb der Problemlage verorten zu können, von außen aus der Distanz auf die Problemlage zu gucken, statt drinnen im „Wust“ zu stecken. Distanz und Nein-Sagen gehören für A zur Psychohygiene im Beruf. Sie fügt hinzu „das gilt für mich“ und formuliert damit eine Regel, die für sie als Person und als Hebamme gilt. Die Formulierung „der Bereich psychische Gesundheit spielt da mit rein“ kann als erneuter Hinweis auf eine Orientierung an Fachlichkeit oder einen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Aspekten von Gesundheit gelesen werden.

Elaboration an Beispielen

A markiert den Geltungsbereich ihrer Elaboration als beruflichen Alltag von Hebammen. Ihr beruflicher Alltag ist durch Autofahren gekennzeichnet, dessen Umfang sie mit „ganz viel“ umreißt und mit „200 km am Tag“ veranschaulicht. Zur Spezifizierung der Ausgangssituation wird auch hier eine Messzahl genutzt. Es schließt sich eine Bewertung der Situation an mit „manchmal nicht

so viel Bewegung, wie sie möchte“ und ein Hinweis auf ihre Lösung mit „im Urlaub wandern und dann nachholen“. Die täglich mögliche Bewegung wird als Abweichen vom ursprünglichen Wunsch nach Bewegung, als Mangel an Bewegung wahrgenommen. Der Ausgleich wird auf eine spätere Zeit, den Urlaub verschoben. Diese Art der Verschiebung wird als „Nachholen“ angesehen. Es ist möglich, sich im Urlaub etwas zu „holen“, das im beruflichen Alltag gefehlt hat.

Einleitung von Konklusion

Im nächsten Beispiel kommt A auf den Bereich Ernährung zurück und beschreibt, worauf sie achtet: „auf wenig Fleisch“ und „biologische Ernährung, wenn es geht“. Als Gegenhorizont führt sie „genauso gut mal Fastfood“ und „Pommes mit Majo“ an. Ihre Beschreibung zur Ernährung spannt sich zwischen zwei Polen auf, zwischen Achtsamkeit und Kontrolle von Qualität und sich Freiheiten geben im Umgang damit. „Pommes mit Majo finde ich total geil“ wird gesetzt und von Lachen begleitet. Die Bewegungsfigur deutet auf Lust am Essen generell hin und von besonderer Lust, die beim Essen von verbotenen Früchten wie Pommes Majo oder Fastfood aufkommt. Das Überschreiten von Grenzen wird von A als lustvoll erlebt und damit verbunden, sich Freiheiten zu geben. Im Sprechen wird das Lusterleben für sie bereits spür- und erlebbar und findet in der Situation des Interviews im begleitenden Lachen einen nonverbalen Ausdruck. Implizites Erfahrungswissen zum Lustgewinn bei Grenzüberschreitungen von Regeln im Bereich Ernährung deutet sich an. Das Lachen wird zum Ausdruck situativen Wohlbefindens und steckt an.

zustimmendes Lachen von I

Mit erneutem Lachen kennzeichnet A ihr Erleben mit „total nett“. Sie lässt etwas offen, gibt den Freiraum, die Interaktion sowohl auf das geschilderte Beispiel als auch auf die Situation des Interviews zu beziehen. Im gemeinsamen Lachen entsteht Konklusion zum Schließen des Themenkomplexes „gesund leben“.

Absatz 7 Rituelles Schließen durch I

I beantwortet die Andeutung einer lustvollen Grenzüberschreitung durch A mit Hinweis auf eine normative Regel: „ein bisschen Spaß muss sein“. Das gemeinsame Lachen wird von I in der Situation als gemeinsamer Erfahrungsraum von Lebensfreude und Spaß erlebt und mit der Einschränkung „ein bisschen“ als Begrenzung gegen die mögliche Gefährdung im Kontrollverlust verbalisiert. Konklusion ist, dass Begrenzung und Freiheiten in der Überschreitung von Grenzen zusammen gehören und „gesund leben“ im Sinn von Lusterleben ermöglichen.

Absatz 8 Rituelles Schließen durch Hebamme A

Der Zustimmung mit „genau“ folgt wieder ein Innehalten zur reflexiven Prüfung von „Spaß“ und einer eigenen Interpretation: „also nicht zu verbissen so daran zu gehen“. Der Zusatz markiert das Verständnis von A als ihre Orientierung für berufliche Praxen und in Alltagssituationen. I stimmt mit „ja“ zu. Im gemeinsamen Lachen wird nonverbal gegenseitiges Verstehen kommuniziert. Das Schließen erfolgt ritualisiert in Zustimmungen mit Zusätzen. Der Themenkomplex „gesund leben“ wird in der Textpassage konklusiv geschlossen.

3.5.2 Reflektierende Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben“

Im Folgenden werden die reflektierenden Interpretationen der Textpassagen zu „gesund leben“ aus den Interviews zusammenfassend dargestellt. Die einzelne Textpassage ist im Zusammenhang mit dem zugehörigen Interview gekennzeichnet, Sichtweisen der Interviewpartnerinnen bleiben nachvollziehbar.

Interview Hebamme A

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 31.45 – 39.15; Transkript Absatz 70 – 77

Orientierung: Berufliches Handeln ist an Regeln aus Theorie und praktischer Erfahrung gebunden. Gesund leben ist Teil der beruflichen Praxen von Hebammen und Familienhebammen. „Gesund leben“ bedeutet, den Körper zu kontrollieren und sich Freiheiten zu geben. Bewegungen des Ausbalancierens zwischen diesen Polen ermöglicht Zufriedenheit. Orientierung an normativen Begrenzungen gibt Sicherheit. (vgl. Kapitel 3.3.1)

Interviewpartnerin B

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minuten 48.49 – 1.04.13; Transkription Absatz 129 - 153

B beginnt: „ich sag mal so, wenn Familien offen sind für solche Themen, dann kann man das anwenden“. Sie nimmt direkt Bezug auf Fragen der Interviewerin und weist auf eine Einschränkung hin, die sie sieht und formuliert sofort: „dann kann man anwenden“. Sie grenzt sich hier von der Interviewerin ab und variiert den Inhalt mit einem Hinweis, auf die Bedingung, die es braucht, um zum „anwenden“ der beruflichen Praxen von Hebammen kommen zu können. Diese Bedingung liegt außerhalb ihrer Einflussnahme in der „Offenheit“ der Familie. B präsentiert sich als Expertin und Ansprechpartnerin für die gesundheitsbezogenen Fragen der Interviewerin. An zwei weiteren Stellen nutzt B ebenfalls voran gegangenen Äußerungen der Interviewerin für eigene Differenzierungen. Auf der einen Seite folgt sie einem gedanklichen Faden, auf der anderen Seite bewegt sie sich in der Interaktion prüfend gegenüber Präpositionen der Interviewerin. Auch bei einem Wechsel der Ebenen von allgemein auf persönlich geht sie mit. B orientiert sich prüfend an Bewegungen der Interviewerin als Gegenhorizonte zu eigenen Denkbewegungen.

In der Textpassage werden Sichtweisen von B auf Selbst und Weltverhältnisse sichtbar. Die strukturellen Rahmenbedingungen stehen für B im Vordergrund. Sie sieht gesellschaftliche Veränderungen und stellt Zusammenhänge her. Sie beschreibt die Gegenwart als daran ausgerichtet, „schneller und zeitsparender“ zu sein. Sie spricht von Kunden, Leistungserbringern und Lobbyisten und dokumentiert so betriebswirtschaftliche Kenntnisse und neoliberale Sichtweisen. Sie präsentiert sich als Expertin im medizinischen System, kennt Zusammenhänge von Werbung und Geld für Medikamente und andere gesundheitsbezogene Dienstleistungen. B kennzeichnet dies als negativen Gegenhorizont, von dem sie sich abgrenzt, indem sie sagt: „Natürlichkeit ist nicht mehr so gegeben.“ Sie macht einen Bewegungsraum auf zwischen „medizin-lastigem“ und „präventiv naturheilkundlichem“ System und kennzeichnet eine Verschiebung in Richtung medizin-lastig, die sie bedauert. Sie verortet sich selbst auf der präventiven Seite. Sie kennt sich in Krankenpflege und Hebammenwesen aus, sie hat Erfahrungen mit Situationen, in denen es um

Leben und Sterben geht.

B verortet sich als Fachfrau im medizinischen Bereich auf der präventiven, naturnahen Seite. Sie hat in ihrem beruflichen Leben gelernt, Prozesse abzuwarten, menschlichem Körper und Natürlichkeit Zeit einzuräumen, damit sich Existenzielles vollziehen kann. Eine menschliche Fähigkeit ist, Objekte, Situationen und Regeln des Zusammenspiels als System beobachten zu können. B hat die Option, sich zwischen Handeln und Warten zu entscheiden, und den Zeitpunkt des Handelns zu bestimmen, wenn „Einwirken“ möglich ist. Dieser Zeitpunkt ist erst retrospektiv zu bewerten, wenn er sich „als präventiv und frühzeitig genug“ und für die Intervention als wirkungsvoll erweist.

Die Sichtweisen von B basieren auf einem naturwissenschaftlichen Verständnis von Abläufen in Systemen der Natur. Für berufliche Praxen von Hebammen ist Wissen über körperliche Gegebenheiten und Zusammenhänge erforderlich, über das andere Menschen nicht unbedingt verfügen. Es geht um Erfahrungen mit Verläufen in Regelmäßigkeit und Abweichungen.

In der Textpassage wird ein Spannungsfeld zwischen passiv und aktiv sichtbar: Dinge passieren, Situationen stellen sich ein, menschliche Wesen schwingen in diesen Abläufen der Systeme mit. In Situationen des Lebens und des Sterbens zeigen sich spirituelle Öffnungen der Systeme, wenn es um Existenzielles geht. Das ist mit „Schreck“ verbunden, weil Menschen aktuell solche Situationen nicht mehr kennen, keine Erfahrungen mit diesen Abläufen haben. Menschliche Wesen sind ausgestattet mit Fähigkeiten, Erfahrungen zu machen, Regeln in Abläufen und Prozessen zu erkennen, ihr mögliches Handeln daran orientierend abzuwägen und dann aktiv zu handeln. Menschliches Leben vollzieht sich im strukturellen Rahmen von Natur.

In der Textpassage finden sich Hinweise auf Differenzen des kommunikativen Wissens. Als Hebamme verfügt B über Wissen und Erfahrungen, die junge Eltern nicht haben. Für Hebammen sind es „banale Dinge“, die für junge Eltern „Fragen“ aufwerfen. Hebammen können anderen Empfehlungen geben und Alternativen aufzeigen, um Ausprobieren und Annehmen zu bewirken. Hebammen werden von anderen als fachliche Autoritäten gesehen, deren Rat oder Empfehlungen angenommen werden, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt, in der richtigen Situation gegeben werden. Hebammen sind Gesetzmäßigkeiten der Natürlichkeit verpflichtet und haben den Auftrag, Schnelligkeit und Beschleunigung als Regel entgegen zu treten und abzuwarten, bis die Zeit zum einwirkenden Handeln gekommen ist.

Interviewpartnerin C

Textpassage zu „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 33.04 – 44.35; Transkript Absatz 87 - 117

Im Folgenden werden einzelne Absätze für reflektierende Interpretationen zu Selbst und Weltverhältnis herangezogen. Das Selbst ist die zentrale Figur als Akteurin, die sich zuordnend in der Welt bewegt. Als Subjekt sieht C auf andere Menschen oder Dinge. Die Welt ist für C eine Bühne, sie kann auftreten, spielen und hat ein Publikum. C sagt von sich: „Ich habe einen Mann für intensive Gespräche, tolle Kinder, Freunde und nette Nachbarn, ich habe Neigungen, in denen ich aufgehe, einen super Beruf, ich bin mit Gott, habe Zugang zur Natur, ich habe mich.“

C präsentiert sich als eine Frau, die auf allen Ebenen des Seins mit „Haben“ ausgezeichnet ist. Es wird ein Spannungsfeld zwischen Soll und Haben sichtbar. Ihre Haben-Seite ist ausge-

prägt, liegt außerhalb von Normalität und wird von C wertgeschätzt. Das, was sie hat, ist intensiv, super, toll und übermenschlich mit Zugängen zu Gott und Natur. Sie geht mit ihren Neigungen in der Welt auf und sieht sich als Teil eines allumfassenden Ganzen, zu dem sie Zugang hat, zugehörig ist. C erhebt sich über herkömmliche Ebenen und „Basics, die jeder kennt“. Abweichungen von normativen gesundheitsbezogenen Regeln wie eigenes Rauchen werden von C als ein Ausdruck ihres Selbstverhältnisses anerkannt und kommuniziert. Sie kennzeichnet Rauchen als Teil ihrer Lebensgeschichte, ihrer Persönlichkeit, es hat eine „Geschichte“, warum sie raucht. Ihr rauchendes Selbst hat eine Geschichte und ist damit eingebunden in Dimensionen, die über einzelne Menschenleben hinausragen. Ihr Selbst im Weltverhältnis mit Zugängen zum Universum hat Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, die sich in Sichtweisen zu „gesund leben“ verbinden. Als Gegenhorizont skizziert C eine andere Frau, die sich zwar gesund ernährt, jedoch von Leistungsdenken, Kopfkino und zwanghafter Taktung getrieben ist. „Gesundheit“ entspannt sich für C zwischen Spaß und Dogma.

In der Textpassage wird ein Beispiel aus der beruflichen Situation als Hebamme geschildert. C skizziert eine spezifische Familienwirklichkeit mit dieser Szene. Sie kommt als Hebamme in einer Familie an. Sie sieht eine Flasche Cola auf dem Tisch und einen Vater, der dieses Getränk zu sich nimmt. Sie gebietet Einhalt mit dem befehlsförmigen Anrufung: „Hör auf!“. Sie malt dem Vater ein Szenario aus: „Wenn das Kind größer wird.“ Sie droht: „Du wirst schon sehen!“ Sie stellt appellierend fest: Du bist „Vorbild“! C schildert die Situation nicht, sie spielt sich als Hebamme in der Situation. Sie ist die Akteurin der Szene. Sie vertritt Moral und Gesetz. Sie hat Macht zu Befehlen und Weissagungen. Die Rollen der anderen in dieser Szene sind Nebenrollen. C richtet die Aufmerksamkeit des Publikums auf sich als zentrale Figur der Szene. Die Inszenierung kann in Bezug auf berufliche Praxen von Hebammen und auf der Ebene der Interaktion in der Situation des Interviews gelesen werden.

Als Reaktion der anderen in dieser Szene teilt C mit, dass die Frauen“ ihr sofort und total rechtgeben“ und die Männer „knurren“, aber ihr im Handeln auch nichts entgegensetzen. Mit ihrem Beispiel konstruiert C das Geschlechterverhältnis und den Respekt vor der natürlichen Autorität der Hebamme als unumstritten und gegeben. Andere Menschen, ob Mann oder Frau, sind Willens, Dinge anzunehmen, die sie als Hebamme sagt. Der Beruf, in dem sie aufgeht, mit Neigungen, Talenten und Gaben, verbindet sich für C mit Anerkennung und Autorität, die sie ausstrahlt und ausübt. Auf der Ebene von Emotionen stellt sich ein Erleben von Lust und Freude in Verbindung mit Macht ein.

In den Sichtweisen von C auf „gesund leben“ sind Spaß und Dogma als Spannungsfeld verbunden. C expliziert das am Beispiel von Gesundheit, von Rauchen und gesundem Essen. Darüber hinausgehend positioniert sie sich mit einem Dogma, indem sie Regeln für berufliche Praxen von Hebammen aufstellt: „nie für jeden immer die gleiche Beratung machen“ und „Leute abholen, wo sie sind“. Ohne Spannungen grundsätzlich aufzuheben, ist C an einer Integration von Spaß und Dogma orientiert. Berufliche Praxen sind für C ein machtvolles Spielen vor und für Publikum, das spannend ist und Freude bringt.

Interviewpartnerin D

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 26.56 – 34.53; Transkript Absatz 56 - 61

D nimmt die Fragestellungen der Interviewerin als eine Art Arbeitsauftrag, den sie Punkt für Punkt abarbeitet. In der Textpassage werden wenige sprachliche und nonverbale Interaktionen zwischen D und der Interviewerin sichtbar. Die Interviewerin hat Fragen gestellt, die D ausführlich beantwortet. Sie spricht fortlaufend. Dabei folgt sie Fragen in Denkbewegungen, die sie als Propositionen und Oppositionen ausdrückt, um ohne verbale Interaktion mit der Interviewerin zu Konklusionen zu kommen. An zwei Stellen bringt sich die Interviewerin mit Nachfragen ein, die sich mit eigenen Sichtweisen verbinden, die sich zwar andeuten, jedoch nicht elaboriert werden. D nimmt die Nachfragen in ihre weiterführenden Ausführungen auf. Die aktive Einbringung eigener Sichtweisen als Positionierungen wird in der Situation des Interviews für die Interviewerin durch D angeregt. An diesen Stellen führen unausgesprochene Oppositionen der Interviewerin zum Nachfragen. Durch das Nachfragen versucht die Interviewerin diese Distanz aufzuheben und näher an D heran zu rücken. Das Schließen des Themenkomplexes zu „gesund leben“ kündigt sich nicht mit einem zeitlichen Vorlauf auf der Ebene der verbalen Interaktion zwischen D und der Interviewerin an. D beendet ihre Ausführungen und eine gemeinsame längere Pause markiert das Ende der Textpassage.

In der Textpassage werden Sichtweisen von D auf Selbst und Weltverhältnisse sichtbar. Für D gibt es gültige Regelungen und Autoritäten als Vertreter gesellschaftlicher Strukturen. Menschen sind eingebunden in Machtverhältnisse. Wissen bedeutet Macht und ist an Zugänge zu Informationen gebunden: „Man weiß aus der Zeitung“, Medien beeinflussen Vorstellungen. Es gibt Gebote und Verbote in der Schwangerschaft, die es einzuhalten gilt. Zur Ernährung gibt es Gebote und Verbote, die in der Schwangerschaft und allgemein fürs Leben gelten. Frauen, D schließt sich hier ein, haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie diese sozialen und kulturellen Regeln nicht einhalten, wenn sie hier Grenzen überschreiten. Diese Regeln sind in Traditionen gewachsen und begründet. Frauen kennen diese Regeln, haben ein Bewusstsein von der Rechtmäßigkeit der daran geknüpften Erwartungen und Anforderungen. Zwischen Anrufungen und Unvermögen, diese zu erfüllen, ergeben sich Spannungen und Konflikte, die mit Erleben des Unvermögens einhergehen, es „nicht zu schaffen“. D verbindet Konstruktionen von Weiblichkeit mit Defiziten.

Gesunde Ernährung, genug Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und genug Bewegung sind Stichworte, die sich allgemein und traditionell für D mit „gesund leben“ verbinden. D setzt die Formulierung „zufrieden leben“ hinzu und bezieht sich damit auf ethische Werte. Es geht darum, ein Leben zu führen, das frei von existenziellen Kämpfen um Nahrung ist, ein Leben, in dem der Mensch Spannungen und Konflikte für sich befrieden kann. D sieht menschliche Wesen als ethischen und kulturellen Werten verpflichtet. „Verzichten zu können“ in der Schwangerschaft wird von ihr hervorgehoben und kann als Hinweis auf einen Wert in christlicher Tradition gelesen werden. Der Mensch ist zu Gefühlen, Bewertungen und ethischen Entscheidungen befähigt. Menschen können dazu beitragen, dass es ihnen gut geht. Sie können ihre Lebensumgebung selbst gestalten und haben Macht und Möglichkeiten, das in einem wertorientiertem Sinn zu tun. Gesetze und strukturelle Rahmungen unterstützen menschliches Denken und Handeln, indem

sie Orientierung geben und über Schwächen hinweg helfen. Am Beispiel Rauchen wird von D ausgeführt, wie strukturelle gesetzliche Rahmungen auf der Ebene von Familienwirklichkeit zu Veränderungen geführt haben, und sie stellt fest: Ein „öffentliches Rauchverbot“ hat Wirkung gezeigt und zu „rauchfreien Wohnungen zum Wohl der Kinder“ geführt.

D sieht sich als Teil der Gesellschaft und positioniert sich als Autorität für andere. Berufliche Praxen von Hebammen sind orientierungsgebend für andere. D kann ihre beruflichen Erfahrungen ohne Konflikte mit öffentlichen Meinungen und gesetzlichen Regelungen verbinden. Sie sieht sich in Zugehörigkeit und Verpflichtung auf gesellschaftliche Traditionen, die auf Autoritäten und christliche Werte aufgebaut sind. Zu dieser Sichtweise gehören auch Sündenfälle der menschlichen Schwäche und Situationen des Versagens, die D am Beispiel eigener Verführbarkeit durch Chips und Süßigkeiten veranschaulicht. Die Sichtweise auf das „schlechte Gewissen“ bei Übertretungen von Regeln ist verbunden mit der Aussicht auf Sühne und Vergebung im erneuten Bemühen, zum Pfad der Tugend zurück zu kehren.

D präsentiert sich als Hebamme mit Wissen über die Entwicklung menschlicher Bedürfnisse. Nahrung und Bewegung werden von D als grundlegend angesehen. Beides muss ausreichend vorhanden sein und durch Eltern gewährleistet werden, damit sich ein Kind entwickeln und wachsen kann. Hebamme und Eltern haben den Auftrag, das Kind an die Welt heran zu führen, es zu erziehen, wie D am Beispiel von Beikost und der Nutzung von Tragetuch bzw. Krabbel-Decke expliziert. Als Hebamme bezieht sich der Auftrag des Erziehenden Heranführens auch auf Erwachsene. D expliziert das am Üben von Gebärdensprache in der Geburtsvorbereitung. Ihre beruflichen Praxen als Hebamme lassen sich mit eigenen Erfahrungen der Mutterschaft verbinden. D sieht sich als eine Person mit Autorität, die Frauen an Geburt und Mutterschaft heranführen kann.

Interviewpartnerin E

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 17.00 – 23.00; Transkript Absatz 67 - 82

E wiederholt eine Frage aus dem Fragenkomplex der Interviewerin als Einstieg. Sie prüft für sich, was sie dazu sagen kann, und antwortet mit einer allgemeinen Rahmung auf fachlichem Hintergrund. In der Textpassage werden wenige verbale Interaktionen zwischen E und der Interviewerin sichtbar. E erzählt fortlaufend, häufig zwischen früher und heute vergleichend. Sie stellt Propositionen und Oppositionen mit unterschiedlichen zeitlichen Bezügen gegeneinander, um zu verallgemeinernden Konklusionen zu gelangen. Die Interviewerin beschränkt sich in der verbalen Interaktion auf Rückversicherungen im Verstehen und würdigt Beiträge von E. Das Schließen erfolgt zwar einvernehmlich, ist jedoch nicht durch eine Phase der gemeinsamen verbalen Interaktion oder des gemeinsamen Schließens gekennzeichnet.

In der Textpassage agieren E und die Interviewerin aufeinander bezogen, ohne dass in der Situation des Interviews auf sprachlicher Ebene eine konklusive Verbindung ihrer Erfahrungsräume hergestellt wird. E bedient sich in ihren Ausführungen der Vergangenheit als Gegenhorizont. Sie sieht Frauen und Verhaltensweisen unter der vergleichenden Perspektive früher und heute. Es gibt Traditionen, denen sich E zugehörig und verpflichtet sieht. Im Gesprächsverlauf verortet sich E häufig in diesen Traditionen, die mit früher gültig verbunden sind und von E positiv bewertet werden, und die bei der Interviewerin zum Erleben von situativer Distanz und zu Nachfragen führen.

An einer Stelle thematisiert die Interviewerin die spezifische Empfänglichkeit von Frauen, was von E mit einer kurzen oppositionellen Reaktion beantwortet wird. Anschließend expliziert E ohne Pause „Wochenbettkultur“. An einer anderen Stelle thematisiert die Interviewerin Veränderungen des Körpergefühls in der Schwangerschaft mit einer Nachfrage, ohne eigene Sichtweisen oder Hintergrund der Frage offen zu machen. E nimmt die Frage auf und gibt eine Antwort, die den Prozess des Schließens zum Themenkomplex „gesund leben“ einleitet. E formuliert abschließend: „Guck mal auf dich, schau, dass du deinem Körper Zeit lässt, die Rückbildung zu vollziehen.“ Diese normative Anrufung und Engführung des Themas bewirkt, dass die Interviewerin zu „gesund leben“ nicht mehr nachfragt und zur nächsten Frage des Leitfadens übergeht.

In der Textpassage zeigen sich Sichtweisen von E auf Selbst und Weltverhältnisse. Für E gibt es Traditionen und Kulturen, die sich im Laufe ihrer Berufstätigkeit als Hebamme über Jahrzehnte verändert haben. Die Veränderungen beziehen sich auf gesellschaftliche Strukturen und Bedingungen und auf veränderte Sichtweisen von Frauen zu Berufstätigkeit, Partnerschaft, Kindern und ihrem Körper. Menschen sind für E eingebunden in gesellschaftliche Anforderungen. Frauen müssen funktionieren und wollen funktionieren. Sie bewegen sich in einem normativen Regelsystem, das zu Spannungen, Konflikten und körperlichen Überforderungen führt. E verortet sich in Traditionen, die sich in der Vergangenheit bewährt haben und deren Wertigkeit weiter Gültigkeit haben. E ist an diesen Traditionen orientiert.

Hebammen haben danach die Aufgabe, Ressourcen abzustecken, mütterliche Sorge für Frauen zu übernehmen, die sie begleiten, in Situationen Anleitung und Erlaubnis zu geben und etwas beizubringen, über das Frauen selbst heute nicht mehr direkt verfügen und auch ihre Mütter nicht mehr fragen. Frauen fehlt Erfahrungswissen über ihren weiblichen Körper und Veränderungen in der Schwangerschaft. Sie können die Veränderungen ihres Körpers nicht deuten, sind durch Erleben verunsichert und suchen Sicherheit in medizinischem Expertenwissen. Gefühle wie Verunsicherung, Angst, Scham oder schlechtes Gewissen zeigen sich.

Hebammen haben Erfahrungswissen und sind mit beruflicher Autorität ausgestattet. Sie vertreten Wochenbettkultur als Tradition und sorgen dafür, dass der weibliche Körper die Ruhe zur Rückbildung bekommt, die er benötigt. Frauen sind von ihrem Körper abgetrennt, erleben Veränderungen ihres Körpers als fremd und befremdlich, finden keinen sicheren Bezug zum Körper als ihrem Leib. Hebammen ermöglichen mit Rückbezug auf kulturelle Traditionen in ihrem Handeln als Expertinnen einen Zugang und eine Verbindung zu verschüttetem weiblichen Erfahrungswissen.

In der Sichtweise von E wird „gesund leben“ in Schwangerschaft und Geburt als eine Wende von der Selbstsorge zur Sorge für andere gefasst. Das „Kind kommt ins Spiel“, rückt in den Fokus von Mutter und Vater. Das Sorgen fürs Kind ermöglicht als Begründungszusammenhang Selbstsorge, wird zur Motivation und zur Basis für die Selbstsorge der Mutter.

In der Textpassage entwickeln sich von E ausgehend Propositionen und Anschlusspropositionen zu „gesund leben“ in interaktionellem Nachfragen der Interviewerin, die in einer kreisförmigen Bewegung zum Ausgangspunkt zurückkehren und in einer normativen Anrufung von E enden.

Interviewpartnerin F

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 29.49 – 40.27; Transkript Absatz 53 - 62

F startet in dieser Passage mit einem Blick auf sich selbst und endet mit einem Einblick in ihre Familienwirklichkeit, die sie sich und der Interviewerin gewährt. Auf diesem Weg nimmt sie unterschiedliche berufliche Perspektiven ein, als normale Hebamme und als Familienhebamme, um sich Familienwirklichkeit anderer anzugucken. Familienwirklichkeiten, denen sie in ihrem beruflichen Alltag als Familienhebamme begegnet, kontrastiert sie mit ihrer eigenen Familienwirklichkeit. Sie schaut vergleichend auf andere Frauen, die sie betreut, identifiziert eigene Themen und Zugänge, in dem was sie bei anderen Frauen sieht und damit ihre persönlichen Erfahrungen verbindet.

F möchte als Hebamme und Familienhebamme vermitteln, dass die Frauen gucken, wie es ihnen geht. F ist mit dem „wie“ beschäftigt, hat eigene Erfahrungen mit dem „wie“, die sie in Verbindung mit „gesund leben“ setzt. „Also einfach zu gucken, wie tue ich mir selber etwas Gutes vor allen Dingen“ ist ihre Definition und Devise dazu. Im Alltag gibt es Hürden, denn „es braucht Zeit“. F hat auch Erfahrungen gemacht und persönliche Lösungsstrategien entwickelt, deren Erfolg sie jetzt an ihren Kindern ablesen kann. F hat Vorstellungen von eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen anderer. Sie nimmt Unterschiede, Grenzen und Veränderungen in Familienwirklichkeiten wahr. Ihre Sichtweisen auf Selbst und Weltverhältnisse sind differenziert.

Für F zeigt sich „gesund leben“ in der gelebten Familienwirklichkeit. Kennzeichnungen von Familienwirklichkeiten werden als Horizonte expliziert. Rauchen beim Kind, ständig verfügbare Softgetränke und Süßigkeiten, teure Gläschen statt selber Kochen. Ernährung mit viel Zucker, wenig Obst und Gemüse, wenig Bewegung in frischer Luft und Natur, keine witterungsbedingte Kleidung für die Kinder kennzeichnen einen Horizont von „gesund leben“. Der andere Horizont wird gekennzeichnet mit gesundem Essen und Trinken. Cola ist nicht grundsätzlich im Haus. Es wird nicht permanent zwischendurch gegessen, Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen. Selber Kochen und ausreichend Bewegung an der frischen Luft und in der Natur mit den Kindern, ist die Devise. Denn selbst Sport treiben und Kindern Sport ermöglichen, vermittelt, dass es einem gut ist.

Die Sichtweisen von F nehmen Bezug auf Kenntnisse zu Entwicklungsprozessen. Grundlagen für „gesund leben“ werden in den ersten Lebensjahren gelegt. Diese Erfahrungen haben Einfluss auf Späteres, sind eine Investition für die Zukunft.

Um in eine Suche nach Alternativen einzutreten, werden Negativ-Erfahrungen von F als besonders wirksam eingeschätzt. Berufliche Praxen von Hebamme sind darauf gerichtet zu „gucken“ und Zugänge zu eröffnen. Als Hebamme reicht D den Frauen Brillen zum Sehen von Optionen. Fragen nach dem „wie“ von Umsetzungen können sich anschließen.

F verortet sich bereits als an „gesund leben“ orientiert. Sie ist bestrebt, sich in diese Richtung zu bewegen, und hat Strategien entwickelt, dies auch zu tun. Wahrnehmung von sich selbst und der Entwicklung ihrer Kinder unter dem Aspekt „wie tue ich Gutes“ bilden immer wieder Ausgangspunkt und Vergleichshorizont für ihre Sichtweisen und deren Reflexion. Auseinandersetzungen mit unterschiedlichen Normen und Werten vermitteln D Sicherheit auf dem eingeschlagenen Weg im Alltag und Orientierung für berufliche Praxen von Hebammen.

Interview Hebamme G

Textpassage zum Fragenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 18.26 – 22.43; Transkript Absatz 45 – 50

In der Textpassage präsentiert G sich als Hebamme, die Wissen zu Fragen der Ernährung und zu Bewegung hat. Sie kennt dazu entsprechende Regeln. Sie lässt Erfahrungen mit Konflikten anklingen, die sich ergeben im Bemühen um Einhalten von Regeln oder durch Wünsche, Erwartungen und Anforderungen zu erfüllen. Es geht um normative Anrufungen in der Ausbildung als Hebamme und in der Schwangerschaft, für die Lösungen gefunden werden müssen.

Die Suche nach Lösungen steht für G im Fokus in Bezug auf sich selbst und in Bezug auf ihr berufliches Praxen als Hebamme. Lösungen müssen individuell passen, es geht darum, „entspannte Wege“ zu finden. G vermittelt, dass das „zu schaffen“ ist, und schränkt die Handlungsoptionen gleichzeitig ein mit „irgendwie“ und „keine Wunder erwarten“. Sie macht ein Spannungsfeld auf zwischen Erwartung des Schaffen-Könnens und der Realität, dass keine Wunder zu erwarten sind. Menschliche Wesen bewegen sich in diesem Feld, sind handlungsfähig und verantwortlich für ihr Handeln. Es ist auch als Hinweis auf normative Anrufungen zu lesen, denen menschliche Wesen ausgesetzt sind und die sie in Konflikte bringen. Auf individuellem Weg wird nach Lösungen für diese Spannungen gesucht, wie anhand von Beispielen expliziert wird.

Der Spielraum der Optionen erscheint begrenzt, wenn es darum geht, Ziele zu erreichen und normativen Anrufungen zu folgen. G hebt hervor, dass es ihr um Erreichen von „Zufriedenheit“ geht, nicht jedoch um Glücklich-Sein. In der Sichtweise von G bedeutet Zufriedenheit und Glücklich-Sein auf differentes Erleben von Situationen hin. Im Weltverhältnis „sind keine Wunder zu erwarten“ und es ist vernünftig, das so zu sehen. Trotzdem wird auf Hoffnung gebaut, wenn G den Hinweis auf Lebensphasen gibt, in denen man dann „besser zufrieden“ ist. Die Eigenschaft „zufrieden“ wird gemessen. Es gibt zufrieden und besser zufrieden, die Messgröße ist nicht die Menge im Sinne von mehr oder weniger, sondern bezieht sich auf die Verbesserung der Situation. Zufriedenheit wird so zu einem diffusen Wert für Lebensqualität, den jeder dann auch „irgendwie schaffen“ kann und muss. Ein solcher Maßstab garantiert, dass es „leicht“ zu schaffen ist, ein Erfolg in jedem Fall auszumachen ist, und unterstützt ein Weltverhältnis der Illusion.

G geht es nicht um ein Maximum der Ausschöpfung vielfältiger Optionen, sondern vielmehr um ein Minimum, das es zu halten gilt. Selbstvertrauen in eigenes Handeln und Hoffnung auf Verbesserung im Leben erhalten so eine Färbung, die als grundsätzlich depressiv und eingeeengt gelesen werden kann. Was sich mit „gesund leben“ dann verbindet, sind Freunde und Familie. Das Individuum zieht sich aus der Welt zurück, ist eingebunden in einen Kreis von nahestehenden anderen, die Sicherheit und Schutz bieten. Die bewegte Gegenwart und die unüberschaubaren Räumen der Zukunft werden auf einen Bereich verkleinert, der individuell beeinflussbar scheint. So bleibt Handlungsfähigkeit erhalten. Für das Individuum gilt, diese Situation zu akzeptieren, und das ist das Beste, was daraus zu machen ist. Diese Sichtweise hat auch Gültigkeit für Situationen von Schwangerschaft oder Geburt. Als Beschwörungsformel für schwangere Frauen allgemein und für die schwangere G wird formuliert: Situation akzeptieren und das jeweils Beste daraus machen.

Interview mit Hebamme H

Textpassage zum Themenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 36.08 – 44.12; Transkript Absatz 96 - 112

H präsentiert sich in dieser Textpassage als Gesprächspartnerin, die Fragen und Antworten

verhandeln und mit einer eigenen Prägung versehen möchte. Die Distanz zwischen H und der Interviewerin wird von beiden wahrgenommen und auf der Ebene der Interaktion auf unterschiedliche Weise thematisiert. Inhalte und Interaktion sind Ebenen, die differenziert werden können und doch zusammen wirken. H hinterfragt die Sichtweisen der Interviewerin, der Interviewerin sind die Sichtweisen von H manchmal fremd, es werden Brücken gefunden und genutzt, um Distanz zu überwinden und sich anzunähern, es werden Grenzen aufgezeigt, um die es dabei geht.

In der Textpassage werden Sichtweisen von H auf Selbst und Weltverhältnisse sichtbar. H sieht sich als einen Menschen mit individuellen Eigenschaften und weniger durch geschlechtsbezogene Merkmale bestimmt. Als menschliches Wesen hat sie Gefühle und Wünsche. Sie ist eingebunden in einer spezifischen Lebenssituation als alleinerziehende, berufstätige Frau, die jung Mutter geworden ist. Sie setzt ihr Kind und seine Bedürfnisse an erste Stelle, hat aber auch eigene Bedürfnisse, die sich auf Arbeit und Freizeit, Sport und Ernährung beziehen. Sie erlebt dies als Spannungsfeld mit Konflikten. In der Gegenwart bewegen sich Wünsche und Lebensrealität in Distanz. H hat jedoch eine Vorstellung von Annäherung und bemüht sich, die Realität in Richtung ihrer Wünsche zu bewegen. Ihre Bewegungen gehen vom Wunsch aus und werden an realen Gegebenheiten ausgerichtet. H kennt ihr Bedürfnis nach Zeit und Raum für sich und sieht sich in der Lage, diese zu organisieren. Sie präsentiert sich als erfahren im Umgang mit ihren Bedürfnissen und ihrer Lebensrealität. Sie hat Modelle und Strategien kennengelernt, die sie bei möglichen Spannungen und Konflikten unterstützen.

Die Fragen der Interviewerin nach „gesund leben“ und insbesondere nach einer Verbindung mit Zugehörigkeit zum Geschlecht, haben für H eine Färbung, von der sie sich abgrenzen möchte und dies tut, indem sie sagt: „Ich weiß nicht, ob ich bei Mann und Frau da so entscheiden würde.“ Die Formulierung kann in Bezug auf eine Ebene von Wissen gelesen werden, bei der sie sich unsicher ist, ob sie darüber verfügt, oder in Bezug auf ihr Wollen, geschlechtsspezifische Eigenschaften überhaupt zu unterscheiden. Sie nimmt keine geschlechtsspezifischen Eigenschaften als Merkmale für Unterschiede wahr, denn in ihrer Sichtweise sind Menschen vorrangig durch individuelle Eigenschaften bestimmt. Es gibt für sie keine festgelegten Rollen als Mann oder Frau, als Vater oder Mutter. Es gibt Paare in Partnerschaft, die sich ähnlich sein können in ihrer Orientierung an Lebenszielen. Lebensumfeld und Zugehörigkeit zu einem bestimmten Milieu sind in Verbindung mit „gesund leben“ für H vorrangig zu sehen.

In ihrer beruflichen Tätigkeit als Hebamme hat H meistens Kontakt zu Paaren in einer spezifisch gerahmten Lebenssituation. Sie expliziert das: Die Paare leben in einer gut situierten finanziellen Situation, in eigenem Haus oder eigener Wohnung, entscheiden sich in fortgeschrittenem Alter für ein Kind, meist nur für ein Kind, das dann die besten Bedingungen zur Entwicklung haben soll. Für ein Kind sind sie bereit, ihr Leben zu überdenken und sich an „gesund leben“ zu orientieren. H begründet diese Erfahrungen mit einer beruflichen Tätigkeit in einer entsprechenden Wohngegend. Als Gegenhorizont wird der Hinweis auf andere Familienwirklichkeiten gegeben, die sie jedoch aus ihrer beruflichen Praxis nicht direkt kennt. H erkennt an, dass es neben ihren Erfahrungen und Sichtweisen andere Lebenswirklichkeiten gibt, zu denen sie nichts sagen kann und will. Auch dafür gibt sie eine Begründung. Sie begründet ihre Sichtweise mit fehlender Lebenserfahrung aufgrund ihres Alters. H grenzt sich von prekären Familienwirklichkeiten

ab, indem sie Kontakte und Erfahrungen damit begrenzt und als begrenzt ansieht. Sie geht einer Konfrontation mit diesen anderen Familienwirklichkeiten aus dem Weg. Das kann als Hinweis gelesen werden, sich angesichts ihrer eigenen Lebenssituation als alleinerziehende Mutter in finanzieller Unsicherheit vor der Dichte des Erlebens prekärer Familienwirklichkeiten zu schützen.

In der Textpassage wird wenig sichtbar, wie berufliche Praxen von Hebammen gesehen werden, wie H sich mit Paaren der einen oder anderen Art in Kontakt begibt. Berufliche Praxen oder Identität als Hebamme werden von H im Zusammenhang mit „gesund leben“ als Thema wenig expliziert. Sichtweisen scheinen zwar durch, treten jedoch hinter Sichtweisen auf milieubedingte Situationen zurück.

Interview mit Hebamme K

Textpassage zum Themenkomplex „gesund leben“

Fundstelle: Audio Minute 26.09 – 38.48; Transkript Absatz 59 - 75

K beginnt mit einer Kommentierung zur Fragestellung der Interviewerin und präsentiert sich als Experte, die differenzieren kann. Mit ihren Beschreibungen zu „gesund leben“ bewegt sich K auf unterschiedlichen Ebenen, die an Merkmalen von Fachlichkeit orientiert sind. Die erste Proposition zu „gesund leben“ unterscheidet die Ebenen Körper, Psyche und gesellschaftliches Einbettung. Die zweite Proposition orientiert sich an einer fachlichen Definition der WHO mit Begriffen wie Wohlbefinden und Glück und erfährt mit der erläuternden Metapher „sich nicht vergiften“ einen spezifischen Bedeutungszusammenhang. Mit der dritten Proposition erfolgt eine Bezugnahme auf sozialwissenschaftliche Merkmale der geschlechtsspezifischen Differenzierung, die auch in der Fragestellung der Interviewerin angeklungen sind. K verneint „wesentliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern“ und verbindet das mit einer Vorstellung von menschlichem „Glück“. Die Sichtweisen von K auf „gesund leben“ werden in philosophisch markiert geweitet. Es geht um „Glück“ auf der Ebene menschlicher Urbedürfnisse, „sich selbst fortzuführen“.

In den Sichtweisen von K sind menschliche Wesen mit diesem „Urbedürfnis“ als Basis ihres Handelns ausgestattet. Menschen kann das bewusst sein oder nicht. Es gibt Unterschiede in der Ausgestaltung. Frauen und Männer unterscheiden sich jedoch nicht. Menschliche Wesen haben die Fähigkeit zu Vorstellungen von Glück. Körperliche Prozesse von Schwangerschaft und Geburt können „un glaubliche Kraft“ geben und einen „großen Anteil an Glück machen“, sie „durchgestanden zu haben“. Eine Option von Geburt ist Erleben von Glück. Das Erleben der Geburt wird zum Glückserleben, wenn es mit dem Erleben von Kraft, eine Geburt als Prozess erfahren und abschließen zu können, verbunden werden kann. In der Erinnerung des „Durchgestanden-Habens“ wandelt sich die Situation der Geburt in Erfahrungen des Kräfteerlebens, die beglücken.

Körperliche Prozesse während der Geburt sind in und durch sich selbst bestimmt. „Selbstbestimmtheit“ dieser körperlichen Prozesse und Selbstbestimmung können für Frauen auseinander fallen. Das Erleben von Selbstbestimmtheit dieser Prozesse kann unterschiedlich eingeordnet und verarbeitet werden. K hat dazu die Einschätzung, dass Frauen, die „nicht selbst entscheiden konnten“, aus der Geburt „kein Glücksgefühl und wenig Entwicklungsaufbau“ ziehen. Ein Lernen durch die Geburtssituation wird von K an Voraussetzungen geknüpft. Für ihre Beschreibung nutzt sie einen Gegenhorizont mit negativen Formulierungen. Ein defizitärer Verlauf wird markiert: Im

Vorfeld „sich nicht entscheiden zu können“, begründet situatives Erleben von „kein Glücksgefühl“ und führt zur Prognose „wenig Entwicklungsaufbau“.

In der Textpassage werden von K auch Sichtweisen anderer Frauen zu „gesund leben“ expliziert. In Schwangerschaften verbinden Frauen damit in erster Linie Aspekte wie nicht Rauchen, nicht Trinken, kein Kaffee. Sie sind auf normative Anrufungen ausgerichtet, die als Verbote wahrgenommen werden. Andere Sichtweisen sind eher selten und „diffus“. Gesundheit wird auf eine „körperliche Unversehrtheit des Kindes beschränkt“. In dieser Sichtweise wird die Körperlichkeit der werdenden Mutter so eng mit dem Kind verbunden, dass die alleinige Unversehrtheit des Kindes im Fokus ist. Das Kind wird zur Motivation für „gesund leben“ der Frauen.

Als Hebamme begegnet K unterschiedlichen Gruppierungen von Frauen. Sie expliziert Kennzeichnungen dieser Gruppierungen am Umgang mit Empfehlungen der Hebamme. K differenziert zwischen Frauen, die Empfehlungen hören, annehmen oder umsetzen, und Frauen, die Empfehlungen benötigen, um umzusetzen, sowie Frauen, die von alleine umsetzen. In den Beispielen, die K ausführt, zeigen sich Sichtweisen auf beruflichen Praxen von Hebammen. Berufliche Praxen beinhalten, Frauen in ihrem Alltag wahrzunehmen, die richtigen Worte zu finden, situationsbezogen konkrete Hinweise zu geben, Anleitungen zu körperlichen Bewegungen zu geben, mit den Frauen zu üben, Abläufe einzuüben. Hebammen verfügen über Wissen und Erfahrungen, die Frauen allein meist nicht zugänglich sind. Hebammen sind mit Wünschen der Selbstbestimmung von Frauen konfrontiert. Frauen nehmen Empfehlungen von Hebammen an oder auch nicht. Wenn Hebammen als Autorität anerkannt werden, Empfehlungen von Frauen angenommen und umgesetzt werden, begründet ein Wohlbefinden als Hebamme.

3.5.3 Steckbriefe zu „gesund leben“

In einem weiteren Schritt der Bearbeitung des Materials wird „gesund leben“ auf der Basis dieser Interpretationen zu thematischen Steckbriefen verdichtet, die im Folgenden dargestellt werden. Es geht um Sichtweisen und Orientierungen, die sich im Material zeigen und sich mit „gesund leben“ verbinden lassen. Auch in dieser Darstellung bleibt der Bezug zu den einzelnen Interviewpartnerinnen nachvollziehbar, indem jeder Steckbrief einer Interviewpartnerin zugeordnet bleibt.

Steckbrief 1

(Interviewpartnerin A)

Jede Frau definiert das für sich, jede Frau definiert das unterschiedlich. Hebammen haben einen Blick auf Ernährung, Suchtmittel und Gesunderhaltung. Hebammen beobachten, wie eine Frau praktisch lebt, wie die Frau in einer Homöostase lebt, in ihrer Umwelt und Familie agiert, ob Elemente da sind, die die Frau dann auch krank machen. Krankmachende Elemente sind das Gegenteil von gesund.

Manchmal ist es ein Wust von Sachen, wo sich die Frau nicht gesund verhält. Das Problem kann erschlagend sein. Man kriegt nicht alles auf einmal geändert. Es ist mit kleinen Sachen anzufangen: Alternativen aufzeigen für Chips, die auf dem Wohnzimmertisch stehen, oder vorschlagen, Wege zu Fuß zu gehen statt mit dem Auto zu fahren. Nicht jede Frau kriegt die gleiche

Beratung, einfach sehen, was hilfreich und umsetzbar ist. Sich als Hebamme nicht anmaßen, zu viele Baustellen aufzumachen, nur wenn eine gestörte Umgebung wahrgenommen wird. Familienhebammen haben einen klareren Auftrag, wenn es passt, mit der Familie Ziele zu definieren. Es würden Sachen mit reinkommen wie Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten.

Für mich selbst ist wichtig, auf Ernährung zu achten, damit ich nicht zu viel zunehme. Kontrollieren ist notwendig, weil ich ständig zunehmen würde, wenn ich so viel esse, wie ich gern essen möchte. Dann aber einfach auch mal essen, wie ich es möchte, sich da auch die eigenen Freiheiten geben. Auf wenig Fleisch achten, biologische Ernährung, wenn es geht, aber genauso gut auch mal Junkfood. Im Alltag habe ich nicht so viel Bewegung, wie ich möchte, im Urlaub gehe ich wandern und hole das nach. Auf sich zu achten, dass es einem gut geht, dass es Entlastung gibt, diese Psychohygiene, dass man sich nicht zu weit reinfindet in bestimmte Problemlagen, sondern Distanz wahr, dass man nein sagt.

Steckbrief 2

(Interviewpartnerin B)

Schneller und zeitsparender zu sein, ist heute ein Ziel in der Gesellschaft. „Gesund“ wird schnell mit Medikamenten erreicht, präventiv und naturheilkundlich wäre viel mehr möglich. Heutzutage herrscht eine Art Ungeduld. Man gibt dem Körper nicht mehr die Zeit, die er vielleicht braucht.

Es ist sehr medizin-lastig geworden, es wird nicht nach dem Grund gefragt. Nebenwirkungen von Medikamenten werden hingegenommen und dann mit anderen Medikamenten ausgeglichen. Pharmaindustrie und Werbung haben sehr starken Einfluss. Erst eine Diagnose eröffnet den Zugang zum medizinischen System und zu möglichen Finanzierungen. Das System ist so aufgebaut, es ist so gewollt. „gesund leben“ ist nicht gewollt.

Situationen von Geburt und Sterben wohnt das Existenzielle inne. Beide Situationen haben für Menschen etwas Schreckhaftes. Man glaubt nicht mehr, dass es passieren kann. Natürlichkeit ist nicht mehr so gegeben. Leistungserbringer verdienen ihr Geld, weil Natürlichkeit nicht mehr da ist.

In ihrem Alltag mit Kind kommen junge Eltern häufig nicht auf einfache Dinge, die Hebammen kennen und empfehlen können. Empfehlungen von Hebammen werden jedoch häufig von Eltern nicht angenommen. Es muss erst mal etwas passieren.

Manchmal sind Menschen bereit etwas zu tun, sie sind weniger bereit, im Vorfeld oder präventiv darüber nachzudenken. Als Hebamme warte ich ab bis Dinge geschehen, bis Situationen eingetreten sind. Das ist frühzeitig und ein guter Ansatz für berufliches Handeln, dann kann ich einwirken, dann nehmen Eltern etwas an.

Hebammen zeigen Alternativen und geben jungen Eltern Möglichkeiten zum Ausprobieren. Wenn Familien offen sind für solche Themen, kann man das als Hebamme einfach anwenden. Es gilt, in den Familien Ansatzpunkte für „gesund leben“ zu finden, es im Alltag zu integrieren.

Frauen sind immer noch offener für das Thema, Männer sind mittlerweile auch gut erreichbar. Hebammen beziehen Männer ein und grenzen sie nicht aus. Männer sind einfach eher über Logik zu erreichen als Frauen, wenn es um biologische Systeme geht. Je nach Situation und Aufgabenverteilung in der Familie ist der Vater oder die Mutter ansprechbar, nicht in jeder Familie ist grundsätzlich die Frau Ansprechpartnerin für „gesund leben“. Als Hebamme achte ich in Fami-

lien darauf, wer für welche Themen angesprochen werden kann, und nehme die entsprechenden Personen dann mit ins Boot.

Steckbrief 3

(Interviewpartnerin C)

Gesundheit ist ein sehr komplexes ganzheitliches Thema. Zu Gesundheit gehören herkömmliche Aspekte, intensive Gespräche und eigene Sichtweisen.

Herkömmliche Aspekte zu Gesundheit sind Basics, die jeder kennt: kein Übergewicht, genug Bewegung, zwei Liter trinken am Tag, gesunde Ernährung, nicht rauchen, nicht trinken.

Gesundheit besteht aus Soll und Haben.

Zum Haben gehört für mich: Mann und Kinder, Freunde und nette Nachbarn, einen Beruf, der froh macht, eigene Neigungen, Talente und Gaben, mit Gott sein, Zugang zur Natur und mit sich sein können. Das Gegenteil davon ist Leistungsdenken, Kopfkino und zeitliche Taktung. Gesundheit ist für mich verbunden mit Sinneslust und Freude. Für „gesund leben“ ist Freude ein Merkmal. Freude zeigt sich im Erleben und Handeln, ist so auch für berufliches Handeln entscheidend.

Die Zeit von Schwangerschaft und Geburt ist geprägt von Erleben und dieses Erleben öffnet für das Thema Gesundheit. Eine Generalisierung von Unterschieden zwischen Männern und Frauen wird abgelehnt. Situationen sind unterschiedlich. Für berufliches Handeln als Hebamme gilt als Regel: Leute abholen, wo sie sind, und nie für jeden die gleiche Beratung machen.

Steckbrief 4

(Interviewpartnerin D)

„gesund leben“ ist das, was man so weiß, ist gesunde Ernährung, genug Gemüse, Obst und Vollkornprodukte, genug Bewegung. Das wissen Frauen heute.

„gesund leben“ bedeutet auch zufrieden leben. Damit ist das Gefühl gemeint, man kann selbst und ist nicht den Umständen ausgeliefert. Es geht um Selbstwirksamkeit, dass man selbst etwas dafür tun kann, dass es einem gut geht, man seine Umgebung selbst gestalten und positiv gestalten kann.

Für die Zeit der Schwangerschaften gibt es Gebote und Verbote. Als Schwangere sitzt man gern auf dem Sofa und pflegt den Bauch. Frauen wissen Bescheid über gesunde Ernährung und Bewegung. Sie haben dann ein schlechtes Gewissen, wenn sie zu viel Chips und Schokolade essen. Für viele Frauen fällt Verzicht in der Schwangerschaft nicht schwer.

Beispiel Rauchen: Das öffentliche Rauchverbot wirkt in Familien hinein. Es ist eine Selbstverständlichkeit geworden, dass Wohnungen rauchfrei gehalten werden zum Wohl der Kinder. Wahrgenommene Rauchgerüche in Wohnungen werden von mir als Hebamme angesprochen.

In Medien wird berichtet, dass für Frauen gesunde Ernährung eher im Vordergrund steht als für Männer, die im Prinzip lieber Fleisch essen. Das deckt sich mit beruflichen Erfahrungen von mir als Hebamme.

Theoretisches Wissen zu gesunder Ernährung ist ausreichend verfügbar. Es bestehen heute Erwartungen und Anforderungen, die nicht zu schaffen sind. Hebammen versuchen Frauen Erfahrungen und Wissen zu Situationen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu vermitteln.

Stillen ist wichtig fürs Kind, für die Mutter und für die Hebamme. Eine zufriedene Stillbe-

ziehung fördert Eltern-Kind-Beziehung grundlegend. Beikost ist eine gute Chance, Kinder an gesunde Ernährung heran zu führen. Kinder brauchen Körperkontakt und Bewegung.

Viele Frauen haben ein gutes Körpergefühl. Hebammen bestärkt Frauen, sich selbst zu glauben. Bei Geburten sind Rückenlagen gebräuchliche Gebärpositionen, jedoch keine günstigen.

Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt sind heute durch Bilder in Medien bestimmt. Übende Körpererfahrungen aus der Geburtsvorbereitung machen Geburten für Frauen leichter.

Steckbrief 5

(Interviewpartnerin E)

„gesund leben“ ist frei von Krankheiten zu sein, sein Leben zu organisieren, sich wohl zu fühlen, „von Ernährung bis, aber auch“.

Mit Schwangerschaft und Geburt werden aus Frauen Mütter, das Kind kommt ins Spiel. Frauen sind nicht nur für sich selbst verantwortlich, sondern auch für das Kind. Ernährung spielt eine große Rolle, nicht rauchen im Raum, kein Alkohol, Sucht halt überhaupt.

Mit Schwangerschaft heißt „gesund leben“ dann gesunde Ernährung, gesundes Lebensumfeld, eigene Ressourcen abstecken. „Gesund leben“ ist also als erstes, sich gesund zu ernähren, darauf zu achten, dass das Kind gesunde Ernährung bekommt und sich nicht zu verausgaben, egal wo und womit.

Auch wenn heute gesellschaftliche Anforderungen und Erwartungen anders sind, sollten Frauen sich nur für ihr Kind oder die Familie Ruhephasen nach der Geburt gönnen, Männer sollten mal im Beruf zurückstecken und für die Familie da sein.

Es sind gesellschaftliche Veränderungen wahrzunehmen, die unabhängig von Situationen in einzelnen Familien sind: Frauen müssen nach Schwangerschaft und Geburt gleich wieder funktionieren, sie schaffen innerhalb der Wohnung und im Zuhause wenig Atmosphäre der Ruhe und Ausgeglichenheit, eine Wochenbettkultur gibt es nicht mehr.

Eine Hebamme muss den Frauen heute sagen: Denk mal an dich! Wenn du an dich denkst, denkst du ans Kind. Eine Hebamme muss Frauen dafür den Blick beibringen. Eine Hebamme heute muss darauf hinwirken, dass vorhandene familiäre Netzwerke von Frauen auch genutzt werden. Denn Frauen meinen, sie müssten alles selbst tun, um eine gute Mutter zu sein, was Quatsch ist.

Frauen kennen heute ihren Körper nicht so gut, sind durch Veränderungen in der Schwangerschaft verängstigt und gehen zum Arzt oder zur Hebamme. Sie haben das früher eher hingegenommen oder ihre Mütter gefragt. Auf den Körper zu achten, hört nach der Geburt auf, da hat der Körper nicht mehr so viel Vorrang. Frauen lassen ihrem Körper nach der Geburt heute nicht die Zeit, um die Rückbildung zu vollziehen.

Steckbrief 6

(Interviewpartnerin F)

„gesund leben“ ist, für sich einfach zu gucken, wie tue ich mir selber etwas Gutes vor allen Dingen, und als Hebamme zu vermitteln, dass Frauen gucken, wie es ihnen geht.

In der Schwangerschaft heißt „gesund leben“, dass Frauen in Bewegung bleiben, viel trinken, zuckerfrei essen, viel Obst und Gemüse, das Rauchen aufhören oder einschränken. Sie sagt:

„Die dürfen aber ja“. Nach der Geburt geht es darum, dass sich die Frauen Ruhe gönnen, die sie brauchen, gut essen, nicht hungern, und dass das Kind an die frische Luft kommt.

Körperliche Risiken wie Übergewicht und Diabetes sind mit Sport, Rückbildung und Beckenbodengymnastik einzugrenzen.

Negatives Erleben von Geburten haben große Effekte für zukünftige Schwangerschaften und ein verändertes Bemühen um „gesund leben“.

„gesund leben“ braucht Zeit. Raum dafür einzuholen und im Alltag einzuplanen, ist notwendig. Wenn es fester Bestandteil wird, fällt es nicht immer hinten runter.

„gesund leben“ als eine strategische Erfahrung: Cola und Schokolade nicht grundsätzlich im Haus, nicht permanent zwischendurch essen, gemeinsame Mahlzeiten einnehmen, selber kochen und Sport treiben, denn Sport vermittelt, dass es einem gut geht. Lebt man selbst so, bleibt es bei den Kindern hängen. Grundlagen für „gesund leben“ werden in den ersten Jahren gelegt, es ist an Kindern erkennbar.

Steckbrief 7

(Interviewpartnerin G)

„gesund leben“ wird in der Ausbildung gelernt. Hebammen lernen eher das Gesunde, Ärzte eher das Krankhafte. „gesund leben“ heißt, das Gesunde, das eigentlich da ist, zu unterstützen und hervor zu bringen.

Man soll fünf verschiedene Obst- und Gemüsesorten am besten Fall in fünf verschiedenen Farben pro Tag zu sich nehmen. Frauen haben dieses Wissen und ein schlechtes Gewissen, wenn die Umsetzung nicht klappt. Richtschnur für berufliches Handeln als Hebamme ist, sich selbst und andere Frauen nicht verrückt zu machen, denn die Dosis macht das Gift. Ich finde alles gesund, was nicht zwanghaft ist. Man muss darauf achten, dass man sich gesund ernährt. Als Hebamme traue ich jedem zu, das irgendwie zu schaffen, so schwer ist das nicht.

„gesund leben“ ist ein gutes Selbstbewusstsein, ein gutes Selbstvertrauen, sich selbst zu mögen, dass man das Richtige tut und dazu steht, was man macht und damit zufrieden zu sein. Es bedeutet Zufriedenheit, nicht Glücklich-Sein im Sinne von realistisch sein und zu erkennen, was ich tun kann, damit es mir besser geht, und keine Wunder zu erwarten. Es bedeutet Unterstützung von Freunden zu haben, von der Familie. Ziel ist, das Beste aus der Situation zu machen, sie zu akzeptieren und darauf zu hoffen, dass es Phasen gibt, in denen man besser zufrieden ist.

Steckbrief 8

(Interviewpartnerin H)

„gesund leben“ hat viel damit zu tun, das, was wichtig ist, einzuteilen. Lebensaspekte sind eigene Kinder, eigene Bedürfnisse, Arbeiten, Sport, Ernährung. Es geht darum, sich klar zu machen, wie groß ein Wunsch ist und mit der Realität einigermaßen in die Richtung zu gehen. „gesund leben“ ist groß im Gegensatz zu anderen Miniaspekten. Ich brauche dafür Räume und organisiere sie mir.

Zum Unterschied bei Mann und Frau: Wer sagt, wie Frauen sind? Klar gibt es Dinge, die eher bei Männern so sind und eher bei Frauen so sind. Vielleicht mag es mehr Frauen geben, die Gesundheit mit Ernährung definieren, und mehr Männer, die Gesundheit mit körperlicher Betäti-

gung definieren. Ich würde da jetzt keinen Unterschied machen. Wir Menschen sind alle zu individuell. Ich habe nicht genug Lebenserfahrung, um sagen zu können, so sind Männer, so sind Frauen.

Zur Hypothese: Frauen erleben Schwangerschaft und Geburt körperlich und haben so einen anderen Zugang zu „gesund leben“ als Männer. Für den Zugang zu „gesund leben“ schätzt H die Bedeutung des Geschlechts als weniger wichtig ein als die Bedeutung des Lebensumfeldes in Zugehörigkeit zum Milieu. Die Lebenssituation von Paaren ist bestimmt von ihrem finanziellen Rahmen mit Berufstätigkeit, vom Wohnen in Haus oder Wohnung, vom Lebensalter bei der Entscheidung für ein Kind und von der jeweiligen Anzahl der eigenen Kinder. Lebenssituationen und Familienwirklichkeiten sind individuell.

Paare, die vorrangig von mir als Hebamme betreut werden, entscheiden sich in gut situiertem Rahmen in fortgeschrittenem Lebensalter für ein Kind, das dann so toll und gesund wie möglich sein muss. Beide Partner haben einen ähnlichen Ansporn zu „gesund leben“. Beim Eintritt von Schwangerschaften beschäftigen sich diese Paare in ähnlicher Weise mit ihrer Gesundheit, gehen zusammen walken oder schwimmen, hören auf zu rauchen, kochen zusammen für ihr Kind. Partner ergänzen sich dann oft ganz gut.

In anderen Wohngebieten oder in ländlicher Umgebung gibt es auch andere Familienwirklichkeiten. Schwangerschaften sind dort kein Anlass, mit Rauchen aufzuhören, weil es als zu anstrengend empfunden wird. Partner haben dort oft beide keinen Ansporn zu „gesund leben“.

Haben Schwangerschaft und Kind hohe Bedeutung für Paare, verbindet sich die Entscheidung für eine Schwangerschaft mit der Motivation für „gesund leben“ als ein sich Anstrengen-Wollen für dieses Kind, das ja so toll und gesund wie möglich sein muss.

Steckbrief 9

(Interviewpartnerin K)

„gesund leben“ ist ein schwieriges Thema, weil es so viele Aspekte hat. Mögliche Aspekte sind körperlich gesund, ernährungsmäßig gesund, psychisch gesund, gesund gesellschaftlich eingebettet.

„gesund leben“ ist ein Leben, bei dem man einigermassen glücklich sein kann, eigenes Wohlbefinden hat und sich nicht mit irgendwelchen Mitteln vergiftet, über kurz oder lang.

In Bezug auf „gesund leben“ gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Es berührt ein menschliches Urbedürfnis, eine Art, sich selbst fortzuführen.

Eine Geburt, die gut durchgestanden wurde, gibt schon unglaubliche Kraft und macht einen großen Anteil von Glück aus. Eine gewisse Art von Selbstbestimmung gehört dazu. Frauen, die sich nicht selbst entscheiden konnten, ziehen aus einer Geburt kein Glücksgefühl und wenig Entwicklungsaufbau.

Ein Kind ist in den allermeisten Fällen eine Motivation. Hervorragende Aspekte in einer Schwangerschaft sind dann immer nicht rauchen, nicht trinken, kein Kaffee. Dann hört es schon bald auf, wird diffus, nimmt zu viel Raum ein. Frauen können das in der frühen Phase nicht fassen. Gesundheit ist sehr beschränkt auf die körperliche Unversehrtheit des Kindes, nicht auf die körperliche Unversehrtheit der Mutter.

Bei Rückenschmerzen in der Schwangerschaft kommen Frauen selten darauf, sich im Büroalltag Freiräume zu schaffen. Als Hebamme muss man Frauen das sagen. Ein praktischer Hinweis kann dann sein: mal einige Minuten zwischendurch aufstehen, etwas trinken, sich bewegen. Es

findet keine Integration in den Alltag statt, sondern Frauen besuchen gesundheitsbezogene Kurse.

Eine Hebamme begegnet im Beruf unterschiedlichen Gruppierungen von Frauen: Frauen, die Empfehlungen umsetzen, Frauen, für eine Hebamme nicht die richtigen Worte findet, sodass sie Empfehlungen annehmen und umsetzen können, Frauen, die Empfehlungen von Hebammen gut annehmen und sie umsetzen, und Frauen, die alles von alleine machen.

Ein Beispiel: Unterschiede in der Wirkung von Empfehlungen zu rückschonendem Aufstehen. Es gibt Frauen, die fangen schon in der Schwangerschaft damit an und machen das auch nach der Geburt weiter. Und es gibt Frauen, die machen es in der Rückbildung immer noch in gewohnter, nicht rückschonender Weise. Praktisches Üben und Einüben des körperlichen Bewegungsablaufs mit Anleitung einer Hebamme hat einen Erinnerungseffekt, der kurzfristig oder langfristig wirken kann.

Hebammen geben Frauen die Möglichkeit zu konkreten und praktischen Erfahrungen mit ihrem Körper. Frauen lernen körperliche Bewegungen und körperliche Prozesse suchend wahrzunehmen und anders zu erleben. Sie können ihre Erfahrungen so transformierend verändern.

3.6 „gesund leben lernen“ – Sichtweisen und Orientierungen von Hebammen

In einem weiteren Schritt der Bearbeitung des Materials werden Propositionen, Differenzierungen und Konklusionen aus den Textpassagen zu „gesund leben“ zusammengestellt und erneut geordnet. Die Aussagen werden jeweils einem „was ist damit gemeint“ mit positivem und negativem Horizont zugeordnet oder einem „wie geht es“, was Orientierungen für berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen meint, um „Sinnzusammenhänge“ darzustellen. Die Übersicht zu „gesund leben lernen“ als Hebamme erfolgt thematisch geordnet nach Aspekten wie „in Ausbildung lernen“, „im Beruf handeln“, „Bewusstsein bilden“, „Risiken begegnen“ und „Freude erleben“. Es schließen sich Zusammenstellungen unter den Aspekten „Sichtweisen auf Frauen“, „Genderaspekte“, „Familienwirklichkeiten“ und „gesellschaftliche Veränderungen“ an.

Dieser Schritt erfolgt ursprünglich zur Vorbereitung der Fokusgruppe, um dort einen Impuls einzusetzen, der am Material entwickelt worden ist. Im Verlauf der Vorbereitung wird diese Idee jedoch verworfen (vgl. Kapitel 5). An dieser Stelle dient die Darstellung dieses Schritts der Materialbearbeitung dazu, einen Überblick zu Sichtweisen von Hebammen oder Familienhebammen und Orientierungen in beruflichen Praxen zu geben, die sich im Material am Beispiel von „gesund leben lernen“ in ihrer Vielfältigkeit abbilden.

„gesund leben“

	was ist das positiv?
herkömmliche Aspekte	körperlich; psychisch; ernährungsmäßig; gesellschaftlich eingebettet
Basics, die jeder kennt	gesunde Ernährung; fünf Obst- und Gemüsesorten in verschiedenen Farben pro Tag; wenig Fleisch; zwei Liter trinken pro Tag; in Bewegung bleiben; Sport; gesundes Lebensumfeld
Haben	Mann, Kinder, Freunde, nette Nachbarschaft; einen Beruf der froh macht; Neigungen, Talente, Gaben; mit sich sein, mit Gott sein, Zugang zu Natur; Existenzielles; Zufriedenheit, nicht glücklich sein; Sinneslust, Lebensfreude
	was ist negativ?
zu Essen, Ernährung	kein Übergewicht; Cola und Schokolade nicht grundsätzlich im Haus; nicht permanent zwischendurch essen
zu Süchten und Bewegung	sich nicht mit irgendwelchen Mitteln über kurz oder lang vergiften; Hinnehmen von Nebenwirkungen bei Medikamenten; nicht rauchen; nicht rauchen in Räumen, in denen Kinder leben; nicht trinken; sich nicht genug bewegen
sonstiges	diffus raumeinnehmend, nicht zu fassen in der frühen Schwangerschaft; zwanghaft; sich verausgaben egal für was; Devise schnell und zeitsparend; zeitliche Taktung, Leistungsdenken, Kopfkino;

„gesund leben“

	wie geht es?
situativ pragmatisch	sich selbst etwas Gutes tun; sich wohlfühlen; einigermaßen glücklich sein; sich Ruhe gönnen; Ressourcen abstecken; selber kochen; mit dem Kind an die frische Luft gehen
selbstbezogen	sich selbst mögen; sich selbst vertrauen; sich zutrauen, es irgendwie zu schaffen; das Beste aus der Situation machen; das Gesunde, das da ist, unterstützen und hervorbringen; zufrieden leben; selbst etwas dafür tun können; akzeptieren
zukunftsorientiert	sein Leben organisieren; einteilen, was wichtig ist; sich klarmachen, wie groß ein Wunsch ist und in die Richtung gehen; auf Phasen hoffen, in denen man besser zufrieden sein kann Sinnzusammenhänge von gesund leben
Sinnzusammenhänge von gesund leben	
Das Kind kommt ins Spiel...	sich anstrengen-wollen fürs Kind; Verantwortung nicht nur für sich selbst sondern fürs Kind; Bedeutung des Kindes für Paare und Beziehung; Kind als Ansporn für Paare, sich gemeinsam mit Gesundheit zu beschäftigen; körperliche Unversehrtheit des Kindes; ein Kind, so toll und so gesund wie möglich; negativ erlebte Geburt als Motivation für zukünftige Schwangerschaft; Grundlagen aus den ersten Lebensjahren sind an den Kindern erkennbar
strukturelle Rahmungen	medizin-lastig geworden; Zugang zum Medizinsystem durch Diagnosen; durch das System nicht gewollt; Einflüsse von Pharmaindustrie und Werbung

„gesund leben lernen“

	als Hebamme
lernen in der Ausbildung	gesund leben wird gelernt. Hebammen lernen eher das Gesunde, Ärzte das Krankhafte.
handeln im Beruf	<p>beobachten: wie eine Frau praktisch lebt und in ihrer Umwelt agiert. sehen: was in der Alltagspraxis einer Familie hilfreich und umsetzbar ist. achten: welche Themen angesprochen werden können. abwarten: bis Dinge geschehen, Situationen eingetroffen sind, dann handeln und einwirken. Worte finden, die richtig sind. empfehlen, Rat geben. Nie für jeden die gleiche Beratung machen. Sich nicht anmaßen, zu viele Baustellen aufzumachen. Einfach anwenden, wenn Familien offen sind für solche Themen. Ansatzpunkte finden zur Integration in den Alltag von Familien. hinweisen: krankmachende Elemente identifizieren und ansprechen. klein anfangen: man kriegt nicht alles auf einmal geändert. Alternativen aufzeigen. Ausprobieren anbieten. Erfahrungen mit dem Körper ermöglichen, konkret und praktisch. Möglichkeiten geben, körperliche Bewegungen suchend wahrzunehmen und anders zu erleben. Leute abholen, wo sie sind. Personen mit ins Boot nehmen. Hinwirken, familiäre Netzwerke auch zu nutzen und trotzdem eine gute Mutter zu sein. erziehen und ermahnen: Frau, denk mal an dich!</p>

„gesund leben lernen“

	als Hebamme
Bewusstsein bilden	<p>Hebammen und Familienhebammen vermitteln Wissen und Erfahrungen. Theoretisches Wissen zu Ernährung ist ausreichend verfügbar. Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt werden durch Medien bestimmt. Es gibt Erwartungen und Anforderungen, die nicht zu schaffen sind. Erfahrungen bewirken Veränderungen.</p> <p>Es gibt unterschiedliche Gebärpositionen, für die sich eine Frau entscheiden kann. Viele Frauen haben ein gutes Körpergefühl, Hebammen bestärken Frauen, sich selbst zu glauben. Stillen ist wichtig für Mutter, Kind und Hebamme.</p> <p>Eine zufriedene Stillbeziehung fördert die Eltern-Kind-Beziehung grundlegend. Kinder brauchen Körperkontakt und Bewegung, Bedürfnisse ändern sich. Beikost ist eine gute Chance, Kinder an gesunde Ernährung heranzuführen.</p>
Risiken begegnen	<p>Körperliche Risiken können mit Sport und Bewegung eingegrenzt werden. Mit dem Üben von rückschonendem Aufstehen in der Schwangerschaft beginnen. Frauen kommen selten darauf, sich Freiräume zu schaffen, das müssen Hebammen ihnen sagen. Praktische Hinweise für den Büroalltag bei Rückenschmerzen helfen: aufstehen, sich bewegen. Übende Körpererfahrung in der Geburtsvorbereitung machen Geburten für Frauen leichter. Einüben körperlicher Bewegungsabläufe führen zu Erinnerungseffekten, die kurz oder lang wirken.</p>
Freude erleben	<p>Erleben in der Zeit von Schwangerschaft und Geburt öffnet für gesund leben. Gesund leben findet nicht integriert im Alltag statt, Frauen besuchen Kurse. Freude im Erleben und Handeln ist ein Indiz für gesund leben. Freude im beruflichen Handeln als Hebamme ist ein Indiz für gesund leben.</p>

Sichtweisen von Hebammen

auf Frauen

Für die Zeit der Schwangerschaft gibt es Gebote und Verbote für Frauen.

Als Schwangere sitzt man gern auf dem Sofa und pflegt den Bauch. Frauen wissen Bescheid über gesunde Ernährung und Bewegung. Sie haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie zu viel Chips und Schokolade essen. Für viele Frauen fällt Verzicht in der Schwangerschaft nicht schwer. Frauen kennen heute ihren Körper nicht so gut, sind durch Veränderungen in der Schwangerschaft verängstigt und gehen zum Arzt oder zur Hebamme. Sie haben das früher eher hingenommen oder ihre Mütter gefragt.

Eine Geburt, die gut durchgestanden wurde, gibt schon unglaubliche Kraft und macht einen großen Anteil von Glück aus.

Eine gewisse Art von Selbstbestimmung gehört bei Geburten dazu. Frauen, die sich selbst nicht entscheiden konnten, ziehen aus einer Geburt kein Glücksgefühl und wenig Entwicklungsaufbau

Frauen schaffen innerhalb der Wohnung und im Zuhause wenig Atmosphäre der Ruhe und Ausgeglichenheit, eine Wochenbettkultur gibt es nicht mehr.

Auf den Körper zu achten, hört nach der Geburt auf, da hat der Körper nicht mehr so viel Vorrang. Frauen lassen ihrem Körper nach der Geburt heute nicht die Zeit, die Rückbildung zu vollziehen.

auf Genderaspekte

Situationen sind unterschiedlich, eine Generalisierung von Unterschieden zwischen Männern und Frauen wird deshalb abgelehnt.

In Bezug auf gesund leben gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Sich selbst fortzuführen, berührt ein menschliches Urbedürfnis. Frauen erleben Schwangerschaft und Geburt körperlich und haben andere Zugänge als Männer, Geschlecht wird als Zugang weniger wichtig angesehen als das Lebensumfeld und die Zugehörigkeit zu einem Milieu.

Wer sagt, wie Frauen sind? Es gibt Dinge, die bei Männern eher so sind und bei Frauen eher so sind, vielleicht mag es Frauen geben, die Gesundheit mit Ernährung definieren, und mehr Männer, die Gesundheit mit körperlicher Betätigung definieren, wir Menschen sind individuell.

In Medien wird berichtet, dass für Frauen eher gesunde Ernährung im Vordergrund steht als für Männer, die im Prinzip lieber Fleisch essen, die Erfahrungen als Hebamme bestätigen das.

Frauen sind immer noch offener für das Thema, Männer sind mittlerweile auch gut erreichbar, Hebammen beziehen Männer ein und grenzen sie nicht aus, Männer sind einfach eher über Logik zu erreichen als Frauen, wenn es um biologische Systeme geht.

Je nach Situation und Aufgabenverteilung in der Familie ist der Vater oder die Mutter ansprechbar, nicht in jeder Familie ist grundsätzlich die Frau Ansprechpartnerin für gesund leben.

Sichtweisen von Hebammen

auf Familienwirklichkeiten

Lebenssituationen und Familienwirklichkeit sind individuell und unterschiedlich,

die Lebenssituation von Paaren ist bestimmt von ihrem finanziellen Rahmen durch Berufstätigkeit, vom Wohnen in Haus oder Wohnung, vom Lebensalter bei der Entscheidung für ein Kind, von der jeweiligen Anzahl eigener Kinder.

In anderen Wohngebieten oder in ländlicher Umgebung gibt es auch andere Familienwirklichkeiten, Schwangerschaften sind dort kein Anlass, mit Rauten aufzuhören, weil es als anstrengend empfunden wird, Partner haben dort oft beide keinen Ansporn zu gesund leben.

auf gesellschaftliche Veränderungen

Es sind gesellschaftliche Veränderungen wahrzunehmen, die unabhängig von Situationen in einzelnen Familien sind, Frauen müssen nach Schwangerschaft und Geburt gleich wieder funktionieren, Wochenbettkultur gibt es nicht mehr.

Das öffentliche Rauchverbot wirkt in Familien hinein, es ist eine Selbstverständlichkeit geworden, Wohnungen zum Wohl der Kinder rauchfrei zu halten, Rauchgeruch in Wohnungen wird von Hebammen bei ihren Besuchen wahrgenommen und angesprochen.

Auch wenn heute gesellschaftliche Anforderungen und Erwartungen anders sind, sollten Frauen sich nach der Geburt für ihr Kind oder ihre Familie Ruhephasen gönnen, Männer sollten mal im Beruf zurückstecken und für die Familie da sein.

In Hinblick auf eine ergänzende Diskussion von Erkenntnissen im Rahmen einer Fokusgruppe hat sich die Zusammenstellung der Sichtweisen und Orientierungen zu „gesund leben lernen“ als zu umfangreich erwiesen (vgl. Teil B Kapitel 5 und Teil C Kapitel 3). Deshalb erfolgte in einem weiteren Schritt der Bearbeitung eine Verdichtung zu Spannungsfeldern, die im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen als exemplarisch angesehen werden.

Durch Interpretation der Textpassagen erschließen sich Sichtweisen der Interviewpartnerinnen und Orientierungen in beruflichen Praxen von Hebammen und Familienhebammen. Im Material zeigt sich, wie „gesund leben“ gesehen wird und in berufliche Praxen als Hebamme oder Familienhebamme einfließt. Berufliche Praxen können als Bewegungsfiguren zwischen Dimensionen interpretiert werden. Zwischen Horizonten aufgespannt entstehen Felder als Räume für spezifische Bewegungen. Im zeitlichen Verlauf und im Zusammenspiel der Spannungen der jeweiligen Felder entstehen Bewegungsfiguren des Fortschreitens oder Verweilens, des Pendelns oder des Auf und Abs. Beispiele für solche Spannungsfelder sind:

- selbst etwas tun können - den Umständen ausgeliefert sein
- sich kontrollieren – sich Freiheiten geben
- eigene Erwartungen, Anforderungen – Erwartungen, Anforderungen anderer
- Selbstbestimmung - Fremdbestimmung
- Verbote - Alternativen
- gute Ernährung – schlechte Ernährung (bezogen auf Menge und Qualität)
- gehaltvolle Nahrung – Fastfood
- an Lust orientiert – an Vernunft orientiert
- Wunsch nach Sicherheit – gesundheitliche Risiken
- Wunder erwarten – Realität akzeptieren
- sich und andere verrückt machen – entspannt sein
- zwanghaft denken und handeln – experimentierfreudig sein, ausprobieren
- Empfehlungen annehmen, umsetzen – Empfehlungen ignorieren, ablehnen
- Soll – Haben im Lebensalltag
- in Probleme reingehen – Distanz wahren
- abwarten - einwirken
- zufrieden sein – glücklich sein

„gesund leben“ bewegt sich zwischen den Horizonten der Spannungsfelder. Bewegungen und Bewegungsfiguren in beruflichen Praxen können Hebammen oder Familienhebammen zugänglich sein oder unbewusst wirken. Für die Fokusgruppe können diese Spannungsfelder als Impuls zur Eröffnung der Diskussion genutzt werden, in der sich Sichtweisen und Orientierungen der Mitwirkenden entfalten. Die bisherigen Erkenntnisse zu „gesund leben“ und zu „gesund leben lernen“ erfahren so eine Ergänzung (vgl. Teil B Kapitel 5 und Teil C Kapitel 3).

4. Baustein Sichtweisen und berufliche Praxen von Hebammen im Spiegel von Supervision

4.1 Überlegungen zum Vorgehen

Im Frühjahr 2013 habe ich mich mit der Frage beschäftigt, welche Formen der Qualitätsentwicklung Hebammen oder Familienhebammen aktuell bereits nutzen. Ich habe mich erinnert, dass ich Anfang der 00-er Jahre zwei Supervisionsprozesse von Hebammen begleitet habe. In einem Prozess ging es um eine Einzelberatung zu beruflichen Fragestellungen, bei dem anderen Prozess handelte es sich um die Beratung von zwei Hebammen mit der Fragestellung, wie sich die Zusammenarbeit in einer Praxisgemeinschaft weiterentwickelt. Ausgehend von diesen Erfahrungen konkretisieren sich für das Forschungsprojekt folgende Fragen:

Nutzen Hebammen und Familienhebammen Supervision als Beratungsformat bereits regelhaft für eine Begleitung in ihrer beruflichen Rollengestaltung und Entwicklung?

Wie sehen Supervisor_innen Beratungsprozesse mit Hebammen?

In Deutschland ist die Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv) ein großer Fachverband für Supervision mit etwa 4.000 Mitgliedern. Für die Beantwortung obiger Fragen ist eine Zusammenarbeit mit diesem Verband interessant. In dem Fachverband sind Einzelpersonen, Ausbildungsinstitute für Supervision und ausbildende Hochschulen Mitglied. Eine erste Anfrage im Mai 2013 bei dem damaligen Geschäftsführer des Verbandes hat ergeben, dass grundsätzlich Interesse besteht, das Forschungsprojekt zu unterstützen und Kontakte zu Verbandsmitgliedern zu vermitteln.

4.2 Onlinebefragung in der Deutschen Gesellschaft für Supervision

4.2.1 Vorbereitung der Onlinebefragung

Der Kontakt zur Geschäftsstelle der DGSv erfolgt durch die Forscherin, die als Supervisorin Mitglied in dem Fachverband ist. Der damalige Geschäftsführer gibt den Hinweis, dass das Thema nach erstem Eindruck im Verband „ein wenig beackertes Feld“ zu sein scheint, man aber gern bereit ist, einen Aufruf im elektronischen Mitgliederbrief zu veröffentlichen, um Tipps und Informationen zu ermitteln. Im elektronischen Mitgliederbrief der DGSv vom 31.07.13 erscheint dann ein von der Forscherin formulierter Aufruf. In dem Aufruf wird das Anliegen des Forschungsprojektes kurz beschrieben und bei Interesse um Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon gebeten.

Reaktion auf den Aufruf im Mitgliederbrief der DGSv

Auf diesen Aufruf bekunden sieben Mitglieder des Verbandes zwischen Anfang August und Anfang Oktober 2013 per E-Mail Interesse an einem Kontakt. Mit den interessierten Supervisor_innen werden per E-Mail Termine für telefonische Gespräche vereinbart.

Durchführung der Telefoninterviews

Die Telefon-Interviews finden von August bis Ende Oktober 2013 statt. Folgende Aspekte werden im Telefonat angesprochen:

Informationen zur Person der Forscherin, zu ihrer Motivation und zum Forschungsprojekt;

inhaltliche Informationen zur Lebensphase von Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt, die für Gesundheitsförderung bedeutsam sein kann, und zu Möglichkeiten von Hebammen, dies zu unterstützen, zu Formaten der Qualitätsentwicklung, die Hebammen nutzen, um ihre Berufsrolle zu gestalten, sowie zu Erfahrungen, die Supervisor_innen mit Hebammen als Kundinnen haben;

Informationen zur Absprache mit dem Geschäftsführer der DGSv zum Aufruf im Mitgliederbrief, zur geplanten Online-Befragung der Mitglieder und einem Austauschforum im Verband;

Bitte um Schilderung von bisherigen Erfahrungen zu Beratungsprozessen mit Hebammen und Nachfrage zum Interesse an einem vertiefenden Interview zu einem späteren Zeitpunkt.

Mit sieben Supervisor_innen werden Telefoninterviews nach diesem Leitfaden geführt. Es sind fünf Frauen und zwei Männer. Die interviewten Supervisor_innen sind in unterschiedlichen Bundesländern tätig: in Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, NRW und Sachsen. Die einzelnen Telefonate dauern zwischen zwanzig und vierzig Minuten. Direkt nach dem Gespräch erstellt die Forscherin jeweils ein kurzes Erinnerungsprotokoll zum Inhalt des Telefonats.

Alle Interviewpartner_innen sind langjährig berufserfahren in Supervision. Der berufliche Erfahrungshintergrund mit Hebammen oder Familienhebammen als Kundinnen reicht von einer einzelnen Anfrage, die letztendlich zu keinem Kontrakt geführt hat, oder von einem einzelnen Supervisionsprozess bis hin zu langjähriger Erfahrung mit unterschiedlichen Beratungsprozessen einzelner Hebammen, Gruppen von Hebammen, Geburtshaus-Teams oder Teams im Bereich Frühe Hilfen.

Die Gesprächspartner_innen sind immer interessiert, offen und kooperativ. Die Gespräche sind unterschiedlich intensiv. Die Forscherin kommt aufgrund eigener Berufserfahrung leicht in Kontakt. Sie lässt sich die Erfahrungen der Interviewpartner_innen mit Hebammen oder Familienhebammen ausführlich schildern und erfragt Details. Die Einschätzung der Forscherin zur Notwendigkeit eines begleitenden Reflexionsrahmens zur beruflichen Rollengestaltung von Hebammen oder Familienhebammen wird durch die Gesprächspartner_innen bestätigt. Der berufliche Alltag von Hebammen oder Familienhebammen spiegelt sich in den Antworten der Gesprächspartner_innen wieder:

„rund um die Geburt - ein erfüllendes Arbeitsfeld“

„interessante neue Konzepte und Organisationsformen in Geburtshäusern oder bei Frühe Hilfen“

„großes persönliches Engagement und zeitliche Flexibilität“

„möglicher Stress durch Forderung nach allzeitiger Verfügbarkeit und geringe Bezahlung für einen zeitintensiven Beruf und die Auswirkungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen“.

Ergebnisse der Telefoninterviews

Die Interviewpartner_innen finden die Frage spannend, wie Hebammen ihre Berufsrolle gestalten und wie sie Supervision nutzen. Sie ermutigen mich in der Fortführung ihres Projektes und können zu einem späteren Zeitpunkt erneut für ein vertiefendes Interview angefragt werden.

Das Anliegen, Supervision in diesem Berufsfeld zu verankern, wird als wichtig eingeschätzt.

Die DGSv könnte sich als Fachverband perspektivisch für dieses Anliegen stark machen. Ein Austauschforum zu diesem Thema im Rahmen des Verbandes zu etablieren, wird grundsätzlich als wünschenswert angesehen, müsste aber den engen zeitlichen Ressourcen von freiberuflich tätigen Supervisor_innen Rechnung tragen wie z. B. durch Nutzung des Internets. Eine entsprechende Rückmeldung an die Geschäftsstelle der DGSv wird unterstützt.

4.2.2 Durchführung der Online-Befragung

Methodische Vorüberlegungen

Die Schilderungen von einzelnen Supervisor_innen zu Beratungsprozessen mit Hebammen könnten durch Befunde einer Online-Befragung der Mitglieder der DGSv als größtem Fachverband für Supervision in Deutschland ergänzt werden. Eine solche Befragung könnte zu einem späteren Zeitpunkt erneut durchgeführt werden, um Veränderungen der Nachfrage in den Blick zu nehmen.

Online-Befragungen sind inzwischen ein gebräuchliches Verfahren, das eine einfache und zeitsparende Auswertung erlaubt, sodass sich die Bereitschaft zur Mitwirkung erhöhen kann. Online-Befragungen wurden in der DGSv bereits zu anderen Fragestellungen und Projekten durchgeführt. Das Verfahren ist bei Mitgliedern des Verbandes bekannt. Die bisherigen Erfahrungen mit verbandsinternen Befragungen dieser Art sind nach Aussage der Geschäftsstelle unterschiedlich. Eine mögliche Rücklaufquote wird allerdings als eher niedrig eingeschätzt.

Entwicklung und Abstimmung des Fragebogens

Im Nachgang zum Doktorandenkolloquium wird im Juni 2013 der erste Entwurf für einen Online-Fragebogen erstellt. Der Entwurf enthält einen einleitenden Text, vier Fragen zur Person und Ausbildung der befragten Person, vier Fragen zu Erfahrungen mit Supervisionsprozessen von Hebammen sowie eine Frage zur perspektivischen Mitwirkung als Interviewpartner_innen im Forschungsprojekt. Zu den einzelnen Fragen werden Antwortlisten sowie offene Textantwortfelder vorgegeben. Der Entwurf geht an die Professorin, die das Forschungsprojekt im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg betreut. Sie regt an, die Antwortliste der Frage nach den beruflichen Qualifikationen der befragten Personen stärker zu differenzieren. In der inhaltlichen Überarbeitung des Entwurfs werden die Anzahl der Fragen, einzelne Formulierungen und die Reihenfolge der Fragen verändert. Die Antwortmöglichkeiten sind weiterhin als Listen vorgegeben. Zusätzlich gibt es offene Textantwortfelder. Der Fragekomplex, der sich auf Angaben zur befragten Person bezieht, ist optional zu beantworten.

Ein vorgestellter Eingangstext hat das Ziel, die Motivation zur Bearbeitung des Fragebogens zu fördern. Der Text ist überschrieben mit „Hebammen als Kundinnen“ und spricht Verbandsmitglieder direkt an, die mit dieser Zielgruppe bereits beruflichen Kontakt haben. Im Weiteren wird mit folgenden Fragen zur Mitwirkung eingeladen:

- Welche beruflichen Ziele haben Hebammen?
- Wie gestalten sie ihre berufliche Rolle?
- Welche Formate der Qualitätsentwicklung nutzen sie?

Als Information wird gegeben, dass sich die Befragung an alle Mitglieder der DGSv richtet,

die Erfahrungen mit Supervisionsprozessen von Hebammen und Familienhebammen haben. Die Befragung ist anonym angelegt und findet im Rahmen eines Forschungsprojektes im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg statt. Für das Ausfüllen des Fragebogens werden etwa fünf bis acht Minuten benötigt. Es besteht die Möglichkeit zur weiteren Mitwirkung durch ein vertiefendes Interview. Ergebnisse der Auswertung werden Verbandsmitgliedern zur Verfügung gestellt.

Nach dieser Einleitung können einzelne Fragenbereiche bearbeitet werden. Der Fragenbereich zu Supervision von Hebammen oder Familienhebammen umfasst mit sechs Fragen: Wie lange arbeiten Sie als Supervisorin oder Supervisor? Welche Ausbildung, welches Studium haben Sie abgeschlossen? Wie viele Supervisionsprozesse haben Sie in den vergangenen Jahren durchschnittlich begleitet? Schätzen Sie den prozentualen Anteil der Prozesse, an denen Hebammen oder Familienhebammen beteiligt waren, in Bezug auf alle Supervisionsprozesse Ihrer Praxis? Welche Formen der Supervision wurden nachgefragt? Welche Themen kamen in diesen Prozessen zur Sprache? Der Fragenbereich zur Person besteht aus vier Fragen zu Geschlecht, Alter, kulturellen Wurzeln, Religion. Am Schluss wird die Bereitschaft zu einem vertiefenden Interview mit einem Kontaktfeld abgefragt.

Im September 2013 wird eine Testversion an die das Forschungsprojekt begleitende Professorin sowie die Geschäftsstelle der DGSv versandt mit der Bitte um Rückmeldung. Im November 2013 wird erneut Kontakt mit der Geschäftsstelle der DGSv aufgenommen, da bisher keine Rückmeldung erfolgt ist. Ein Krankheitsfall hat die Bearbeitung verzögert. Im Dezember ist dann ein ausführliches Telefonat mit der jetzt zuständigen Referentin des Verbandes möglich. Es werden konkrete Absprachen getroffen, wie das Forschungsprojekt durch den Verband unterstützt werden kann. Die Online-Befragung kann Ende Januar 2014 im Mitgliederbrief publik gemacht werden, wenn eine interne Zustimmung im Verband erfolgt ist. Es wird anhand bisheriger Erfahrungen mit Online-Befragungen dieser Art eine Laufzeit von drei Monaten vorgeschlagen. Damit die interne Abstimmung möglich wird, übermittelt die Forscherin der Referentin des Verbandes ergänzend zur Testversion des Fragebogens und zum Exposé des Forschungsprojektes einen Entwurf für den begleitenden Werbetext im Mitgliederbrief. Eine positive Rückmeldung durch die Referentin erfolgt im Januar 2014, sodass die Online-Befragung im elektronischen Mitgliederbrief der DGSv Ende Januar 2014 gestartet wird.

Durchführung der Online-Befragung im Frühjahr 2014

Die Online-Befragung ist eine Gesamtbefragung der Mitglieder der DGSv mit einer Laufzeit von drei Monaten zwischen Februar und April 2014. Der Aufruf zur Befragung erfolgt im elektronischen Mitgliederbrief des Verbandes, der von der Geschäftsstelle vierteljährlich per E-Mail versendet wird und allen Mitgliedern zugänglich ist. Eine Nachwerbung erfolgt nicht.

Zur verwendeten Software

Die Umsetzung als Fragebogen und die Erhebung der Online-Befragung erfolgt mit dem Erhebungsprogramm „Limesurvey“ auf dem Server der Philipps-Universität Marburg (vgl. www.user.online-eval.de), dessen Nutzung für Studierende kostenfrei ist. Mit diesem Programm sind auch Auswertungen zur Anzahl der Aufrufe und zu Bearbeitungszeiten des Fragebogens möglich.

Das Programm kann unvollständige und vollständige Datensätze differenzieren und ermöglicht deren separate und gemeinsame statistische Auswertung sowie graphische Darstellungen von Ergebnissen.

Zeitraum der Befragung

Von Ende Januar bis Ende April 2014 ist die Online-Befragung frei geschaltet. In diesem Zeitraum kann der Fragebogen von Mitgliedern des Verbandes aufgerufen und online bearbeitet werden. Nach Ablauf der Zeit ist eine Bearbeitung des Fragebogens nicht mehr möglich.

Rücklauf der Befragung

Am Ende der Laufzeit ist der Online-Fragebogen achtzehn Mal aufgerufen worden. Zwölf Datensätze sind komplett und drei Datensätze unvollständig bearbeitet. Bei weiteren drei Datensätzen ist nur der Aufruf, aber keine Bearbeitung erfolgt.

Bearbeitungszeiten einzelner Datensätze

Die tatsächliche Bearbeitungszeit, die durch das Programm für die einzelnen Datensätze erfasst wird, liegt in allen Fällen unter fünf Minuten. Der angekündigte Zeitaufwand für die Bearbeitung wird unterschritten.

Bewertung des Rücklaufs für das Projekt

Eine Auswertung des Rücklaufs ergibt, dass drei Aufrufe der Online-Befragung nicht zu einer Bearbeitung geführt haben. Diese Datensätze werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Drei Aufrufe haben die Bearbeitung des ersten Fragekomplexes vorgenommen und könnte einbezogen werden, da die folgenden Fragekomplexe als optional zu bearbeiten angelegt sind. In allen diesen Fällen ist allerdings eine negative Beantwortung des gesamten ersten Fragekomplexes erfolgt, d. h. Erfahrungen mit Supervisionsprozessen von Hebammen oder Familienhebammen werden von den Proband_innen nicht angegeben. Diese Datensätze bringen für die Fragestellungen des Projektes keine Erkenntnisse und werden ebenfalls bei der Auswertung nicht berücksichtigt. In zwölf Aufrufen ist eine vollständige Beantwortung aller Fragen erfolgt. Diese Datensätze werden ausgewertet.

4.2.3 Ergebnisse der Onlinebefragung

Die zwölf komplett bearbeiteten Datensätze werden ausgewertet und Ergebnisse im Folgenden dargestellt. Aufgrund der geringen Anzahl der Datensätze wird auf prozentuale Angaben verzichtet.

Wie lange arbeiten Sie als Supervisorin oder Supervisor?

Zur Beantwortung ist eine Antwortliste vorgegeben, es ist eine Antwort möglich. Alle Teilnehmer_innen sind zum Zeitpunkt der Befragung als Supervisor_innen tätig. Zur Dauer der beruflichen Erfahrung in Supervision geben vier Teilnehmer_innen an, drei bis zehn Jahre mit dieser Qualifikation tätig zu sein. Acht Teilnehmer_innen arbeiten länger als zehn Jahre als Supervisor oder Supervisorin.

Bei den Teilnehmer_innen der Befragung handelt es sich in allen Fällen um langjährig berufserfahrende Personen.

Welche Ausbildung, welches Studium haben Sie abgeschlossen?

Zur Beantwortung ist eine Antwortliste vorgegeben, es sind mehrere Antworten möglich. Sieben der Teilnehmer_innen haben ein Studium in Sozialarbeit oder Sozialpädagogik, drei haben ein Studium in Erziehungswissenschaften oder eine Ausbildung als Lehrer, zwei ein Studium der Psychologie, eine Ausbildung bzw. ein Studium der Krankenpflege, Altenpflege, Pflegewissenschaften abgeschlossen. Ausbildungen im Bereich der Geburtshilfe sind bei den Antworten nicht vertreten.

Die in der Befragung deutlich werdenden Grundberufe entsprechen nach Einschätzung der Forscherin in der Tendenz der Zusammensetzung der Berufsgruppen der Mitglieder des Verbandes.

Neun der Teilnehmer_innen benennen eine Zusatzqualifikation in Supervision, drei eine Zusatzqualifikation in Coaching oder Organisationsentwicklung sowie zwei eine Zusatzqualifikation in Beratung oder Psychotherapie. Vier Teilnehmer_innen haben sonstiges angekreuzt. In den offenen Textfeldern wird Theologie, NLP, Personalentwicklung, Systemische Beratung, Kinder- und Jugendpsychotherapie aufgeführt.

Die Teilnehmer_innen, die Zusatzqualifikationen bejaht haben, benennen Supervision als Zusatzqualifikation. Davon geben sieben Teilnehmer_innen an, dass sie über eine Zusatzqualifikation verfügen, zwei Teilnehmer_innen geben an, dass sie zwei Zusatzqualifikationen haben, eine Teilnehmer_in gibt an, dass sie drei Zusatzqualifikationen hat. Zwei Teilnehmer_innen, die in der Antwortliste Zusatzqualifikationen verneint haben, geben im offenen Textfeld andere Qualifikationen an.

Neben einem abgeschlossenen Studium verfügen die Teilnehmer_innen der Befragung über Zusatzqualifikationen. Die Zusatzqualifikation Supervision hat einen besonderen Stellenwert. Dieses Ergebnis ist bei den Befragten als Mitglieder des Fachverbandes zu erwarten.

Wie viele Supervisionsprozesse haben Sie in den vergangenen Jahren durchschnittlich begleitet?

Zur Beantwortung ist eine Antwortliste vorgegeben, es ist eine Antwort möglich. Alle vorgegebenen Antwortmöglichkeiten werden in den Datensätzen genutzt. Vier Teilnehmer_innen geben an, weniger als fünf Beratungsprozesse pro Monat zu begleiten, vier begleiten fünf bis zehn Prozesse pro Monat, eine begleitet zehn bis zwanzig Prozesse und drei begleiten mehr als zwanzig Prozesse im Monat.

Die Teilnehmer_innen der Befragung sind in einem Umfang als Supervisor_innen tätig, der variiert. Die Berufsausübung als Supervisor_in erfolgt sowohl in Teilzeit als in auch Vollzeit.

Schätzen Sie den prozentualen Anteil der Prozesse, an denen Hebammen oder Familienhebammen beteiligt waren, in Bezug auf alle Supervisionsprozesse Ihrer Praxis

Zur Beantwortung ist eine Antwortliste vorgegeben, es ist nur eine Antwort möglich. Vier Teilnehmer_innen geben weniger als ein Prozent an, sechs benennt ein bis fünf Prozent, bei einer Teilnehmer_in sind es fünf bis zehn Prozent und bei einer mehr als zehn Prozent.

Zehn Teilnehmer_innen der Befragung schätzen den prozentualen Anteil der Beratungsprozesse ihrer Supervisionspraxis, an denen Hebammen oder Familienhebammen beteiligt sind, mit bis zu

fünf Prozent ein, nur zwei Teilnehmer_innen geben an, dass Hebammen an mehr als fünf Prozent der Supervisionsprozesse ihrer Praxis beteiligt waren oder sind.

Das Ergebnis kann als Indiz dafür angesehen werden, dass Supervisionsprozesse mit Hebammen oder Familienhebammen im Fachverband insgesamt bisher wenig stattfindet.

Welche Formen der Supervision wurden nachgefragt?

Zur Beantwortung ist eine Antwortliste vorgegeben, es sind mehrere Antworten möglich. Fünf Teilnehmer_innen beantworten diese Frage mit einer der Option, sechs Teilnehmer_innen mit zwei der Optionen, eine Teilnehmer_in gibt drei Antworten.

Sechs Teilnehmer_innen benennt Einzelsupervision von Hebammen oder Familienhebammen als nachgefragtes Format, drei Teilnehmer_innen haben Erfahrungen mit gemischter Gruppensupervision, also Gruppen an denen auch Hebammen oder Familienhebammen beteiligt sind, sieben Teilnehmer_innen haben Erfahrungen mit Gruppensupervisionen nur mit Hebammen oder Familienhebammen, drei Teilnehmer_innen mit Teamsupervisionen von Hebammenpraxen oder Geburtshäusern, zwei mit Supervisionsprozessen von interdisziplinären Teams, an denen Hebammen oder Familienhebammen beteiligt sind. In offenen Textfeldern wird Nachfrage zu Supervision sowie Hebammen, die an kleiner Klinik tätig sind, angegeben.

Sieben Teilnehmer_innen haben Erfahrung mit mehr als einer Form der Supervision, die von Hebammen oder Familienhebammen nachgefragt oder besucht wird. Die Nachfrage bei den Teilnehmer_innen der Befragung verdeutlicht Schwerpunkte in Einzel- und Gruppensupervisionen von Hebammen oder Familienhebammen.

Welche Themen kamen in diesen Prozessen zur Sprache?

Für die Beantwortung ist eine Antwortliste vorgegeben, es sind mehrere Antworten möglich. Die Teilnehmer_innen haben mindesten vier Ja-Antworten bei dieser Frage gegeben. Vier Teilnehmer_innen geben fünf oder sechs Ja-Antworten und eine Teilnehmer_in sieben Ja-Antworten.

Zehn Teilnehmer_innen benennt die Reflexion der beruflichen Rolle als Thema in Supervisionsprozessen. Ebenso häufig werden Grenzen der eigenen Arbeit und berufliche Belastungen als Hebamme zum Thema gemacht. Biografische Anteile oder Selbsterfahrung sowie Rahmenbedingungen oder Organisation als Hebamme, beide Themen werden jeweils von acht Teilnehmer_innen angekreuzt. Zusammenarbeit mit anderen Hebammen sowie Zusammenarbeit in einer Praxisgemeinschaft oder in einem Geburtshaus werden von fünf Teilnehmer_innen angegeben. Zusammengefasst beziehen sich die Antworten von zehn Teilnehmer_innen auf Formen der Zusammenarbeit mit anderen Hebammen. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird von drei Teilnehmer_innen benannt. Die berufliche Kompetenzentwicklung als Hebamme wird von einer Teilnehmer_in angesprochen. In offenen Textfeldern wird auf Fragen nach Kindeswohlgefährdung, Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Studium sowie Kontaktgestaltung mit schwierigen Eltern hingewiesen.

Das Themenspektrum in Supervisionsprozessen der Teilnehmer_innen der Befragung bezieht sich auf vielfältige berufliche Aspekte. Dieses Ergebnis ist bei Supervision als Beratungsformat zu erwarten.

Fragenkomplex zur Person der Proband_in

Die Beantwortung der folgenden einzelnen Fragen ist in der Befragung optional angelegt. Es sind Antwortvorgaben mit höchstens einer Antwortmöglichkeit gegeben.

zum Geschlecht

Eine Beantwortung ist von allen Teilnehmer_innen erfolgt. Es haben neun Frauen und drei Männer an der Befragung teilgenommen.

zum Alter

Eine Beantwortung ist von allen Teilnehmer_innen erfolgt. Zwei Teilnehmer_innen sind zwischen 30 und 50 Jahre alt, zehn sind zwischen 50 und 65 Jahren. Die Teilnehmer_innen der Befragung gehört nicht der Altersgruppe unter 30 Jahre oder der Altersgruppe über 65 Jahre an, was aufgrund der Dauer von Ausbildungen und Erwerbsarbeit nicht überrascht.

zu kulturellen Wurzeln

Eine Beantwortung ist von allen Teilnehmer_innen erfolgt. Elf von zwölf Teilnehmer_innen haben ihre kulturellen Wurzeln in Deutschland, eine Teilnehmer_in hat ihre kulturellen Wurzeln in einem anderen Land der EU.

zur Zugehörigkeit einer Religion

Eine Beantwortung ist von allen Teilnehmer_innen erfolgt. Elf von zwölf der Teilnehmer_innen geben an, einer christlichen Religion zugehörig zu sein, eine Teilnehmer_in gibt an, keiner Religion anzugehören.

Bereitschaft zu einem Interview

Die Bearbeitung diese Frage ist optional als Ja/Nein-Antwort mit einem offenen Textfeld angelegt. Eine Beantwortung ist von allen Teilnehmer_innen erfolgt. Sieben Teilnehmer_innen sind bereit, im Rahmen des Forschungsprojektes zusätzlich an einem Interview mitzuwirken, fünf sind an einem Interview nicht interessiert. Alle Teilnehmer_innen, die an einer weiteren Mitwirkung interessiert sind, haben im offenen Textfeld eine Kontaktadresse angegeben.

4.2.4 Fazit aus der Online-Befragung

Die Ergebnisse der Onlinebefragung werden zu einer ersten Beantwortung von zwei Fragen genutzt und hier als Fazit aus der Online-Befragung für den Forschungsprozess festgehalten.

Nutzen Hebammen und Familienhebammen das Beratungsformat Supervision bereits regelhaft für eine Begleitung in ihrer beruflichen Rollengestaltung?

Der Rücklauf der Befragung ist erwartungsgemäß niedrig ausgefallen. Dies entspricht zum einem den in der DGsv gemachten Erfahrungen mit Befragungen dieser Art, die im elektronischen Mitgliederbrief kommuniziert werden. Zum anderen ist eine niedrige Beteiligung auch aufgrund der vorher durchgeführten Telefoninterviews zu erwarten gewesen. In den Telefoninterviews ist deutlich geworden, dass Hebammen in der Alltagspraxis von Supervisor_innen eher selten begleitet werden. Der Werbetext der Befragung spricht Mitglieder des Fachverbandes an, sich an der Befragung zu beteiligen, wenn sie berufliche Erfahrung mit Hebammen oder Familien-

hebammen als Kundinnen haben. Die geringe Beteiligung stützt die Hypothese, dass Hebammen oder Familienhebammen das Beratungsformat Supervision bisher wenig für eine Begleitung ihrer beruflichen Rollengestaltung anfragen und nutzen. Auch das Ergebnis zum prozentualen Anteil von Beratungsprozessen mit Hebammen oder Familienhebammen kann so interpretiert werden, wenn zehn der Teilnehmer_innen der Befragung angeben, dass Beratungen dieser Berufsgruppe unter fünf Prozent der in ihrer Praxis begleiteten Prozesse ausmachen.

Nach jetzigem Erkenntnisstand ist die Frage nach einer bereits stattfindenden regelhaften Nutzung des Beratungsformats Supervision durch Hebammen oder Familienhebammen auf der Grundlage dieser Ergebnisse zu verneinen.

Die Grundqualifikationen der Teilnehmer_innen der Befragung sind Studienabschlüsse in Soziale Arbeit, in Erziehungswissenschaften oder anderen pädagogischen Berufen sowie in Psychologie. Nur in einem Datensatz ist zusätzlich ein Abschluss im Bereich Kranken- oder Altenpflege ausgewiesen. Abschlüsse aus dem Bereich der Geburtshilfe sind nicht vertreten.

Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass abgeschlossene Berufsqualifikationen aus dem Gesundheitsbereich bei Supervisor_innen des Fachverbandes bisher eher selten sind. Diesem Aspekt könnte durch Nachfrage beim Fachverband weiter nachgegangen werden. In der Konsequenz wäre zu überlegen, Eingangsvoraussetzungen für die Zusatzqualifikation Supervision im Fachverband gezielt für Berufsgruppen des Gesundheitsbereichs zu öffnen.

Dies würde Entwicklungen im Bereich der Pflege- und der Hebammenwissenschaften aufgreifen und das Beratungsformat Supervision im Rahmen von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen etablieren und fördern.

Wie sehen Supervisor_innen Beratungsprozesse mit Hebammen?

Die Teilnehmer_innen der Befragung erleben Hebammen am häufigsten in Gruppensupervisionen, an denen ausschließlich Hebammen oder Familienhebammen teilnehmen, sowie in Einzelsupervisionen. Andere Formen der Supervision, die sich auf Teamzusammenhänge beziehen, werden bei den Teilnehmer_innen der Befragung bisher seltener nachgefragt. Dies Ergebnis deckt sich auch mit Aspekten der vorab geführten Telefoninterviews. Es ist zu erwarten, dass sich durch eine stärkere interdisziplinäre Ausrichtung der ambulanten und stationären Geburtshilfe und durch Initiativen wie „Frühe Hilfen“ im Feld der Jugendhilfe die Nachfrage nach Supervision verändert. Der Eintrag aus einem offenen Textfeld gibt dazu einen Hinweis. Dort werden Hebammen, die in kleinen Kliniken tätig sind, als mögliche Adressatinnen von Supervision genannt werden. Für weitergehende Überlegungen müssten Entwicklungen im Krankenhausbereich berücksichtigt werden.

Eine Befragung im Fachverband zu einem späteren Zeitpunkt könnte Veränderungs- und Entwicklungsprozesse über einen Zeitraum abbilden.

Das Ergebnis der Befragung entspricht dem fachlichen Verständnis von Supervision als Beratungsformat im beruflichen Feld. Durch die Antworten der Teilnehmer_innen der Befragung wird die Themenvielfalt in Supervisionsprozessen deutlich, die im direkten Zusammenhang mit beruflichem Alltag von Hebammen oder Familienhebammen steht. Themenschwerpunkte sind Reflexion der beruflichen Rolle, Grenzen, Belastungen und Rahmenbedingungen des Hebam-

menberufes sowie Fragen der Zusammenarbeit mit anderen. Steht gegenwärtig die Zusammenarbeit mit anderen Hebammen in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen im Vordergrund, wird zukünftig die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen an Bedeutung gewinnen. Kompetenzentwicklung wird nur in einem Datensatz als Thema ausgewiesen, dass in Supervision bearbeitet wird.

Im Gesundheitsbereich ist zu beobachten, dass mitarbeiterzentrierte, weiche Formen des Qualitätsmanagements etabliert und integriert werden. Dies könnte auch die Nachfrage bei Geburtshäusern, Klinik-Teams oder Praxisgemeinschaften im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung verändern. Ein Interesse an Supervision als Beratungsformat könnte sich entwickeln.

4.3 Interviews mit Supervisor_innen

4.3.1 Vorüberlegungen

Im September 2013 hat die Forscherin den empirischen Teil des Forschungsprojektes konzeptionell erweitert. Es kommen Interviews mit Supervisor_innen der DGSv, die Erfahrung mit Hebammen oder Familienhebammen in Supervisionsprozessen haben, als Material hinzu. Ziel dieser Erweiterung ist, die Sichtweisen und berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sowie das Thema „gesund leben im Hebammenberuf“ im Spiegel von Supervision aus einer anderen Perspektive in den Blick zu nehmen (vgl. Teil B Kapitel 1 und 2). Die Erkenntnisse aus diesen Interviews können anschließend ebenfalls in die Vorbereitung einer Fokusgruppe einfließen (vgl. Teil B Kapitel 1 und 5).

4.3.2 Kriterien für das Sampling

Nach den theoretischen Vorüberlegungen werden Supervisor_innen als Expert_innen befragt, die in Supervisionsprozessen Hebammen oder Familienhebammen erleben. Die Interviewpartner_innen haben neben einem akademischen Grundberuf eine Ausbildung als Supervisor_in abgeschlossen, haben langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich und sind Mitglieder der DGSv. Sie haben auch Hebammen oder Familienhebammen in Supervision begleitet. Zum Zeitpunkt der Interviews sind sie als Supervisor_innen tätig. Da es bezogen auf die Tätigkeit von Familienhebammen in den einzelnen Bundesländern Unterschiede gibt, sollten die befragten Supervisor_innen in unterschiedlichen Bundesländern Deutschlands verortet sein. Vorab werden folgende Kriterien für das Sampling festgelegt:

- abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung als Supervisor_in,
- Mitglied der DGSv,
- langjährige Berufserfahrung als Supervisor_in,
- Erfahrung mit Hebammen oder Familienhebammen in Supervision,
- Tätigkeit als Supervisor_in zum Zeitpunkt des Interviews,
- Ausübung der Berufstätigkeit in Deutschland.

4.3.3 Methodische Überlegungen zum Interview

Methodisch sind offen geführte persönliche Interviews mit sechs bis acht Supervisor_innen als Expert_innen geplant, die Erfahrungen in der Begleitung von Hebammen oder Familienhebammen durch Supervision haben. Anders als bei den Interviews mit den Hebammen folgen diese Interviews nicht einem inhaltlichen Leitfaden, sondern werden in offener Form als themenorientiertes Gespräch mit und zwischen Expert_innen geführt. Der Schwerpunkt liegt auf Schilderungen der Interviewpartner_innen zu ihren Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen in Supervision, ihren Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen.

Das Interview startet nach einer gegenseitigen Vorstellung und Erläuterungen zum Forschungsprojekt mit einer öffnenden Fragestellung:

„Sie sind als Supervisor_in tätig und haben auch Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen. Wie gestalten Hebammen und Familienhebammen ihre berufliche Rolle? Welche Erfahrungen haben Sie mit Menschen dieser Berufsgruppe gemacht?“

Während des Interviews ist Raum für die Schilderungen der Interviewpartner_in, die Interviewerin fördert vorrangig den Gesprächsfluss. Im Gesprächsverlauf können sich inhaltliche und Verständnisnachfragen von Interviewpartner_in oder Forscherin ergeben. Den Abschluss des Interviews bildet auch hier eine Nachfrage zu Aspekten, die für die Interviewpartner_in besonders wichtig oder bisher noch nicht ausreichend zur Sprache gekommen sind. Es kann auch eine Rückmeldung zur Situation des Interviews selbst erfolgen (vgl. auch Teil B Kapitel 3.1).

Nach vorheriger Schätzung wird einer Dauer des Gesprächs von etwa einer Stunde ausgegangen. Die Dauer eines solchen Interviews richtet sich auch nach der zeitlichen Verfügbarkeit der Interviewpartner_innen, die vor dem eigentlichen Interview von der Forscherin erfragt wird.

Das einzelne Interview wird mit einem Audiogerät aufgezeichnet, im Anschluss verschriftlich und im ersten Schritt für eine inhaltsanalytische Auswertung mit MAXQDA vorbereitet. In der Auswertung spielen Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen eine Rolle, die Erkenntnisse aus den Interviews mit den Hebammen ergänzen können (vgl. Teil B Kapitel 1 und 3). Vor der Auswertung wird die Transkription des Interviews den Interviewpartner_innen zum Gegenlesen übermittelt. Eine Information zu Ergebnissen oder Erkenntnissen kann abgesprochen werden.

4.3.4 Gewinnung von Expert_innen für Interviews

Als mögliche Partner_innen für die Interviews werden die sechs Supervisor_innen angesprochen, die bei dem die Online-Befragung vorbereitenden Telefonkontakt grundsätzlich bereit waren, bei einem vertiefenden Interview mitzuwirken. In der Zeit von Juni bis August 2014 werden diese Personen erneut per E-Mail angeschrieben und um eine Terminvereinbarung für ein persönliches Interview gebeten. Die Rückmeldungen sind positiv, sodass die Supervisor_innen, mit denen bereits zur Vorbereitung der Online-Befragung ein Telefoninterview geführt wurde, für ein vertiefendes persönliches Gespräch erneut einbezogen werden können, um über ihre konkreten Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen in Supervision zu sprechen.

Zeitgleich werden die sechs Interessent_innen, die bei der Online-Befragung eine Kontaktadresse für ein vertiefendes Interview hinterlassen haben, per E-Mail angeschrieben mit der Bitte um eine Terminvereinbarung für ein vorbereitendes Telefonat zum Interview. Diese Anfragen führen allerdings nur zu einem neuen Kontakt für ein persönlich geführtes, vertiefendes Interview. Aus Zeitgründen erfolgt keine Nachwerbung, wenn auf die erste Anfrage nicht reagiert wird.

Im Vorfeld zu den Interviews wird mit insgesamt sieben Interessent_innen ein weiteres Telefonat geführt, in dem Informationen gegeben werden und das mit einer Terminabsprache enden kann. Die Termine für diese Telefonate werden vorab jeweils wieder per E-Mail kommuniziert. Das Telefonat dauert jeweils etwa zehn Minuten. Es werden folgende Informationen gegeben: Information zur Person der Forscherin sowie Vorstellung des Forschungsprojektes „gesund leben lernen – Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen“ in Zusammenarbeit mit der DGSv. Die Rahmenbedingungen für das Interview werden erläutert. Es geht um ein persönliches Gespräch mit einer offen formulierten Eingangsfrage und einer geschätzten Gesprächsdauer 45 bis 90 Minuten. Das Interview wird anschließend verschriftlicht und qualitativ ausgewertet. Das anonymisierte Transkript wird von den Interviewpartner_innen gegengelesen. Es kann die Beantwortung von Fragen und eine Terminabsprache erfolgen.

Mit allen telefonisch angefragten Supervisor_innen kann in dem vorbereitenden Telefonat ein Termin für das Interview abgesprochen werden. Da im Sommer Urlaubszeiten anstehen und die Interviewpartner_innen oft über längere Zeit terminlich gebunden sind, werden die Termine in einem größeren zeitlichen Abstand zum Telefonat vereinbart.

Nach jedem vorbereitenden Telefonat wird eine kurze schriftliche Notiz zum Inhalt und zu den weiterführenden Absprachen verfasst. Die Terminvereinbarung wird durch die Forscherin im Nachgang per E-Mail bestätigt mit der Bitte, eine Rückmeldung zu geben, falls sich kurzfristig Änderungen ergeben. In einigen Fällen werden Termine kurzfristig noch einmal verschoben. Einige Tage vor dem Termin erfolgt per E-Mail erneut eine kurze Info, dass der Termin wahrgenommen wird.

Insgesamt werden persönliche Interviews mit sieben Supervisor_innen in ihrer Praxis oder einem von ihnen vorgeschlagenen anderen beruflichen Ort vereinbart. Die Interviews werden zwischen Juni und Ende Oktober 2014 geführt. Die geplante Anzahl von sechs bis acht Interviews mit Supervisor_innen wird damit erreicht.

4.3.5 Informierte Einwilligung

Forschungsethische und datenschutzrechtliche Überlegungen machen eine informierte Einwilligung von Interviewpartner_innen erforderlich. Auch wenn durch Anonymisierung eine Verfremdung der Daten erfolgt, sind es personenbezogene Daten, deren Erhebung und Weiterverarbeitung der Zustimmung bedürfen. Die informierte Einwilligung ist also Voraussetzung dafür, dass personenbezogener Daten im Rahmen von wissenschaftlichen Forschungsprojekten für wissenschaftliche Zwecke erhoben, gespeichert und zur Auswertung weiterverwendet werden dürfen (vgl. auch Teil B Kapitel 3.2.2).

In den Telefonaten signalisieren einige der Interviewpartner_innen Kenntnisse zu datenschutzrechtlichen Grundlagen für Interviews in Forschungskontexten. Darüber hinaus werden die Interviewpartner_innen längere Zeit vor dem Interview mehrfach in schriftlicher und mündlicher Form über Inhalte, Ziele und Ablauf des Forschungsprojektes informiert. Vor Beginn des Interviews erfolgt noch einmal eine mündliche Einwilligung, das Gespräch mit einer Audioaufnahme zu dokumentieren. Im Anschluss an das Interview wird von der Forscherin erläutert, wie es weiter geht: es erfolgt eine anonymisierte Verschriftlichung des Interviews, die den Interviewpartner_innen jeweils zur Kenntnis gegeben wird, mit der Bitte um Einverständnis zur weiteren Verwendung im Forschungsprojekt.

Die Mitwirkung der Interviewpartner_innen erfolgt freiwillig und ist an keinen weiteren Bedingungen geknüpft. Die Information zum Forschungsprojekt und zu den Interviews erfolgt in unterschiedlicher und verständlicher Form. Es besteht mehrfach die Möglichkeit zu Rückfragen und weiteren Erläuterungen. Im Vor- und Nachgang zu den einzelnen Interviewterminen ist ausreichend Zeit gegeben, das Einverständnis zu überdenken.

Die informierte Einwilligung wird abschließend in schriftlicher Form dokumentiert. Dazu wird mit dem anonymisierten Transkript des Interviews eine schriftliche Erklärung zur informierten Einwilligung versandt, die von den Interviewpartner_innen unterschrieben werden.

4.4 Interview und Interviewpartner_innen

4.4.1 Rahmen der Interviews

Die vereinbarten Interviews finden in der Zeit von Juni bis Ende Oktober 2014 statt. Die Interviews werden an einem Arbeitsort der Interviewpartner_innen geführt. Jedes Interview wird mit einer Audioaufnahme dokumentiert. Die Dauer der Interviews liegt in den meisten Fällen bei einer Stunde, das kürzeste Interview dauert etwa 45 Minuten, das längste etwa 90 Minuten. Der tatsächliche Zeitbedarf für ein Interview entspricht der Vorabschätzung der Forscherin. Ein zusätzlicher Erhebungsbogen zu persönlichen Daten wird nicht eingesetzt.

Es wird jeweils vereinbart, dass nach Fertigstellung der Transkription eine Textkopie zugesandt wird mit der Bitte um Rückmeldung, dass die in dieser Form anonymisierten persönlichen Daten für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen des Forschungsprojektes weiter verwendet werden dürfen. Das Einverständnis wird mit einem Formular schriftlich dokumentiert. Die Transkription erfolgt in zeitlich kurzem Abstand zu dem jeweiligen Interview durch die Forscherin. Nach Fertigstellung der Transkription erfolgt eine Zusendung der Unterlagen an die einzelne Interviewpartner_in innerhalb von vierzehn Tagen nach dem Interviewtermin.

4.4.2 Ablauf eines Interviews

Vor Beginn des eigentlichen Interviews gibt es jeweils eine offene Warming-up-Phase, in der man sich bekannt macht und über Alltägliches wie zum Beispiel die Anreise oder gemeinsame Bezüge im Fachverband spricht. Danach erläutert die Interviewerin den Ablauf des Interviews,

die Aufzeichnung mit dem Audiogerät sowie das weitere Vorgehen nach dem Gespräch.

Die Interviewerin gibt Informationen zur Art und zum Ablauf des Interviews. Im offenen Gespräch liegt der Fokus auf den Sichtweisen der Interviewpartner_innen. Es kann so lange und so ausführlich gesprochen werden, wie gewünscht. Nachfragen können sich beiderseits ergeben. Im Schwerpunkt geht es um die Ausführungen und Einschätzungen der Interviewpartner_in, nicht um Darstellungen von bisherigen Erkenntnissen aus dem Forschungsprojekt. Es gibt einen inhaltlichen Aspekt, mit dem sich die Forscherin beschäftigt und den sie als Interviewerin im Verlaufs des Gesprächs einbringen wird, wenn es inhaltlich passt. Das Interview schließt mit einem „letzten Wort“ der Interviewpartner_in. Dies ermöglicht eine Rückmeldung zur Situation des Interviews oder zu einem Aspekt, der als besonders wichtig angesehen wird oder der noch nicht zur Sprache gekommen ist. Danach endet das Interview.

Im Anschluss an das Interview erfolgt ein kurzer Ausklang meist ebenfalls mit einem alltäglichen Thema, manchmal auch mit Nachfragen, die noch kurz beantwortet werden. Nach jedem Interview schreibt die Interviewerin kurzfristig ein Postskriptum, in dem sie ihren Eindruck von der Begegnung mit der Interviewpartner_in, zum Verlauf und zu Besonderheiten der Interviewsituation sowie den Themen aus der Warming-up- und der Cool-down-Phase dokumentiert. (vgl. auch Teil B Kapitel 3.2.4)

4.4.3 Grundhaltung der Interviewerin

Ein Interview ist ein dialogischer Kommunikationsprozess mit verbalen und nonverbalen Elementen. Dieser Prozess basiert auf einer freiwilligen Bereitschaft der beteiligten Personen zum gemeinsamen Gespräch. Die Interviewpartner_innen lassen sich sowohl als Expert_innen als auch als Personen auf die Fragestellung und die Gesprächssituation ein. Auch für die Interviewerin entsteht in der Situation eine spezifische Beziehung zu den Interviewpartner_innen. Durch vorher gegebene Informationen sind die Rollen der Interviewerin und der befragten Interviewpartner_innen erläutert worden: die Interviewerin gestaltet den Rahmen des Interviews und den Gesprächsfluss. Sie begegnet der Interviewpartner_in mit Wertschätzung, Respekt und Achtsamkeit. Die jeweilige Interviewpartner_in ist die Expert_in für die Inhalte des Gesprächs und bringt eigene Meinungen und Einschätzungen ein. Kongruenz und Empathie der Interviewerin fördern den Kommunikationsprozess und die Bereitschaft der Interviewpartner_in zu einem offenen Gespräch. Die Interviewerin ist in der Wahrnehmung ihrer Rolle an personenzentrierten Grundvariablen nach Carl Rogers mit Kongruenz, Wertschätzung und Empathie orientiert. (vgl. auch Teil B Kapitel 3.2.5)

Als ein Aspekt der Kommunikation ist auch zu berücksichtigen, dass sich die Interviewpartner_innen und die Interviewerin als Mitglieder eines gemeinsamen Fachverbandes für Supervision begegnen. Dies ist in der Vorbereitung thematisiert worden und spielt in den Warm-up und Cool-down Phasen einiger Interviews eine Rolle. Diese gemeinsame Fachlichkeit wird für beide Seiten offen und transparent gehandhabt. In der Startphase der Interviews erlebt die Interviewerin diese Gemeinsamkeit als hilfreich. Im Verlauf einiger Interviews wird auf diese Gemeinsamkeit auch von Interviewpartner_innen inhaltlich Bezug genommen. Im Auswertungsprozess des Ma-

terials wird dieser Aspekt im Blick gehalten.

4.4.4 Interviewpartner_innen

Die Kriterien des Samplings werden von den Interviewpartner_innen erfüllt. Es werden sieben Interviews geführt, sechs Interviews mit Frauen und ein Interview mit einem Mann. Die Interviewpartner_innen sind zwischen Ende 30 und 67 Jahre alt. Sie leben und arbeiten in vier unterschiedlichen Bundesländern Deutschlands: Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Nordrheinland-Westfalen. Zum Zeitpunkt der Interviews arbeiten alle Interviewpartner_innen als Supervisor_innen. Sie sind Mitglieder des Fachverbandes für Supervision DGSv, arbeiten als Supervisor_innen in selbstständiger Tätigkeit langjährig in diesem Arbeitsfeld.

Die Interviewpartner_innen haben Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen in Supervision. Sie haben Einzel-, Gruppen- und Teamsupervisionen mit Frauen begleitet, die diesen Beruf ausüben. Es gibt Interviewpartner_innen, die einen Supervisionsprozess mit Hebammen oder Familienhebammen begleitet haben, andere haben Erfahrungen mit mehreren Supervisionsprozessen dieser Berufsgruppe, auch in unterschiedlichen Settings. Drei der Interviewpartner_innen haben mehr als fünfzehn Jahre berufliche Erfahrungen mit dieser Berufsgruppe. Sechs der Interviewpartner_innen begleiten Hebammen oder Familienhebammen auch zum Zeitpunkt des Interviews, bei einer Interviewpartner_in liegt der Supervisionsprozess mit Hebammen bereits zwei Jahre zurück, zum Zeitpunkt des Interviews hat sie jedoch in anderer Form beruflichen Kontakt zu Hebammen, die in der stationären Geburtshilfe tätig sind.

4.5 Auswertung der Interviews mit Supervisor_innen

4.5.1 Transkription der Interviews

Die einzelnen Interviews werden mit einem Audiogerät digital aufgezeichnet und anschließend zur Weiterbearbeitung auf einen PC überspielt. Die Transkription erfolgt mit der Software f4 für Windows. Am Absatzbeginn werden jeweils Zeitmarken eingefügt, sodass eine Synchronisierung von Text und Audioaufzeichnung möglich ist. Die Transkriptionsregeln für computerunterstützte Auswertungen (vgl. Kuckartz 2012) werden genutzt und für das Forschungsprojekt geringfügig angepasst.

Von Mitte Juli bis Mitte November 2014 erfolgt die Transkription der Interviewaufzeichnungen nach diesen Regeln durch die Forscherin. Anders als bei den Transkriptionen der Interviews mit den Hebammen sind in diesen Transkriptionen Atemgeräusche, Lautäußerungen und Fülllaute nicht verschriftlich worden, um die Lesbarkeit der Texte zu vereinfachen.

Die Transkription eines Interviews erfolgt in der Regel bereits kurzzeitig nach der Durchführung eines jeden Interviews und nicht erst nach Abschluss aller Interviews wie bei den Interviews mit den Hebammen. Nach einem ersten Durchgang werden die einzelnen Audiodateien erneut abgehört und die Transkriptionen überarbeitend ergänzt. (vgl. auch Teil B Kapitel 3.1.1)

Die schriftlichen Transkripte werden den Interviewpartner_innen zum Gegenlesen zugesen-

det mit der Frage, ob datenschutzrechtlichen Aspekte aus ihrer Sicht ausreichend berücksichtigt sind. Dies ist für Supervisor_innen insofern von spezieller Bedeutung, da sie ihrerseits zusätzlich an datenschutzrechtliche Bestimmungen in Richtung auf ihre Kund_innen vertraglich gebunden sind. Die Interviewpartner_innen sind mit einer Auswertung des Textmaterials im Rahmen des Forschungsprojektes einverstanden. Bei einem Interview gibt es für eine Passage des Interviews eine Einschränkung: die Passage wird aus datenschutzrechtlichen Gründen von der Interviewpartner_in nicht zur Auswertung freigegeben. Das wird auf der schriftlichen Einwilligung vermerkt. Diese Einschränkung wird von der Forscherin berücksichtigt, indem der gewünschte Textabschnitt aus dem Transkript herausgenommen und eine entsprechende Kürzung erfolgt. Dies wird der Interviewpartnerin per E-Mail rückgemeldet.

Sechs Transkripte von vollständigen Interviews und ein Transkript von einem gekürzten Interview können im Forschungsprojekt als Material ausgewertet werden.

4.5.2 Auswertung des Materials

Im ersten Schritt der Auswertung des Materials wird das Code-System genutzt, das im Auswertungsprozess der Interviews mit den Hebammen entwickelt worden ist und um inhaltliche Aspekte dieses empirischen Materials erweitert (vgl. Kuckartz 2012, Kapitel 3.3.2). Mit diesem Vorgehen wird die Basis für eine spätere Bezugnahme zwischen Materialien der unterschiedlichen empirischen Bausteine des Forschungsprojektes geschaffen. Dieses erste Code-System wird in einer kollegialen Interpretationsgruppe diskutiert, die Formulierungen der Codes und Sub Codes überarbeitet und als Codesystem für dieses empirische Material genutzt. Das gesamte Material wird anschließend codiert.

Unabhängig von der Eingangsfrage können die Interviewpartner_innen sich im Verlauf des Gesprächs zu bestimmten Aspekten geäußert haben. Bei der Codierung werden deshalb alle Äußerungen zu einem inhaltlichen Aspekt im gesamten Textmaterial gesammelt und geordnet. Das Material der sieben Interviews mit Supervisor_innen wird so in einem ersten Durchgang codiert. Die Codierung wird im Laufe der Bearbeitung des Materials um einzelne Sub Codes erweitert. Wenn in einer Textsequenz unterschiedliche Inhalte angesprochen sind, erfolgt eine Zuordnung zu mehreren Codes bzw. Sub Codes. Die Codes, die in der Auswertung der Interviews mit Hebammen bereits verwendet werden, sind im Codesystem mit „Code Hebammen“ gekennzeichnet.

Im Prozess des Codierens haben sich Codes und Sub Codes am Material als Codesystem ausdifferenziert. Im Vergleich zum Codesystem, das zur Auswertung der Interviews mit Hebammen genutzt wird, sind zwei neue Codes hinzugekommen, die sich im Zusammenhang mit dem Setting Supervision stehen und sich auf berufliche Ethik im Hebammenberuf beziehen. Das Codesystem, die zugehörigen Sub Codes sind in Klammern gesetzt, umfasst die Codes: Supervision (Themen von Hebammen in Supervision, Rahmung durch Supervision, Selbstverständnis von Supervisor_innen), Hebammenalltag (Aufgabenfelder und Berufsalltag, Spannungsfelder und Konflikt, strukturelle Bedingungen), Ethik im Hebammenberuf (Selbstverständnis von Hebammen, Werte und Normen), Grenzerfahrungen im Hebammenberuf (Grenzen und Grenzsituationen, Umgang mit Grenzen), gesund leben lernen (in Supervision von Hebammen, in der Be-

gleitung durch Hebammen), Organisationsstrukturen, Rahmenbedingungen im Hebammenberuf (Hebammen, Familienhebammen), Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf (Ausbildung zur Hebamme oder Familienhebamme, Lernprozesse in der beruflichen Tätigkeit, Ressourcen), Statements zum Abschluss (Neues, Wichtiges, zum Interview).

Nach der Codierung des Materials werden Zusammenfassungen zu den einzelnen Interviews geschrieben, die sprachlich am Material orientiert sind. Im Anschluss daran werden Inhalte für einzelne Codes und Sub Codes unter Einbeziehung des gesamten Materials zusammengefasst. Auch diese Zusammenfassungen sind sprachlich am Material orientiert formuliert. In einem weiteren Schritt werden diese Zusammenfassungen als Basis für ein neues Ordnen genutzt, das noch an inhaltlichen Themen orientiert, jedoch mit Blick auf die Vielfalt und Fülle des gesamten Materials bereits interpretierend ausgerichtet ist (vgl. Materialband Kapitel 4.6, auch Teil B Kapitel 3.3.2 und Materialband Kapitel 3.6).

Die im Material erkennbaren Themen von Hebammen in Supervisionsprozessen werden identifiziert und zugehörige Textsequenzen als thematische Gruppen gelistet dargestellt (vgl. Materialband Kapitel 4.6). Die Liste der Themen ist vielfältig. Es werden Themen im Zusammenhang mit Beziehungen und möglichen Konflikten wie Kontrolle, Aggressionen, Konkurrenz, Skepsis, Autonomiewünsche, fehlende Nähe oder Distanz sowie Verstörung angesprochen. Es geht um Spezifika als Familienhebammen und Kooperationen mit der Jugendhilfe, um Beruf und Berufung, um Bezahlung und Finanzierung von Projekten, um soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen im Beruf als Hebamme. Es gibt auch Hinweise auf Themen, die in Supervisionsprozessen nicht verhandelt wurden wie ältere Frauen als Schwangere, Lernen von Gebärenden oder „gesund leben lernen“.

Im Material (vgl. Materialband Kapitel 4.6) zeigen sich Settings von Supervisionsprozessen als strukturelle Rahmung sowie konzeptionelles Selbstverständnis, Methoden und Techniken, die von Supervisor_innen in Supervisionsprozessen angewendet werden. Beispiele hierfür sind Einzel-, Gruppen- oder Teamsupervision. Der Ablauf von Supervision wird gekennzeichnet durch regelmäßige zeitliche Struktur, einer Eingangsrunde zum Sammeln vorrangig wichtiger Themen und Befindlichkeiten sowie wiederkehrender Klärung der gemeinsamen Arbeitsform bei neuen Gruppenmitgliedern. Es wird im Material sichtbar, wie supervisorisches Handeln erfolgt und welche Methoden oder Techniken zum Tragen kommen, um Rollenentwicklung und Rollengestaltung im Berufsalltag sowie gemeinsames Lernen und Üben in Supervisionsprozessen zu ermöglichen. Es gibt Hinweise auf Wirkungen von Selbstreflexion und Gruppendynamik in Supervision. Im Material wird Supervision mit Hebammen beschrieben als ein geschützter Raum unter Frauen. Die offene Atmosphäre ermöglicht gemeinsames Sprechen mit Humor, ein liebevoller Umgang mit Eigenarten und Grenzen wird ebenso möglich und brisante Situationen oder Blockbildungen im Team können zum Thema werden.

Die einzelnen Interviewpartner_innen arbeiten in ihrer supervisorischen Praxis mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen und Konzepten. Ihre Äußerungen sind an einen spezifischen Kontext oder an eine spezifische fachliche Position gebunden. Insofern erfolgt die Zuordnung im Codieren von Materialsequenzen bereits unter interpretativen Aspekten. Um sich dem Anspruch der Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Zuordnungen im Rahmen des Codierens

anzunähern, werden Steckbriefe zu den einzelnen Interviewpartner_innen herausgearbeitet, soweit dazu im Material Informationen enthalten sind, ehe die Codierung des Materials dargestellt wird. Indem die Interviewpartner_innen vorab einzeln vorgestellt werden, bleiben mögliche Verbindungslinien nachvollziehbar. In den folgenden steckbriefartigen Zusammenfassungen werden die Interviewpartner_innen mit S gekennzeichnet:

S 1 als Supervisorin mit viel Feldkompetenz in der Jugendhilfe und Erfahrung mit einer Einzel-supervision mit einer Hebamme und einer Gruppensupervision mit Hebammen, die als Familienhebammen arbeiten:

Bei der Auftragsklärung von Familienhebammen gibt es Unterschiede zu anderen Berufsgruppen, die im Feld der Jugendhilfe tätig sind. Im Unterschied zur Jugendhilfe geht es um moralisierende Werte. Hebammen fühlen sich aufgefordert, selbst etwas zu tun, sie verschieben die Verantwortung nicht auf andere. Der Unterschied zu Berufsgruppen der Jugendhilfe ist, dass Hebammen aufgrund ihres Berufs ein heiles Feld erwarten und nicht mit der Kaputtheit von Familien rechnen. In der Jugendhilfe besteht eine Ausbeutungssituation. Für wenig Kosten ermöglichen die Hebammen einen leichten Zugang zu schwierigen Familien.

S 2 als langjährige Supervisorin und Erfahrung mit der Projektentwicklung eines Geburtshauses:

Ein privater Kontakt hat zum Auftrag geführt. Die Erfahrungen mit diesem Team sind relativ kurz, nicht über längere Jahre. Die Zukunft des Projektes und die Zukunft des Hebammenberufes sind Schwerpunkt des Prozesses, Alltagssituationen spielen eine nachrangige Rolle.

S 3 als langjährige Supervisorin mit Spezialthema Rollenentwicklung und Erfahrungen mit Gruppensupervisionen von Hebammen und Familienhebammen:

Die Beschäftigung mit Rollenvielfalt und Differenzierung von Rolle und Funktion wird als wichtig angesehen. Gemeinsame Ziele sind in der Gruppensupervision zu klären. Themen werden in der Supervision situativ angegangen, das gesamte Spektrum kommt zum Tragen. Hebammen können mit ihrer Leiblichkeit beschrieben werden, sie hat unterschiedliche „Typinnen“ vor Augen.

S 4 als Supervisorin und Fachfrau für Werte, die Erfahrung mit einer Gruppensupervision von Beleghebammen hat:

Sie vertritt als alleinlebende Single-Frau und Nicht-Mutter eine andere Kultur und hat vielfältige Erfahrungen in der Kinder- und Jugendarbeit, mit Frauenarbeit, im Krankenhausbereich, mit Ethik- und Wertefragen. Der Supervisionsprozess mit Beleghebammen eines Krankenhauses liegt zwei Jahre zurück. Bei diesem Prozess ging um die Organisation einer Gruppe von Beleghebammen eines Krankenhauses, die sich als Einzelunternehmerinnen mit der Frage beschäftigt haben, ob perspektivisch gemeinsam eine andere Organisationsstruktur entwickelt werden kann.

S 5 als langjährige Supervisorin und Erfahrung mit Konzeptentwicklung für die erweiterten Geburtsnachsorge und Gruppensupervisionen mit Hebammen:

Durch 30 Jahre Berufserfahrung kennt sie Hebammen im Rahmen von Supervisionsprozessen in der üblichen Rollenzuordnung als Hebamme im Krankenhaus, im Kreißaal und in der freiberuflicher Praxis, in Gemeinschaftspraxen, in der Vor- und Nachsorge und als Freiberuflerinnen in der ambulanten Geburtshilfe. Die Arbeit mit den Hebammen hat für sie vorher schon als Leiterin einer Bildungseinrichtung begonnen mit der Konzeptarbeit für Geburtsvorbereitungskurse. Die Konzeptentwicklung zur erweiterten

Geburtsnachsorge hat in den 80-er Jahren in Auseinandersetzung mit der Bewegung der Geburtshäuser, der Bewegung der Geburtsvorbereiterinnen, der Bewegung der Stillberaterinnen unter Einbeziehung von Müttern und Vätern und den Interessen des Hebammenverbandes ihren Anfang genommen. Spezielle Geburtsvorbereitungskurse für Paare wurden umgesetzt, das Modell der erweiterten Geburtsnachsorge etabliert.

S 6 als langjähriger Supervisor und langjährige Erfahrung mit Supervisionsgruppen von Familienhebammen in Einzelsupervisionen, mit Konzeptentwicklung zur Tätigkeit von Familienhebammen sowie mit Supervision mehrerer Teams in Projekten „Frühe Hilfen“:

Zum Standing von Hebammen allgemein schildert er eigene Erfahrungen bei der Geburt der eigenen Kinder. Er führt aus, wie es zu dem ersten Supervisionsauftrag mit Hebammen kam, als eine Antwort auf die Frage, welche Bedeutung es hat, dass er als männlicher Supervisor angefragt wird. Er schildert die Modellentwicklung in NRW und die Mitwirkung bei der Entwicklung von Themen und Fortbildungsmodulen als ein Qualitätskriterium. Er kennt sich da vom Grundsatz her aus. Aus der Gruppensituation mit Familienhebammen haben sich Teamsupervisionen einzelner Teams im Rahmen „Frühe Hilfen“ entwickelt. In Supervisionsprozessen kommen tiefere Ebenen zum Tragen, Gefühle, Tränen haben Raum. Er erschrickt nicht vor Emotionen, sondern findet gut, wenn sie zum Ausdruck kommen, wenn es möglich wird. Es war und ist bereichernd, mit dieser Berufsgruppe zu arbeiten. Es macht Lust zu sehen, hier sind Menschen, die etwas wollen. Das macht Freude und ist ein immaterielles Honorar. Er selbst hat auch immer gern mit Randgruppen gearbeitet, war an Menschen in besonderen Lebenslagen interessiert und hat sie gemocht. Die Berichte von Situationen, die chaotisch sind, die Nähe zu den Frauen, die von Familienhebammen begleitet werden, sind vertraut und rufen keine Abwehr hervor.

S 7 als langjährige Supervisorin mit Schwerpunkt Organisationsberatung und Miteigentümerin eines Instituts, die Erfahrungen mit Teams von Geburtshäusern und Gemeinschaftspraxen hat:

Sie hat keine direkten Erfahrungen mit Hebammen in Kliniken, obwohl sie auch Krankenhäuser berät, und keine direkten Erfahrungen mit Familienhebammen, obwohl sie Jugendämter berät. Sie hat Erfahrungen mit Hebammen in der Freiberuflichkeit. Die Rolle ist wichtig, Rollengestaltung erfolgt hier in der Ambivalenz zwischen Freiberuflichkeit und Sehnsucht, zu einem System zu gehören. Manchmal ist die Beratung schwer und mühsam. Durch Familienplanung, Kinderplanung, geplante Geburt ist eine Veränderung eingetreten, klinische Strukturen unterstützen tendenziell Kaiserschnitte und geplante Geburten und nicht die natürliche Geburt. Dies ruft eigene Vorstellungen aus der Zeit der 80-er Jahre wach, als eine Zeit, in der sie ihre Kinder bekommen hat. Der Zeitgeist ändert sich, ältere Hebammen sind häufig frustriert, wenn sie erkennen, dass sich die ursprünglichen Ideen nicht so leicht umsetzen lassen. Geburtshäuser gehen zurück, sie kämpfen mit der Versicherung, kriegen das Ansehen nicht, die Kliniken versuchen sie in die Knie zu zwingen, ein Lebenstraum ist bedroht.

Für die Einordnung des Materials spielen fachliche Ausrichtungen und Positionierungen von Interviewpartner_innen eine Rolle. Die vermittelten Eindrücke zu Hebammen als Mitglieder einer weiblichen Community, zu Organisationsstrukturen des Hebammenalltags sowie zu Öffentlichkeitsarbeit und Versicherung, Nöten und Belastungen im Hebammenalltag, zum Verstehen von Gefühlen und emotionalen Prozessen, zu Reflexions- und Lernorten, zu Familien und

Familienhebammen, zu Hebammen und dem Hebammenberuf, zu „gesund leben lernen“ als ein Aspekt, der die Interviewerin bewegt, und zu andern Aspekten, sind jeweils spezifisch, was hier nicht ausführlich dargestellt wird.

Nach Herausarbeitung dieser Steckbriefe der Interviewpartnerinnen folgt die Darstellung der Auswertung wieder inhaltlichen Schwerpunkten. Die interpretierende Perspektive, dass sich in den Codierungen Einschätzungen, Meinungen und Bewertungen der Interviewpartner_innen zeigen, die als Positionen spezifischer Expert_innen zu lesen sind, wird zurück genommen. Die Codierung des Materials dient der thematischen Strukturierung und wird hier nicht ausführlich dargestellt. Textsequenzen werden als Gruppierungen unter Codes und Sub Codes gelistet zusammengestellt. Die Reihenfolge der Listung stellt keine Gewichtung dar. Sprachliche Formulierungen der Zusammenfassungen bewegen sich nahe am Material. Inhaltlich geht es um Hebammenalltag und Aufgabenfelder von Hebammen, spezifischen Aspekten der erweiterten Geburtsnachsorge, um Tätigkeiten und Berufsalltag von Familienhebammen, um Spannungsfelder und Konflikte allgemein, um Hebammen als Frauen und Mütter, um Organisationsstrukturen im Hebammenberuf und Rahmenbedingungen im Hebammenalltag, die in Zeitnot, Druck und Selbstausbeutung Eingang finden.

Unter dem Code Ethik im Hebammenberuf werden Textpassagen zu beruflicher Ethik von Hebammen oder Familienhebammen sowie zu sozialen Werten und gesellschaftlichen Normen eingeordnet, die von den Interviewpartner_innen mit Hebammen verbunden werden. Inhaltlich geht es um Sichtweisen von Hebammen, um Werte und Normen, die sie vertreten, um ihr Selbstverständnis als Hebammen oder Familienhebammen, die in Supervisionsprozessen zum Ausdruck kommen, und um den Zusammenhang mit Grenzerfahrungen im Hebammenberuf.

Im Material werden unterschiedliche organisatorische Strukturen des Hebammenberufs und andere Rahmenbedingungen als Kontexte angesprochen, in denen Hebammen oder Familienhebammen arbeiten und über die sie in Supervisionsprozessen sprechen wie organisatorische Strukturen als Hebammen in Kliniken, als Beleghebammen, in Geburtshäusern und Hebammenpraxen, in der erweiterte Geburtsnachsorge, als Familienhebammen im Zusammenhang mit „Frühe Hilfen“ oder in anderem Kontext. Rahmenbedingungen von Familienhebammen und von Hebammen. Finanzielle Rahmenbedingungen, verbandspolitische Strukturen oder Zukunftsperspektiven des Hebammenberufs kommen zur Sprache.

„gesund leben lernen“ wird als ein Aspekt, der die Interviewerin bewegt, im Verlauf der Interviews eingebracht, wenn sich eine Nachfrage dazu anbietet. Die Interviewpartner_innen gehen alle auf diesen Aspekt ein, einige kommentieren die Nachfrage mit: „spannend“, „ungewöhnliche Frage“ oder „was ist das?“. Die Sub Codes zum Code „gesund leben lernen“ entwickeln sich im Codieren am Material und differenzieren Lernprozesse, die von Hebammen oder Familienhebammen in ihrer Tätigkeit angeregt werden, und Lernprozesse, die sich in Supervisionen vollziehen. Inhaltlich wird differenziert zwischen „gesund leben lernen“ in der Begleitung von Hebammen und „gesund leben lernen im Beruf“ in Supervision von Hebammen mit Beschreibungen von und Sichtweisen auf berufliche Realität. Es geht um Erleben von Stress und Belastungen, um praktische Beispielen wie Rauchen oder anderen Formen der Umsetzung. In der Behandlung dieses Thema ergeben sich Hinweise auf Werte, Normen und Sichtweisen auf berufliche Praxen von

Hebammen oder Familienhebammen.

Der Code „Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf“ bezieht sich auf Merkmale beruflicher Tätigkeiten im Zusammenhang mit Qualität sowie auf normative Anforderungen und Erwartungen und formalisierten Standards. Sichtweisen auf Qualität von beruflichen Praxen sind an einen sich verändernden Bewertungskontext gebunden. Beim Begriff Qualitätsentwicklung liegt der Fokus auf der Prozesshaftigkeit, einem Entwicklungsverlauf, den es wahrzunehmen, zu beschreiben und einzuordnen gilt mit Bezugnahme zu spezifischen Kontexten und Geltungsbereichen. Die Bewertungen sind in zeitlichen und räumlichen Dimensionen verortet. Qualitätsentwicklung kann als Lernprozess verstanden werden, der unter einer spezifischen Rahmung auf individueller Ebene oder auf Ebene der Organisation zu Kompetenzentwicklung führt. Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten als berufliche Kompetenzen werden individuell in Ausbildung und beruflicher Tätigkeit erworben. Lernprozesse der Qualitätsentwicklung fördern den Ausbau beruflicher Kompetenz (vgl. auch Teil A Kapitel 6).

Auch wenn die Interviewpartner_innen Hebammen oder Familienhebammen in Supervisionsprozessen erst nach ihrer Aus- und Fortbildung erleben, wird ihnen ein Bezug zu Aus- und Fortbildungsinhalten ein Eindruck vermittelt. Im Material sind Textsequenzen zur Ausbildung als Hebamme oder zur Fortbildung als Familienhebamme zu finden, die dem Code „Qualitätsentwicklung“ zugeordnet werden. Inhaltlich geht es um Sichtweisen auf die Ausbildung von Hebammen und auf Fortbildungen von Familienhebammen. Anforderungen und Erwartungen in Aus- und Fortbildung und Lernprozesse in der Qualitätsentwicklung als Entwicklung von Professionalität, und Beratungskompetenz kommen ebenso zur Sprache wie das berufliche Selbstverständnis von Hebammen oder Familienhebammen. Es geht um die Rahmung von Qualitätsentwicklung durch Supervision und andere reflexive Beratungsformate. Raum und Zeit wird als notwendige Ressource für Qualitätsentwicklung gesehen.

Im Code „Abschluss-Statements“ werden fünf Aspekte mit Textsequenzen belegt, die zum Abschluss des Interviews von einzelnen Interviewpartner_innen erstmalig angesprochen werden. Unter dem Sub Code „wichtig“ sind vier Aspekte zu finden, die bereits vorher ausgeführt wurden und noch einmal benannt werden. Dem Sub Code „zum Interview“ werden sieben Textsequenzen zugeordnet, die während des Gesprächsverlaufs oder zum Abschluss werden und sich auf die Situation des Interviews beziehen. Inhaltlich werden Themen wie Hebammen in Gesellschaft und Politik, der Zusammenhang von Reflexion und Qualität, aber auch das Lernen in der Situation des Interviews angesprochen.

In einigen Abschlussstatements der Interviews wird auch erneut auf „gesund leben lernen“ Bezug genommen. Im Folgenden werden Aspekte aus den Abschlussstatements zusammenfassend dargestellt. Hebammen haben das Bild, etwas zu verschenken. Wissen und berufliches Handeln wird als Geschenk, nicht als Dienstleistung gesehen. Das Selbstverständnis von Hebammen beinhaltet nicht, von den Frauen etwas zu lernen, sondern sie haben die Vorstellung, den Frauen etwas zu geben, was diese dann umsetzen müssen. Gleichzeitig ist ihr Verständnis: Hebammen sind Fachfrauen. Über die Schwangeren etwas für sich selbst zu bekommen, wird so nicht gesehen. Was „gesund leben lernen“ für problematische Familien heißt, ist eine spannende Frage. Die Entwicklung geeigneter beruflicher Praxen ist eine Herausforderung für Hebammen oder Famili-

enhebammen. Die Positionierung „wir sind die Fachfrauen“ ist auch in Abgrenzung zu Ärzt_innen von Relevanz. Im medizinischen Bereich muss die Stärke des Berufs gezeigt werden, dort ist wichtig, dass Hebammen selbstbewusst auftreten können. Supervision kann zur „Gesunderhaltung“ von Hebammen beitragen. Schwerwiegende Erfahrungen können mitgeteilt werden, mit anderen geteilt werden. Im Sinne der Gesunderhaltung ist das „überlebensnotwendig“, um diesen Beruf über viele Jahre ausüben zu können. Gesunderhaltung heißt, Situationen wahrnehmen, Spannungen und Konflikte nicht zudecken, sondern hinschauen und dann Entscheidungen treffen. „Bewusstsein“ wird als Zugang zu sich selbst als entscheidend angesehen, andere Erkenntnisse können dann hinzukommen. In der Arbeitswelt (vgl. auch Beispiel in Teil C Kapitel 3.3) gibt es „Wahnsinn, unerträgliche Bedingungen und Entscheidungen“, denen sich Menschen bewusst werden müssen, um „gesunden Widerstand“ entwickeln zu können. Sich zu „trauen“, Dinge mit anderen „zu skandalisieren“, anzusprechen und offen zu machen, wird als wichtig bewertet. Passives Hinnehmen, die Ohnmachtsempfindung „ich kann nichts tun, ich muss es hinnehmen“ ist krankmachend. Situationen sind veränderbar, da „kommt man nur raus“, mit einem bestimmten „Bewusstsein“, mit der „Wahrnehmung von Leiden“, durch „Sprechen mit anderen“, die ähnliches erleben oder erlebt haben. Gesunderhaltung im Sinne von „gesund als Vorsorge“ bedeutet, sich zu trauen, darüber mit anderen zu sprechen. Das System der Arbeitsorganisation unterstützt Vereinzelung und individuelle Schuldzuweisungen. Auch der innere Antreiber „ich muss, weil die anderen es auch schaffen!“ führt dazu, die Vereinzelung in beruflichen Situationen nicht wahrzunehmen. In Supervision geht es auch darum, Gemeinschaftsgefühl zu wecken. Gesunderhaltung ist für viele Menschen wichtig im Sinne von „gesund bleiben“, nicht krank werden, denn „die psychischen Krankheitsprozesse sind ja nun nicht mehr zu verheimlichen.“

4.6 Erkenntnisse aus der Auswertung des Materials

Nach dieser am Material orientierten Bearbeitung des Codierens wird eine Einschätzung zu diesem empirischen Material vorgenommen. Erkenntnisse zu Supervision als Rahmung, zu Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen und zu „gesund leben lernen“ werden anschließend zusammenfassend dargestellt.

4.6.1 Einschätzungen zum Material

Die Interviewpartner_innen arbeiten langjährig als Supervisor_innen. Ihre beruflichen Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen sind unterschiedlich. Die im Material abgebildeten Erfahrungen beziehen sich auf Supervisionsprozesse, die sich im Setting, in der Zusammensetzung, in der Dauer und Kontinuität unterscheiden. Supervision ist in der Anwendung unterschiedlichen theoretischen Schulen und methodischen Ansätzen verpflichtet. Supervisor_innen entwickeln im Laufe der Berufstätigkeit individuelle Arbeitsweisen und Arbeitsstile.

Theoretische Ausrichtung und konzeptionelles Arbeiten fließen in die Schilderungen der Interviewpartner_innen ein, sind von der Interviewerin jedoch nicht explizit erfragt oder mit einem schriftlichen Zusatzbogen erhoben worden. Die Entscheidung für dieses Vorgehen basiert darauf,

dass zusätzliche Informationen die Perspektive als Interviewerin beeinflussen und zu Interpretationen als Forscherin führen, die eine Auswertung des Materials erschweren. Für die Beantwortung der Forschungsfragen werden diese Informationen auch als nachrangig eingeschätzt. Im Material wird ein differenzierter Erfahrungshintergrund abgebildet.

Eine Interviewpartnerin hat viel Feldkompetenz in der Jugendhilfe. Sie hat berufliche Erfahrung mit einer Einzelsupervision einer Hebamme und begleitet eine Gruppensupervision von Hebammen und Familienhebammen. Ihre Erfahrungen im Jugendhilfebereich zieht sie vergleichend heran, um sich dem Feld der Familienhebammen an zu nähern. Sie sieht Unterschiede zur Jugendhilfe bei der Auftragsklärung, in der Haltung zu Erwartungen, Werten und Normen und thematisiert die Ausbeutungssituation von Hebammen.

Eine Interviewpartnerin begleitet die Projektentwicklung eines Geburtshauses, was durch einen privaten Kontakt möglich wurde. Die beruflichen Erfahrungen mit diesem Team sind relativ kurz. Themen der Projektentwicklung stehen im Vordergrund, manche Themen ereignen sich hier nicht.

Eine Interviewpartnerin beschreibt sich als Fachfrau zum Rollenentwicklung und begleitet Gruppensupervisionen von Hebammen und Familienhebammen. Sie sieht die Beschäftigung mit Rollenvielfalt und Differenzierung von Rolle und Funktion in Supervisionsprozessen als wichtig an. Inhaltlich kommt das gesamte Spektrum von Themen zum Tragen, einzelne Themen werden situativ angegangen. Sie beschreibt Hebammen in ihrer Leiblichkeit und hat „Typinnen“ vor Augen.

Eine Interviewpartnerin beschreibt sich als Fachfrau für Werte. Sie hat berufliche Erfahrung mit einer Gruppensupervision von Beleghebammen. Sie stellt sich ausführlich als Person mit ihrem beruflichen Hintergrund in unterschiedlichen Feldern und im Bereich Krankenhaus vor. Sie hat Interesse an Frauenthemen und Frauen als Klientinnen, das hat etwas mit ihr zu tun, „das wächst ihr so zu“. Aufgrund ihrer Erstausbildung sieht sie sich als Fachfrau für Ethik- und Wertefragen, die im kirchlichen System fest verankert ist. Der Supervisionsprozess mit Beleghebammen eines Krankenhauses liegt zwei Jahre zurück, bei dem es um die Entwicklung einer neuen Organisationsform für diese Hebammen ging.

Eine Interviewpartnerin kommt aus der Erwachsenenbildung. Sie hat in den 80-er Jahren die Entwicklung des Konzeptes „Erweiterte Geburtsnachsorge“ in einem Bundesland begleitet und seit dreißig Jahre vielfältige Berufserfahrung mit Hebammen im Rahmen von Supervisionsprozessen in der üblichen Rollenzuordnung als Hebamme im Krankenhaus, im Kreißsaal, in der freiberuflichen Praxis, in Gemeinschaftspraxen, in der Vor- und Nachsorge und als Freiberuflerinnen in der ambulanten Geburtshilfe sowie in der Rollenzuweisung in der erweiterten Geburtsnachsorge und als Familienhebammen. Sie arbeitet viel mit Gruppen.

Ein Interviewpartner hat langjährige berufliche Erfahrung mit Familienhebammen. Er hat die Konzeptentwicklung für Familienhebammen in einem Bundesland mit Supervision begleitet und begleitet aktuell mehrere Teams in Projekten zu „Frühe Hilfen“. Er bezieht sich auch auf persönliche Erfahrungen mit Hebammen bei der Geburt seiner Kinder und geht ausführlich auf die Nachfrage der Interviewerin ein, welche Bedeutung es haben könnte, dass er als männlicher Supervisor in diesem Arbeitsfeld angefragt wird. Er schildert seine Mitwirkung bei der Modellentwicklung, beschreibt seine Arbeitsweise in Supervision mit Beispielen, macht seine konzeptionellen Vorstellungen zu Qualitätsmanagement, Supervision und Gesundheitsförderung im Beruf transparent.

Eine Interviewpartnerin arbeitet mit den Schwerpunkten Organisationsberatung und Fortbildung und ist Miteigentümerin eines Instituts. Sie hat berufliche Erfahrung mit Geburtshäusern und Gemeinschaftspraxen, keine Erfahrungen mit Hebammen in Kliniken, obwohl sie auch Krankenhäuser berät. Sie berät Jugendämter, jedoch nicht die dort tätigen Familienhebammen. Sie bezieht sich konzeptionell auf marktorientierte Organisationsentwicklung, Rollen, Rollengestaltung in der Ambivalenz zwischen Freiberuflichkeit und Sehnsucht, zu einem System zu gehören. Sie thematisiert gesellschaftliche Veränderungen in Familienplanung, Kinderplanung, klinischen Strukturen, die tendenziell Kaiserschnitte und geplante Geburten unterstützen und nicht unbedingt die natürliche Geburt. Sie stellt fest, dass sich der Zeitgeist seit den 80er-Jahren geändert hat.

Im Material werden folgende Settings von Supervision als Erfahrungshintergrund angesprochen: Einzelsupervision mit Hebammen, Gruppensupervision mit Hebammen, Gruppensupervision mit Hebammen und Familienhebammen, Gruppensupervision mit Hebammen als Familienhebammen, Gruppensupervision mit Familienhebammen (als Angestellte eines Trägers, nicht als Team), Teamsupervisionen mit Teams im Rahmen von „Frühen Hilfen“, Gruppensupervision mit Beleghebammen als Einzelunternehmerinnen, Teamsupervision mit Kreißaal-Hebammen, Teamsupervision mit Hebammen in Geburtshäusern und Hebammenpraxen, Fortbildung mit Hebammen im Rahmen von Konzeptentwicklung, Organisationsberatung von Hebammen in Geburtshäusern und Hebammenpraxen.

Im Material werden Tätigkeitsfelder und berufliche Kontexte von Hebammen und Familienhebammen in Sichtweisen der Supervisor_innen abgebildet. Für die Fragen des Forschungsprojektes sind die angesprochenen Supervisionsprozesse mit Hebammen oder Familienhebammen ausreichend differenziert. Sichtweisen auf beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen können am Material orientiert in den Blick genommen werden.

4.6.2 Rahmung von Supervision

Supervisionen finden regelmäßig mit einer vereinbarten zeitlichen Struktur statt. Es gibt meist eine Eingangsrunde, bei der vorrangige Themen gesammelt werden. Bei Gruppen wird gemeinsam entschieden, an was gearbeitet wird. Wenn neue Mitglieder in einer Gruppe dazu kommen, wird die Rahmung von Supervision transparent gemacht und erneut mit den Beteiligten vereinbart.

In Supervisionsprozessen geht es um Zuhören, um Bestärken, um Achten auf Grenzen, um Annehmen und Abgrenzen von Angeboten, um Bewegungsfiguren des Mitschwingens zwischen der beruflichen Rolle als Hebamme oder Familienhebamme und einer Distanzierung davon. Die Supervisor_innen können sich als Menschen mit persönlichen Eigenarten und Fähigkeiten oder als Fachleute mit spezifischem Wissen und Kompetenzen in Supervisionsprozessen zeigen und gesehen werden (vgl. Teil A Kapitel 6.3).

Basiselemente für Supervision wie Wertschätzung, Respekt, Achtsamkeit, Empathie und Kongruenz in Beziehungen zeigen sich im Material.

Im Material sind Hinweise auf Methoden, Techniken, Werkzeugen von Supervision enthalten: es können „Deutungen“ angeboten werden, „Rollenwechsel“ und Übungen wie „leerer Stuhl“ sind mögliche Methode, es kann mit „assoziativem bildhaftem Material“ oder mit „Sym-

bolen“ gearbeitet werden, „Sharing“ wird genannt als eine Methode, die die Rückkehr aus intensiver Arbeit in die Gruppenrealität unterstützen kann.

Begrifflichkeiten im Material lassen sich Supervisionskonzepten zuordnen. Eine psychoanalytische Ausrichtung wird mit Begriffen wie Deutung, Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr, Assoziationen, Symbole in Verbindung gebracht, eine gestalttherapeutische Ausrichtung mit dem Begriff Leerer Stuhl, eine psychodramatische Ausrichtung mit Begriffen wie Sharing oder Rollenwechsel.

Im Material sind erläuternde Ausführungen zu Begrifflichkeiten wie „Rolle“, „Rollenentwicklung“, „Rollengestaltung“ enthalten. Die Formulierung der Eingangsfrage im Interviews kann als Hinweis auf eine Spurlegung in diese Richtung gelesen werden, indem gefragt wird: Wie gestalten Hebammen ihre berufliche Rolle? Rollenkonzepte sind in soziologischen Systemtheorien begründet, beschäftigen sich mit Sozialisation und Entwicklung von Identität und fließen in Supervisionskonzepten ein. Rollenentwicklung beschreibt den Prozess, ein Selbstverständnis zu entwickeln, zu formulieren und eine Haltung zu erlernen, die für die Gestaltung beruflicher Beziehungen genutzt werden kann. Die berufliche Rolle erfährt immer wieder neue Passungen im beruflichen Alltag und verändert sich in der Berufstätigkeit.

Professionalitätsentwicklung erfordert Bewusstsein von Kompetenz, Maßstäben und eigenem Profil. Gestaltung und Organisation werden in einem Zusammenhang von Professionalität gesehen und müssen im Einklang mit dem jeweiligen Auftrag stehen. Reflexion von strukturellen Außenbedingungen und dem gesellschaftlich kulturellen Rahmen ist eine Ebene für Rollenentwicklung und Rollengestaltung im Rahmen von Professionalitätsentwicklung.

Der Begriff Professionsentwicklung wird als über klassische Rollenkonzepte hinausgehend interpretiert und von einer Interviewpartner_in Zusammenhang mit Kompetenz und Kompetenzprofilen gesetzt.

Im Material finden sich Hinweise auf Konzepte der Rollenentwicklung oder der Professionalitätsentwicklung im Zusammenhang mit Supervision. Eine konzeptionelle Verbindung mit Konzepten der Berufs- und Erwachsenenbildung deutet sich an (vgl. Teil A Kapitel 2.4 und 4.3).

Supervision findet häufig in Gruppen statt. Das Lernen und Üben in Gruppen- und Teamsupervisionen ist an konkreten Fällen oder Situationen und in Beziehung zu Personen orientiert (vgl. Kapitel 4.5). Es können symbolische Bausteine oder Aufstellungen genutzt werden, für die mehrere Personen erforderlich sind. Handwerkszeug für die Gestaltung von Beziehungen entsteht „im Hier und Jetzt der Gruppe“ in Bezug zu beruflichen Alltagssituationen. Verhaltensmuster, Werthaltungen und andere Positionierungen werden auf mehreren Ebenen sichtbar und erlebbar. Es kann verändertes Verhalten ausprobiert und trainiert werden, es gibt unterschiedliche Rückmeldungen von anderen, die die individuelle Wahrnehmung verändern.

Im Material wird der Gruppenarbeit eine spezifische Wirkkraft zugeschrieben. Eine Gruppe ist ein dynamisches Gebilde, es geht um Konkurrenz, Macht, Positionierung, aber auch um Wertschätzung und Zuneigung einzelner Mitglieder zueinander. Gruppen können sich unterschiedlich entwickeln, sie **können** auf einzelne Mitglieder positiv oder negativ wirken. Wenn eine Gruppe auch als Gruppe gestärkt wird, entsteht eine förderliche Atmosphäre, die es ermöglicht, individuelle Positionen zu finden und einzunehmen, Erleben mit anderen zu teilen und Gemeinschaft zu erfahren, sich in der Gruppe zu solidarisieren und zu unterstützen. Erst dann kann sich die

Wirksamkeit der Gruppe entfalten.

Für Fragen und Reflexion im beruflichen Alltag wird ein spezifischer Ort für notwendig gehalten. Supervision kann ein solcher Ort sein. Bei Supervision geht es um Beziehungen, Aufgaben und Grenzen. Alte Konstellationen und Muster können wahrgenommen und verändert werden. Widersprüche können erkannt und gelöst werden. Bei normativen Verfestigungen wird Beweglichkeit möglich. Immer geht es auch um Emotionen und deren wertschätzende Kommunikation. Dabei steht nicht das Reden allein im Vordergrund, sondern die Erlangung von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, Strategien zur Milderung von Konflikte, Stress und Belastungen, den Gewinn von Handlungsspielräumen.

Begrifflichkeiten im Material lassen sich unterschiedlicher Supervisionskonzepten zuordnen. Supervision ist ein geschützter Raum, Fremdheit in der Situation ermöglicht offenes Sprechen, Brisantes hat ebenso Raum wie individuelle Eigenarten und Emotionen. Die jeweilige Tiefung im Supervisionsprozess ist an der Fragilität der beteiligten Personen orientiert. Lachen, Spaß und Humor haben einen Platz.

4.6.3 Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen

Im Material zeigen sich Sichtweisen der Interviewpartner_innen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen. Hebammen werden als Mitglieder einer weiblichen Community gesehen. Sie kommen in ihrem Beruf mit einer Bandbreite von möglichen Einstellungen und Lebensformen in Kontakt und differieren als Gruppierung in ihren möglichen Einstellungen zu Lebensformen, sozialen Normen und Werten. Eine wechselseitige Passung in der Interaktion ist für berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen förderlich. Schwierige Familien haben ihre Geschichte, die verstanden werden will. Hebammen oder Familienhebammen können in Familien „Verstörungen“ erleben, die abgespalten werden. Für den beruflichen Alltag in den Familien wird ein Zugang zu Beratungskompetenz als erforderlich angesehen. Familienhebammen setzen als „Duftmarke im Beruf“: Angebot statt Kontrolle! Freiberuflichkeit in der Berufstätigkeit als Hebamme ist eine Organisationsform mit Konsequenzen, Wirkungsfaktoren müssen bedacht werden, es geht um Kund_innen und berufliche Angebotsprofile. Für Büroarbeiten gibt es normalerweise kein zusätzliches Personal. Organisationsberatung und Unternehmerbewusstsein können Arbeitsteilung und anderer Organisation in der Berufsausübung als Hebamme begründen. Die Zusammenarbeit von Familienhebammen wird nicht als Team gesehen, da jede Hebamme eigenverantwortlich und allein arbeitet. Eine Beteiligung an Projekten der „Frühen Hilfen“ wird als eine mögliche Zukunftsperspektive für Hebammen eingeschätzt. Öffentlichkeitsarbeit und Marketing im Beruf als Hebamme sind notwendig. Anerkennung von Hebammenarbeit wird auch als gesellschaftliche Frage gesehen. Die Berufshaftpflichtversicherung erschwert Selbstständigkeit und die Entscheidung für ein Unternehmen im Hebammenberuf.

Einschätzungen sind, dass manchmal das „Große“ zu groß ist, dass zunehmendes Alter zu zunehmenden Belastungen im Beruf führen, dass die Existenzsicherung im Beruf als Hebamme schwierig ist, dass durch Anforderungen und Erwartungen Konkurrenz und Druck entstehen, dass sich das Paket der Nöte und Belastungen im Beruf als Hebamme zu verschieben scheint. Refle-

xions- und Lernorte werden als notwendig angesehen. Aus- und Weiterbildung bereiten nicht ausreichend auf den beruflichen Alltag als Hebamme oder Familienhebamme vor. Die Möglichkeit zur Fallschilderung in Supervision spiegelt eigenes Erleben, das in gemeinsamer Reflexion zugänglich und veränderbar wird. Als Sicht von Familienhebammen wird formuliert: „Supervision ist ein Bedürfnis“.

Hebammen und Familienhebammen sind dem Druck ausgesetzt, Nachfragen bedienen zu müssen und zu wollen. „Gesund leben lernen“ wird in dem Zusammenhang verstanden als prozesshafte Wiederholung der Selbstfürsorge. Dies ist auch Teil von Supervision und sollte frühzeitig beginnen, um wirksam zu sein. Als Sicht von Familienhebammen wird formuliert: „Supervision als Überlebensmittel.“

Ein Angebot von Supervision steht in beruflichen Kontexten von Hebammen oder Familienhebammen jedoch oft nicht zur Verfügung, kostet zusätzliche Zeit und Geld. Krisen treten häufig ungeplant auf, während Supervision an eine vorgegebene zeitliche Struktur gebunden ist. Kollegialer Austausch kann zeitnah erfolgen und Supervision ergänzen.

Im Material wird die Frage aufgeworfen, welche Bedeutung es hat, dass Hebammen in ihrem beruflichen Alltag nicht mehr am eigentlichen Geburtsgeschehen beteiligt sind, und wie sich das perspektivisch auswirken wird, insbesondere für Familienhebammen, für deren spezifische Tätigkeit eine mögliche Beteiligung bei Geburten überhaupt nicht vorgesehen ist. Auch Genderperspektiven werden im Material sichtbar und können interpretierend ausgebaut werden. Im Material werden Hinweise gegeben, dass die Wirkung von Professionalität selten als Thema in Supervisionsprozessen verhandelt wird. Auch wenn diesen Aspekten hier nicht nachgegangen wird, ist es bemerkenswert, dass sich im Material dazu Textsequenzen als Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen finden lassen.

„Gibt es Typisches im Hebammenberuf?“ In der Gesprächssituation des Interviews hat sich diese Frage manchmal ergeben und ist Textmaterial dann auch dokumentiert. Als Beispiel wird die Antwort einer Interviewpartnerin zusammengefasst, die sprachliche Formulierung bewegt sich nahe am Material:

„eher Plattitüden, typisch ist die Arbeit, allein zu sein in der Situation, die bewerkstelligt werden muss, in der Regel gibt es dabei keinen Companion. Bei der Arbeit geht es um Eingriffe und Angriffe. Es ist hohe Sensibilität und Achtsamkeit erforderlich. Kompetenzen müssen geschult und trainiert werden, um wachsam zu bleiben, sensibel zu bleiben im Umgang mit den jeweiligen Menschen. Jede Situation ist neu, neue Situationen sind eine professionelle Herausforderung. Das Spannungsfeld zwischen Intimität, Einmaligkeit, Unwiederholbarkeit einer Geburt und Routine in Geburtshilfe ist eine Herausforderung. Der Wunsch von Kund_innen nach Individualität ist jedoch nicht nur für diese Berufsgruppe relevant. Damit werden die Hebammen wahnsinnig konfrontiert und müssen eine Einstellung entwickeln, mit dieser Ansprüchlichkeit umzugehen, die sie selbst auch schüren. Diese Ansprüchlichkeit ist ein dialektisches Verfahren, was nicht zu übersehen ist. Es geht um ethische und professionelle Fragen.“

Zu den in der Sequenz verwendeten Begriffen Eingriff und Angriff wird angemerkt, dass sie in Bezug auf die Körper von Mutter und Kind und in Bezug auf den Geburtsprozess als Transfer ins Leben gelesen werden können. Andere Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen

oder Familienhebammen, die im Material zu finden sind, ergänzen die obige Sichtweise auf berufliche Praxen von Hebammen. Hebammen sind mutig und stark, zeigen hohes Engagement, haben hohe Ansprüche an sich selbst und erleben hohe Erwartungen von andern. Ihre feine Intuition und Gespür sind eine totale Stärke. Der ganzheitliche Blick ist manchmal hinderlich. Reflexionen auf Metaebenen gestalten sich schwierig. Zuverlässigkeit, Verbindlichkeit und Organisation der Hebammen waren richtig gut. Geburtshäuser haben wunderbar funktioniert. Idealismus hat dazu beigetragen, dass Projekte Bestand haben. Nicht jede Hebamme ist als Familienhebamme geeignet. Die Versicherungsfrage erschwert die Entscheidung für ein Unternehmen. Supervision mit Hebammen ist leicht, angenehm und fruchtbar.

In der Tendenz haben die Interviewpartner_innen von Mitgliedern dieser Berufsgruppe einen positiven Eindruck. Sie schätzen Hebammen oder Familienhebammen als Supervisandinnen und drücken Anerkennung, Respekt bezüglich ihrer beruflichen Praxen aus.

Im Material zeigen sich Themen von Hebammen oder Familienhebammen, die in Supervisionsprozessen verhandelt werden. Die Themen bewegen sich auf unterschiedlichen Ebenen, eröffnen spezifische Spannungsfelder und Konflikte, die in spezifischen Kontexten bestehen.

Konflikte und Aggressionen, Konkurrenz und Macht, Kontrolle und Verführbarkeit, Kompetenz und Position in der Gruppe, Nähe und Distanz, Rollen und Rollenerwartungen, die Haltung in Familiensystemen, Intimität und Konflikte in Familien, Stress, Belastung und Überforderung, Werte und Wertschätzung, diese Spannungsfelder werden in Supervisionsprozessen wahrnehmbar, thematisiert und gemeinsam bearbeitet. Immer geht es um Kommunikation mit und über Emotionen in beruflichen Beziehungen und zu anderen Menschen, die die Basis für berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sind.

Bei Familienhebammen steht die Auftragsklärung mit der Jugendhilfe als Supervisionsthema im Vordergrund. Es geht um Aufgaben und Kompetenzen von Akteur_innen im beruflichen Feld, um Abgrenzungen von Kontrollerwartungen der Jugendhilfe, um Unterstützung und Ablösung der Mütter. Für die Tätigkeit als Familienhebamme wird eine Entscheidung für diesen beruflichen Bereich im Feld der Jugendhilfe als erforderlich angesehen, die in Supervisionsprozessen auch zum Thema werden.

Auseinandersetzungen mit Beruf und Berufung sind Supervisionsthemen von Hebammen. Im Material wird auf den Unterschied zwischen Beruf und Berufung hingewiesen, der sich für Hebammen auch im Umgang mit Bezahlung ausdrückt. Selbstständigkeit ist für Hebammen mit Ambivalenz behaftet, die sich zwischen Aufgaben als Hebamme und Notwendigkeiten als Unternehmerin aufspannt. Die Interviewpartner_innen setzen hier auf Lernprozesse, die zur Identitätsklärung beitragen.

Organisation und Finanzierung von Projekten sind ebenfalls Supervisionsthemen von Hebammen. Chefin-Sein erfordert Eigenschaften, die gelernt werden können. Fallübergaben, Vertretungsregelungen, Zeitplanung, Konzepte, Öffentlichkeitsarbeit und Finanzierung von Projekten können Themen in Supervisionsprozessen sein. Bei Projekten geht es häufig um Zukunftsorientierung und finanzielle Absicherung.

Die Bedrohung des Hebammenberufs von außen erfordert viel persönliches Engagement und politische Aktivitäten. Finanzdruck schwingt in Supervisionsthemen von Hebammen spür-

bar mit. Für den Gesundheitsbereich spielt die Zusammenarbeit mit Ärzt_innen und Zertifizierungsprozessen im Krankenhaus eine Rolle. Beruflichen Praxen von Hebammen sind im Spannungsfeld zwischen Angebot und Anspruch, zwischen Wunsch nach Individualität und Routine verortet. Auch das wird in Supervisionsprozessen thematisiert.

Im Material wird auch angesprochen, dass es Themen gibt, die in Supervision nicht verhandelt werden. Als Beispiele dafür werden die Situation ältere Schwangerer, das Lernen der Hebammen von den Gebärenden, schwierige Beratungen bei Projektentwicklung, wenn es um gesund leben lernen im Team geht, angeführt.

Die Palette der Themen, die von Hebammen oder Familienhebammen im Rahmen von Supervisionsprozessen sichtbar werden, ist breit und vielfältig. Im Material klingen in den Sichtweisen der Supervisor_innen Spannungsfelder und Konflikte von beruflichen Alltagssituationen als Hebamme oder Familienhebamme an.

Die interpretative Ebene durch Kennzeichnung der Sichtweisen einzelner Interviewpartner_innen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen in Supervisionsprozessen wird im Folgenden zurückgenommen. Die Perspektive auf das Material richtet sich wieder an der Ebene der Inhalte und Themen aus.

Im Material werden an vielen Stellen Hinweise auf den beruflichen Alltag von Hebammen oder Familienhebammen gegeben. Die Zuordnung von Textsequenzen bezieht unterschiedliche Ebenen ein wie Aufgaben und Tätigkeiten, Spannungsfelder und Konflikte im Berufsalltag sowie organisatorische Strukturen im Hebammenberuf und andere Rahmenbedingungen.

Berufliche Praxen von Hebammen sind auf die Unterstützung von Frauen und Familien in der Zeit vor, während und nach der Geburt gerichtet. Es geht um beratende Begleitung und Ermunterung von Frauen an unterschiedlichen Orten, im Krankenhaus, im Geburtshaus oder Zuhause, und in unterschiedlichen Situationen, in der Schwangerschaft, während der eigentlichen Geburt, im Wochenbett oder in Kursen zur Geburtsvorbereitung und Nachsorge. Die Frauen werden von Hebammen dazu in ihrem Lebensumfeld besucht.

Die beruflichen Praxen werden beschrieben als individuell und hochsensibel durch leibliche Eingriffe und Angriffe. Sie werden in einem intimen Bereich mit großer Nähe und Handlungsverpflichtung ausgeübt. Hebammen arbeiten dabei allein und alleinverantwortlich. Sie übernehmen Verantwortung für ein Gelingen von Schwangerschaft und Geburt. Die durchgängige, kontinuierliche Begleitung einer Frau in der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt ist eine berufliche Leitlinie von Hebammen und normative Orientierung. Bei existenziellen Komplikationen ergibt sich zwingend eine Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzt_innen oder einem Krankenhaus.

Die beruflichen Praxen erfordern von Hebammen Führungsqualitäten. Sie sind Dienstleistung mit einer moralisch-ethischen Seite. Organisation von Erreichbarkeit und Verfügbarkeit auf Abruf sind Teil dieser Dienstleistung. Hebammen gehen als fremde Frauen in ein Familiensystem, das sie nicht kennen, in einer Zeit, die für Familien durch die bevorstehende Veränderung einer Geburt spannungsreich ist. Sie können dabei Situationen begegnen, die sie als chaotisch und heftig erleben und die sie in Konflikte mit eigenen normativen Vorstellungen bringen, was sich im Tätigkeitsbereich von Familienhebammen zuspitzt.

Eine Aufgabenwahrnehmung als Familienhebamme orientiert sich an den Frauen und Müt-

tern meist in schwierigen Lebenssituationen. Es gibt einen Auftrag der Jugendhilfe, es stehen Kontrollerwartungen im Raum, zu denen grundsätzlich und situativ Positionen gefunden werden müssen. Es gibt Widerstände, die sich erst in der konkreten familiären Situation zeigen. Familienhebammen begegnen in Familien Unklarheiten, Spannungen, Konflikten und Gefährdungssituationen, die sie einschätzen und beurteilen müssen, und die anderen Regeln folgen als Schwangerschaft und Geburt in ihrem Körperbezug. Angebote der Unterstützung, die Freiwilligkeit der Annahme, die Zustimmung der Mütter im Rahmen eines Auftrags durch einen Dritten sind jeweils situationsbezogen neu zu verhandeln. Dieses Konstrukt erfordert andere Kompetenzen, als im Ursprungsberuf Hebamme Anwendung finden.

In beruflichen Situationen entstehen durch Anforderungen und Erwartungen für Hebammen oder Familienhebammen Spannungen und Konflikte. Wahrnehmung und Anerkennung von Leistungsgrenzen gehören zu beruflichen Kontexten. Es gibt Berufssituationen, in denen das vielfältig vorhandene und geschätzte berufliche Handwerkszeug von Hebammen nicht zur Anwendung kommen kann. Solche Situationen nicht als Überforderung oder Versagen zu erleben, stellt sich als ständige Herausforderung dar.

Hebammen erwarten in Familien eine liebevolle Vorbereitung auf das Kind, die Realität ist jedoch nicht immer liebevoll. In der Konfrontation mit diesen Familienwirklichkeiten ist Zunder spürbar und Konflikte schwelen. Es ist eine hohe Anforderung, zuzuhören, nachzufragen, individuelle Spielräume zu eröffnen. Die intimen beruflichen Beziehungen bringen auch angenehme Nähe und Anerkennung mit sich, die in Prozessen der Verselbstständigung der Mütter wieder verloren geht. Diese Veränderungen auf der Beziehungsebene werden von Hebammen auch als Verlust wahrgenommen und benannt. Schwangere Frauen und Mütter erwarten eine hohe Verbindlichkeit von Hebammen, verhalten sich aber selbst unverbindlich in der Festlegung auf eine Hebamme. Anerkennung der fachlichen Autorität von Hebammen ist nicht mehr durch die Berufszugehörigkeit allein gegeben, sondern wird in den Beziehungen zu Kund_innen jeweils neu verhandelt und erworben. Das Alter der Schwangeren oder auch psychische Störungen führen zu Konstellationen mit spezifischen Anforderungen, Erwartungen und Konflikte.

„Man kommt als Hebamme, wenn man gerufen wird!“ Beruflicher Praxen von Hebammen haben andere Rahmungen bekommen, Sichtweisen auf berufliche Praxen verändern sich. Dies macht andere Organisationsformen für Hebammen notwendig. Selbstständigkeit und qualitative Anliegen einer „guten Geburt“ müssen in Einklang gebracht werden. Geburtsvorbereitung, Geburten und Geburtsnachsorge finden in jeweils individuellen, als einmalig empfundenen Situationen statt und sind für Hebammen auch berufliche Routinen. Das führt zu Spannungen oder Konflikten.

Es werden Gemeinsamkeiten von Hebammen und Frauen und Müttern gesehen. Hebammen und Familienhebammen arbeiten beruflich mit anderen Frauen und sind in ständigem Kontakt mit Frau-Sein und Mutter-Sein. Sie haben häufig eine eigene Familie mit Kindern im Hintergrund zu ihrer Berufstätigkeit zu versorgen. Im jeweiligen beruflichen Kontakt mit schwangeren Frauen oder Müttern vermischt sich, ob die Hebamme als andere Frau oder als Fachfrau angefragt ist. Klärungen werden als schwierig erlebt.

Hebammen arbeiten allein, sind alleinverantwortlich und unabhängig in der Ausübung beruflicher Praxen. Rundumversorgung ist ein Dienstleistungsgeschäft für Hebammen. Im ambulanten

Bereich ist die Organisationsform meist Selbstständigkeit als Einzelunternehmerin oder als Gemeinschaftsunternehmen. Spannungen und Konflikte entfalten sich in der Ambivalenz zwischen Freiberuflichkeit und Wunsch nach Systemzugehörigkeit. Erreichbarkeiten, Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Berufsgruppen und Versicherungsfragen sind Herausforderungen, die zu organisieren und zu finanzieren sind. Im Gesundheitsbereich herrscht ein hoher Druck. Ständige Zeitprobleme und Selbstausbeutung bei der Finanzierung führen zu Stress und Überlastung. Die Vorbereitung auf Irritationen durch Familienwirklichkeiten in Aus- und Fortbildung werden als nicht ausreichend angesehen.

Sichtweisen auf berufliche Praxen gehen von einer diffusen Besonderheit des Hebammenberufs aus, die sich im Material in sprachlichen Formulierungen ausdrückt wie „ganzheitlicher Blick“, „existenzielle Kippstelle“, „ein in den Körper gehen“, „eine blumige Art“ oder „Gefühlsnebel“. Auch Werte und Normen schimmern in sprachlichen Formulierungen durch. Im Material ist die Rede von einem Beruf mit „uraltem Wissen“, mit „langer Tradition“. Es geht um eine „Vision“, wie ein Kind ins Leben geholt wird. Die Geburt selbst wird gekennzeichnet als „Moment, der trägt“, als „sehr sehr extrem und nahegehend“, als „ganz, ganz schön und positiv, wenn auch mühevoll“. Diese sprachlichen Formulierungen können als Hinweise auf normative Überhöhungen gelesen werden, die sich mit Sichtweisen auf den Beruf von Hebammen verbinden (vgl. auch Teil A Kapitel 4). Diese Sprachform regt zu interpretativen Assoziationen an. Auch wenn dem hier nicht nachgegangen wird, werden folgende Fragen festgehalten:

Wie drücken sich soziale Normen in diesen Sichtweisen aus?

Welche strukturellen Rahmungen zeigen sich als Orientierungen, die in Verbindung mit kulturellen Traditionen zu sehen sind?

Im Material werden Hinweise auf Selbstverständnis und Selbstdefinitionen von Hebammen gegeben. Der Beruf Hebamme ist ein Frauenberuf mit weitreichenden Möglichkeiten, der Autorität und Anerkennung verspricht (vgl. Teil A Kapitel 4). Hebammen erleben es als Berufung, einem neuen Menschen ins Leben zu helfen in der Einmaligkeit dieses Geschehens. Die eigentliche Geburtsbegleitung wird als Merkmal dieses Berufs verstanden, das verloren geht, wenn Hebammen das nicht mehr „zusteht“ und als „schreckliche“ Zukunftsperspektive gekennzeichnet. Hebammen haben als Freiberuflerinnen eine hohe Identifikation mit ihrem Beruf, „hohen Idealismus und Ansprüchlichkeit an sich selbst“. Für Familienhebammen ist es schwieriger eine eigenständige berufliche Identität auszubilden. Hebammen entwickeln eine Identifikation mit dem Prozess des Gebärens und dem Umsorgen des Kindes als eine Haltung, die an eigenen Werten und Normen orientiert ist und sich moralisierend an andere richtet. Flexibilität und Beweglichkeit in Beziehungen können situativ verloren gehen.

Die Bezahlung oder der Verdienst in diesem Beruf ist im Verhältnis zur beruflichen Verantwortung niedrig. Eine Dienstleistung in Rechnung zu stellen, muss mit der beruflichen Identität als Hebamme vereinbar sein. Bei hohem Berufsanteil der beruflichen Identität kann Bezahlung als „freudlos“, „unanständig“ oder als „Verrat an der Berufung“ bewertet werden.

Hebammen sind in ihre Tätigkeit häufig allein und allein verantwortlich. Sie haben klare Aufgaben in der Geburtshilfe und in der Fürsorge für andere. Sie machen als Fachfrauen Vorgaben. Sie sehen sich auch als Fachfrauen für „gesund leben“. Die im Material abgebildeten Selbstdefinitionen von Hebammen weisen auf Ambivalenzen zwischen normatives Anliegen einer

„gute Geburtshilfe“ und individuellen Notwendigkeiten der Berufsausübung als Unternehmerinnen in Selbstständigkeit hin. Definition und Anerkennung von Leistungen und Leistungsgrenzen, die professionelle Rolle, mit der Hebammen in Familien gehen, werden nicht vorgegeben, ein Selbstverständnis entwickelt sich in der Berufstätigkeit. Selbstdefinitionen als Familienhebammen haben in Supervisionsprozessen Entwicklungsraum gefunden, was als Antwort auf praktische Herausforderung gelesen werden kann. Der Hebammenberuf steht in einer Tradition, hat eine Geschichte (vgl. Teil A Kapitel 4). Die aktuelle gesetzliche Grundlage sichert Hebammen einen Platz als Beruf (vgl. Teil B Kapitel 2.2). Hebammen sind jedoch nicht mehr die alleinige Autorität für Geburt.

Hebammen entwickeln berufliche Identität und Identifikation mit ihrem Beruf. Traditionen, Werte und Normen bilden Rahmungen für Sichtweisen und Orientierungen. Wie mit Bezahlung der beruflichen Tätigkeiten umgegangen wird, wie die Einstellung zu Geld gesehen wird, sind Beispiele für Sichtweisen, die interpretierend als Orientierungen im beruflichen Erfahrungsraum von Hebamme gelesen und vergleichend mit Erkenntnissen aus anderen Materialien des Forschungsprojektes (vgl. Kapitel 2.5, 3.6 und 5.6) zu Elementen von Orientierungsschemata ausgearbeitet werden können (vgl. in Teil C Kapitel 2 und 3).

Im Material spiegeln sich Grenzerfahrungen in den beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen (vgl. Materialband Kapitel 4.6). Im Hebammenberuf geht es um Beziehungen zu anderen Menschen. Es können „heftige Begegnungen“ und Grenzüberschreitungen auftreten. Die Wahrnehmung und das Bewusstsein von Grenzen ist die Voraussetzung für Handlungsfähigkeit in diesen Situationen. Die Fähigkeit, sich abgrenzen zu können, ist für Hebammen eine Voraussetzung, um ihre beruflichen Tätigkeiten ausüben zu können. Zu Grenzsituationen werden im Material Beispiele ausgeführt, wie damit umgegangen werden kann. Eine Familienhebamme kann den Auftrag des Jugendamtes ablehnen oder während einer Geburt im Geburtshaus kann die Verlegung in ein Krankenhaus erfolgen. In der Situation des ersten Beispiels stehen Fragen des Kindeswohls im Fokus, im zweiten Beispiel geht es um eine Einschätzung des Risikos von Mutter und Kind. Beide Beispiele beziehen sich auf extreme Situationen durch Gefährdung von Leben. Die Grenze zwischen Leben und Tod, die bei Schwangerschaft und Geburt ja auch im Raum steht, wird als „tiefer liegend“ und nicht so leicht zugänglich beschrieben.

Abgrenzung ist ein immer wieder auftauchendes Thema in beruflichen Zusammenhängen. Selbstreflexion zu Grenzsituationen wird als Möglichkeit angesehen, eigene Ansprüche zu relativieren, handlungsfähig zu bleiben und für andere wieder da sein zu können. Im Kontext von Supervision werden Grenzsituationen gemeinsam reflektiert, in Lernprozessen können Handlungspraxen gestaltend erprobt werden.

Im Material wird in zahlreichen Beispielen auf organisatorische Strukturen und Rahmenbedingungen als berufliche Kontexte von Hebammen oder Familienhebammen hingewiesen, die hier aufgezählt werden: ein Kreißsaal in der Klinik mit angestellten Hebammen, Beleghebammen, die selbstständig organisiert sind und in einer Klinik arbeiten, die „erweiterte Geburtsnachsorge“, die in den 80-er Jahren vor dem Projekt „Frühe Hilfen“ mit Familienhebammen in dem Bundesland entstanden ist, ein Vorläufermodellprojekt zu Familienhebammen in einem anderen Bundesland, das sich zu einem Projekte „Frühe Hilfen“ entwickelt hat, spezifische Anbindung von Familien-

hebammen bei einer Stiftung in einem anderen Bundesland.

Familienhebamme ist eine Bezeichnung für eine bisher ungeschützte Weiterqualifikation von Hebammen, die in einzelnen Bundesländern in unterschiedlichen Formen etabliert ist. Die Tätigkeit als Familienhebamme erfolgt meist auf der Grundlage von Aufträgen im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung, die von der Jugendhilfe kontrolliert und finanziert werden. In diesem Kontext werden Hebammen durch die Jugendhilfe als Familienhebamme beauftragt und bezahlt. Dabei geht es um Aufsicht und Kontrolle, um Delegation von Verantwortung, um hohe Dringlichkeiten und anspruchsvolle Tätigkeiten in schwierigen Familienkonstellationen. Konkrete Aufgaben sind häufig unklar, müssen verhandelt werden und da reden viele mit.

Organisatorische Strukturen im Hebammenberuf können durch zeitlichen Umfang und Form der beruflichen Tätigkeit differenziert werden. Im Material zeigen sich verschiedene Kombinationen. Hebammen sind angestellt oder selbstständig in Vollzeit, angestellt oder selbstständig in Teilzeit sowie angestellt plus selbstständig mit unterschiedlichem Zeitbudget berufstätig. Eine Berufstätigkeit als Hebamme ist grundsätzlich in unterschiedlichen Organisationsstrukturen möglich. Organisationformen können sich im Verlauf der Berufstätigkeit und in Verbindung mit der jeweiligen Lebenssituation verändern. Der Aufbau spezifischer organisatorischer Strukturen kann ein Lösungsmodell sein oder neue Spannungsverhältnisse hervorbringen. Freiberuflichkeit als Hebamme steht in Zusammenhang mit hoher beruflicher Belastung durch unregelmäßige Arbeitszeiten und Bereitschaft auf Abruf.

Im Dienstleistungsbereich gelten Marktgesetze mit Wettbewerb und Konkurrenz. Dies kommt insbesondere bei den Kursangeboten der Geburtsvorbereitung und Nachsorge zum Tragen, die häufig ein finanzielles Standbein der Hebammentätigkeit bilden. Kundenwünsche müssen erfüllt werden, um die Finanzierung zu sichern. Wettbewerbs- und Konkurrenzsituationen werden als Druck und Belastung erlebt. Die Zusammenarbeit mit Kliniken wird von Hebammen aufgrund organisatorischer und struktureller Bedingungen häufig als schwierig angesehen. Das Risiko von Geburten wird über eine Haftpflichtversicherung abgedeckt. Die Beiträge dieser Versicherung sind für Hebammen schwer zu finanzieren ist und werden von Krankenhäusern auch an Hebammen weitergegeben. Die Verdienstmöglichkeiten in diesem Beruf werden als schlecht angesehen, denn Stundenlöhne oder Honorare sind vergleichsweise niedrig. Es gibt nur wenige Männer im Hebammenberuf.

Hebammen pflegen über Hebammenverbände und Fortbildungen Kontakte untereinander. Wie in anderen Verbänden auch, gibt es in Hebammenverbänden Konkurrenzen um Positionen und Posten. Die Hebammenverbände werden für die Artikulierung von gemeinsamen Berufsinteressen genutzt. Gesellschaftliche Kontexte haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Kinder und Kindererziehung sind stärker mit einem Miteinander von Mann und Frau verbunden. Geburtshäuser bieten spezifische Wahlmöglichkeiten für Geburten. Trotzdem gibt es eine Tendenz zu Kaiserschnittentbindungen in der Klinik. Die Debatte, wie eine „gute Geburt“ verlaufen kann, ist nicht dauerhaft entschieden und wird fortgesetzt. Die Versicherungsfrage wird als existenzielle Bedrohung erlebt, die manchmal abgewendet scheint und dann wieder stark da ist. Die Höhe der Berufshaftpflichtversicherung, die von Hebammen zu zahlen und zu erwirtschaften ist, stellt eine finanzielle und damit real existenzielle Bedrohung für eine Berufsausübung dar.

Eine Lösung dieser Frage wird als notwendig angesehen, um die Zukunft des Hebammenberufes zu sichern (vgl. auch Teil A Kapitel 4).

Rahmenbedingungen und Strukturen im Hebammenberuf sind in Bewegung. Der „Modernisierungsprozess dieses alten Berufes“ ist in vollem Gange. Die Schlacht für eine sichere Zukunft ist noch nicht gewonnen. Perspektivisch wird es darum gehen, wie sich strukturelle Rahmenbedingungen entwickelt werden. Aktuell durchläuft der Beruf Hebamme wieder einen Wandlungsprozess.

„gesund leben lernen“ ist ein Aspekt, der die Interviewerin bewegt. „Frauen müssen gut für sich sorgen!“ ist Feststellung und Forderung einer Interviewpartnerin in diesem Zusammenhang. „Wie lernen sie das?“ fragt sich die Forscherin darauf im Nachgang.

Im Material wird sichtbar, dass Hebammen Frauen ermutigen, darauf zu vertrauen, dass sie die Fähigkeit haben, ein Kind auszutragen und zu gebären. Gebärprozess und Geburtshilfe werden in Verbindung mit „gesund leben lernen“ gesehen. Hebammen lernen als Frauen auf ähnliche Weise wie schwangere Frauen oder Mütter, die sie begleiten. Sie können durch die Begleitung eigene Erkenntnisse und Erfahrungen zu „gesund leben“ machen. Als Fachfrauen können sie auch einen Wissens- oder Erfahrungsvorsprung haben zu den Frauen, die sie beruflich begleiten. Auf jeden Fall haben sie viel Wissen über körperliche Vorgänge und beschäftigen sich mit „gesund sein“ von Schwangeren, Müttern und Säuglingen.

Ein anderer Aspekt ist „gesund leben lernen im Beruf“. Das als Lernprozess für sich selbst zu sehen, ist eine Sichtweise, die bei Hebammen eher selten vorkommt und sich mit Widersprüchen verbindet.

Im Material wird dazu ein Beispiel expliziert. Rauchen steht für ein solches Spannungsfeld. Denn Rauchen wird in beruflichen Kontakten kritisch thematisiert, Hebammen rauchen jedoch manchmal selber. Rauchen ist zwar ein Gift, es hat jedoch Gründe, warum geraucht wird. Rauchen von Hebammen kann dafür stehen, sich im Beruf oder auch sonst Pausen gönnen, es ist jedoch nicht wirklich entspannend. Ein anderes Beispiel ist der Umgang mit dem eigenen Körper. Hebammen gehen häufig mit ihrem eigenen Körper „robust“ um und ignorieren körperliche Beeinträchtigungen, bis sie merken, dass sie nicht mehr können. Viele Aufträge zu übernehmen, ist finanziell notwendig, kann aber Überlastung begründen. Dazu kommen geforderte Erreichbarkeit und sich wiederholende Entscheidungskonflikte zur Dringlichkeit. Verstärkend wirkt die Beschwichtigung: „Das ist doch der Beruf!“ Dauerhafter Stress und Belastungen im Beruf können zum Nichtbeachten und Abspalten eigener Befindlichkeit führen. Versuche, Stress und Belastungen auszubalancieren, gelingen also nicht immer. Eine Interviewpartnerin formuliert zu dieser Ambivalenz, sich selbst einbeziehend:

„Wir wollen es und können es nicht, wir wünschen es und tun es nicht!“

Je länger die Berufstätigkeit ausgeübt wird, desto spürbarer werden Grenzen. „gesund leben lernen im Beruf“ wird im Zusammenhang gesehen, Fähigkeiten zum Belastungsmanagement auszubilden.

„Gesund leben lernen im Beruf“ beinhaltet Wahrnehmung und Reflexion von Grenzen. Die Fähigkeit zur Distanz ist in helfenden Berufen eine Voraussetzung, um gut mit dem Beruf leben zu können. Wenn Gesundheit als höchstes Gut bewertet wird, folgt eigentlich daraus, es auch als höchstes Gut einzusetzen und gut zu behandeln. Praxis des Alltags ist anders.

Ein Interviewpartner benutzt den Begriff „Gesundheitserhalt“, verbindet das mit dem menschlichen Wunsch, nicht krank zu werden. Er beschreibt passives Hinnehmen und Ohnmachtsgefühle als krankmachend. „Gesunderhaltend“ ist dann, „sich wirklich zu trauen, über das mit anderen zu sprechen.“ Gefühle werden anderen mitgeteilt, mit anderen geteilt, es wird Gemeinschaft und Solidarisierung möglich. Das ermöglicht, Gesundheit zu erhalten.

Im Hebammenberuf geht es häufig um Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen. Spannungsfelder werden sichtbar:

zwischen erforderlichem ganzheitlichen Blick und der Notwendigkeit zu differenzieren, zwischen klaren Verhaltensmustern in der Fürsorge und unklaren Verhaltensmustern in der Abgrenzung,

zwischen den Sichtweisen, dass Fürsorge für andere vor der Fürsorge für die eigene Person steht,

und dass man nur für andere sorgen kann, wenn man gut für sich selbst sorgt,

zwischen den Sichtweisen, Gesundheit als höchste Gut zu sehen, und Selbstfürsorge abzuspalten,

zwischen den Sichtweisen, dass Normen und Werten als Vorbild unverzichtbar und gesetzt sind und normativer Beweglichkeit und Flexibilität, die stressreduzierend wirken kann.

Im Hebammenberuf geht es um Nähe und Abgrenzung in beruflichen Beziehungen zu anderen Menschen. Reflexionen der Beziehungsebene können klären und entlasten. Das unterschiedliche Potential zur Selbstreflexion einzelner Hebammen kann im realen beruflichen Kontext lernend weiterentwickelt werden. In beruflichen Beziehungen sind Pausen zur Erholung und Regeneration notwendig. Situationen erfordern die Fähigkeit, „nahe ran gehen und gut weg treten“ zu können, um Begegnungen zu anderen achtsam und mit Respekt gestalten zu können. Es gibt auch Erwartungen und Anforderungen auf struktureller Ebene, die es zu erkennen und zu benennen gilt. Widerstände sind für manche Rahmenbedingungen eine gesunde Reaktion. Lösungen sind bestenfalls gemeinsam zu finden.

Reflexion von beruflichen Alltagsprozessen erfordert Zeit und Raum. Supervision bietet dies und hat auch „Gesunderhaltung“ oder „Gesundheitsförderung im Beruf“ im Blick wie im Material formuliert wird. „Familienhebammen sehen Supervision als Überlebensmittel!“ Das kann als Hinweis auf die dringliche Notwendigkeit eines solchen Ortes gelesen werden.

„gesund leben lernen“ umschreibt Erfahrungen und spezifisches Wissen über sich selbst, das gelernt und vermittelt werden kann. Hebammen oder Familienhebammen können andere Frauen und Müttern in Lernprozessen begleiten, wie „gesund leben“ im Alltag Platz finden kann. Es geht dabei nicht um die Umsetzung spezifischer normativer Erwartungen oder Anforderungen, sondern um Lernsituationen in Familienwirklichkeiten.

„gesund leben lernen im Beruf“ umschreibt spezifisches Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, die es ihnen ermöglichen, mit Spannungsfeldern und Konflikten so umzugehen, dass sich Situationen nicht zu dauerhaften Belastungen entwickeln. Supervision bietet sich als gemeinsamer Lernort an. Hebammen und Familienhebammen können sich dort mit der Vielfältigkeit von „gesund leben“ auseinander setzen, sie können die Wirkung von Reflexionen an sich selbst erleben und anschließend in Anwendung beruflicher Praxen zu erproben.

Das Material gibt Hinweise auf Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf. Die Einschätzungen der Interviewpartner_innen zu Aus- und Fortbildungen im Hebammenberuf variieren. Im Material findet sich der Hinweis, dass die Ausbildung entsprechend einer „Schule“ berufliche Praxen von Hebammen prägt. Klare Anweisungen und Abläufe haben in der Ausbildung einen entscheidenden Stellenwert. Fähigkeiten des Zuhörens, des Begleitens in intimen Situationen, der Selbstreflexion der Tätigkeiten werden in der Ausbildung nachrangig vermittelt. Für die Anwendung beruflicher Praxen wird das von den Interviewpartner_innen als nicht ausreichend eingeschätzt. (vgl. auch Teil B Kapitel 2.3)

Nach Einschätzung der Interviewpartner_innen kommen in Aus- und Fortbildung Fragen der Berufsethik und Professionalität zu kurz. Bei Fortbildungen zur Familienhebamme wird zu wenig über schwierige Familiensituationen und die Veränderung der beruflichen Praxen im Hinblick auf den Ursprungsberuf vermittelt. Die Fortbildungen im Zusammenhang mit „Frühe Hilfen“ werden im Vergleich zu Fortbildungen im Zusammenhang mit „erweiterter Geburtsnachsorge“ als zu knapp bewertet. (vgl. auch Teil B Kapitel 2.4)

Aus- und Fortbildung werden als Felder gesehen, in denen Weichen gestellt werden für Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf. Im Rahmen von Aus- und Fortbildungen wird persönliche Kompetenz entwickelt, die in Verbindung mit Qualität der beruflichen Leistungen steht. Allgemein wird die Entwicklung von persönlicher Kompetenz in Aus- und Fortbildung als Hebamme oder Familienhebamme als ausbaufähig eingeschätzt. Im Material werden dazu insbesondere Auseinandersetzung mit Rollen und Rollenerwartungen, Beratungskompetenz, Professionalität im Umgang mit beruflichen Rollen sowie Entwicklung und Füllung von Kompetenzprofilen angesprochen. Von einer Interviewpartnerin wird vorgeschlagen, Hebammen beim Wechsel in die Selbstständigkeit eine Einstiegsberatung anzubieten, die neben betriebswirtschaftlichen Kenntnissen auch Anteile von Supervision enthält.

Qualitätsentwicklung im Beruf ist gebunden an die Beschreibung von beruflichen Praxen sowie an die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses als Hebamme oder Familienhebamme. An berufsbegleitenden Lernorten können berufliche Kompetenzen mit Reflexion weiter entwickelt und trainiert werden, um sensibel zu bleiben für Beziehungsarbeit mit Menschen, die einen großen Teil der beruflichen Praxen von Hebamme oder Familienhebamme umfasst. Berufsbegleitende Supervision kann ein solcher Lernort sei, wo Aufgaben geklärt werden **können**, Austausch mit anderen stattfindet, Fälle besprochen werden können und Gesundheitsfürsorge Platz findet. Der Fokus von Qualitätsmanagement liegt stärker auf der Entwicklung von Standards und Klärung von Zuständigkeiten und Abläufen. Selbstreflexion hat dort weniger Raum.

Lernprozesse, die Fähigkeiten zur Selbstreflexion nutzen, setzen bei eigenen Erfahrungen und den Beziehungen zwischen den beteiligten Menschen an und beziehen Reflexionen zu Kontexten mit sozialen Werten, gesellschaftlichen Normen, Organisations- und Lebensstilen ein. Supervision kann solchen Prozessen Raum geben.

Reflexionsprozesse dieser Art benötigen Zeit und kosten somit Geld. Um die notwendigen Voraussetzungen für Qualitätsentwicklung im Hebammenberuf, der als Beziehungsberuf anzusehen ist, zu schaffen, müssen entsprechende Ressourcen vorhanden sein oder bereitgestellt werden.

Im Material gibt es auch Hinweise auf die Situation des Interviews. Diese Situation wird

durchgängig auch als eine Situation des eigenen Lernens erlebt. Mehrere Interviewpartner_innen weisen darauf hin, dass sie bestimmte Aspekte ihrer Erfahrungen aus den Supervisionsprozessen, über die sie berichtet haben, in dem Gespräch noch einmal für sich in den Fokus gerückt und zum Teil auch anderes wahrgenommen haben als bisher. Die Situation des Interviews wird als Möglichkeit zur Reflexion wahrgenommen und von den Interviewpartner_innen als Reflexionsraum genutzt.

4.6.4 Erkenntnisse in Bezug auf Forschungsfragen

Im Material wird sichtbar, welche beruflichen Erfahrungen die Interviewpartner_innen mit Hebammen oder Familienhebammen gemacht haben und wie diese Erfahrungen eingeschätzt und bewertet werden. In den Sichtweisen der Interviewpartner_innen spiegeln sich berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen. Diese Spiegelungen in Supervisionsprozessen als Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen weisen auf Vielfalt und Bezüge zu strukturellen Kontexten und Rahmungen hin.

Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen können sich im Material zeigen und durch Lesarten in der Interpretation sichtbar werden. Berufliche Praxen, Kontexte und strukturelle Rahmungen sowie Gestaltungsräume von Hebammen oder Familienhebammen erscheinen in unterschiedlichen Perspektiven und nehmen als Bewegungsfiguren in Spannungsfeldern Gestalt an.

Im Material sind auch Hinweise auf Aspekte zu identifizieren, die im Folgenden als Stichworte für eine weitere Analyse festgehalten werden, um darauf in der Interpretation ausgewählter Textpassagen Bezug nehmen zu können:

- Eingriff und Angriff als berufliche Praxen von Hebammen,
- Entwicklung der beruflichen Praxen von Hebammen ohne Beteiligung am Geburtsgeschehen,
- Genderaspekte in der Beziehungsgestaltung,
- Sichtweisen auf Professionalität im Spannungsfeld von Beruf und Berufung,
- Sichtweisen zum Weltverhältnis wie Natürlichkeit, moderne Welt, Illusion einer heilen Welt.

Für die weitere Auswertung des Materials wird folgende Suchperspektive richtungsweisend, die bereits in der Auswertung der Interviews mit Hebammen und Familienhebammen formuliert wurden (vgl. Teil B Kapitel 3.4.9):

- berufliche Praxen von Hebammen als Bewegungen oder Bewegungsfiguren in Spannungsfeldern.

Als Fragen schließen sich an:

- In welchen Spannungsfeldern ergeben sich welche Bewegungen?
- Wie ergeben sich daraus Lernprozesse?

Das Thema Qualitätsentwicklung im Beruf wird im Material in vielfältiger Weise angesprochen. Qualitätsentwicklung vollzieht sich in Prozessen der Reflexion und Selbstreflexion. Supervision wird als ein Lernort angesehen und als Beratungsformat gefasst, das Qualitätsentwicklung im Beruf fördert. Im Material wird „gesund leben lernen im Beruf“ mit Aspekten der „Selbstfürsorge“ und „Gesundheitsförderung im Beruf“ verbunden und so in spezifischer Weise gefüllt. Für

den Forschungsprozess leitet sich daraus folgende Suchperspektive ab:

„gesund leben lernen“ als Bewegungsfiguren im beruflichen Handeln.

Als Fragen schließen sich an:

Wie wird das von den Interviewpartner_innen gefüllt?

Wird „gesund leben lernen“ von Hebammen oder Familienhebammen als weitere berufliche Anforderung oder als Lösungsvorschlag verstanden?

Wie wird Solidarisierung diesem Zusammenhang von den Interviewpartner_innen gesehen?

4.7 Interpretierende Auswertung einzelner Textpassagen

Die interpretierende Auswertung ausgewählter Passagen erfolgt wieder (vgl. Teil B Kapitel 3) in Orientierung an der Dokumentarische Methode (vgl. Bohnsack 2013; Nohl 2012; Przyborski 2004). Als Passagen, die mit dieser Methode ausgewertet werden, werden die Textpassagen ausgewählt, die sich in den jeweiligen Interviews auf den Fragekomplex „gesund leben lernen“ beziehen, also die Passagen, die damit beginnen, dass die Interviewerin diesen Aspekt einbringt, und enden, wenn sich das Gespräch wieder anderen Themen zuwendet. Die entsprechenden Textpassagen in allen Interviews werden interpretierend bearbeitet.

Die Interviews mit den Supervisor_innen sind Fachgespräche, in denen die Interviewpartner_innen und die Interviewerin gemeinsam über berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sprechen. Im Verlauf der Interviews entwickeln sich spezifische Formen der Interaktion. Die Passagen zu „gesund leben lernen“ werden von der Interviewerin mit einem Impuls angestoßen, der von ihrem thematischen Interesse gekennzeichnet wird. Die Interviewpartner_innen antworten auf diese Anrufung. Insofern unterscheiden sich diese Textpassagen von anderen Passagen dieses empirischen Materials, in denen Sichtweisen der Interviewerin nicht mit einer direkten Fragestellung kommuniziert werden. Die Textpassagen, die in diesem Kapitel analysiert werden, basieren auf spezifischen Interaktionen zwischen der Interviewpartner_in und der Interviewerin, die in der Form der folgenden Bearbeitung interpretierend einbezogen werden können.

Die Interpretation einer Textpassage (vgl. Teil B Kapitel 1 und Kapitel 3.5) erfolgt methodisch in einem Dreischritt. Zuerst wird der thematische Verlauf mit Ober- und Unterthemen herausgearbeitet. Sequenziell erfolgt dann eine formulierende Feininterpretation, die den kommunikativen Sinn der einzelnen Textstelle zu erfassen sucht. Im dritten Schritt, der reflektierenden Interpretation, wird die Ebene der Interaktion diskursanalytisch einbezogen, der dokumentarische Sinn einzelner Textsequenzen rekonstruiert und nach Orientierungen und gemeinsamen Erfahrungsräumen gesucht.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird das Verfahren der Bearbeitung an einem Beispiel in ausführlicher Form und schrittweise dargestellt, während die Interpretationen der anderen Textpassagen auf Ebene der reflektierenden Interpretation zusammengefasst werden. Hinweise auf Lernprozesse in der Anwendung dieser Methode bei der Interpretation von Textpassagen führen möglicherweise zu geringfügigen formalen Unterschieden in der Darstellung, die hier nicht ausführlich erfolgt.

4.7.1 Beispiel einer Interpretation

Als Beispiel wird die Interpretation der Textpassage zu „gesund leben lernen“ aus dem Interview mit Interviewpartner_in S 3 dargestellt. Im Folgenden werden die Interviewerin mit I, ihre Interviewpartnerin mit S 3 gekennzeichnet, Unterstreichungen stehen für Betonungen.

Interview mit S 3

Textpassage zu „gesund leben“

Fundstelle: Transkription Absatz 33 – 34, Audio Min. 25.12 – 30.25

Absatz 33 Einbringung der Fragestellung durch die Interviewerin

- „I: Vielleicht ist es auch so ein Punkt, wo ich noch mal jetzt auf diese, diesen Aspekt kommen möchte, der mich im Moment so ein bisschen inhaltlich beschäftigt.
S 3: Mhm (bejahend)
I: Das ist, dass ich so denke, die Hebammen unterstützen Frauen darin, gesund leben zu lernen.
S 3: Mhm (bejahend)
I: Und das ist ja das Thema meiner Beschäftigung.
S 3: Mhm (bejahend)
I: Es ist nicht unbedingt die Geburtshilfe
S 3: Mhm (bejahend)
I: sondern einfach ein Teilaspekt davon
S 3: ja
I: also wie „gesund leben lernen“ vermittelt wird. Und (.) Supervision könnte Hebammen auch ein Stück weit vermitteln, gesund leben zu lernen im Beruf.
S 3: ja, ja
I: (.) Vielleicht ist das ein Aspekt, wo Sie auch Ideen noch zu haben?“

Absatz 34 Ausführungen von S 3

- „S 3: Also, für mich ist das, fängt das an eben wirklich mit diesem Thema: wie stark nehme ich mich selber ernst und wahr?
I: Mhm (bejahend)
S 3: Und wie stark realisiere ich, und ernsthaft realisiere ich meine eigenen Grenzen, und wie Sorge ich für mich? Und das ist etwas, was ja Hebammen, ähnlich wie auch andere Menschen, die mit Menschen arbeiten, ja vorleben auch ein Stück weit, also ohne dass sie es thematisieren.
I: Mhm (bejahend)
S 3: Und (.) ja ich schmunzle etwas, das wird ja dann nicht sichtbar
I: (lacht)
S 3: (lachend) wenn ich, wenn Sie das transkribieren, weil ich eben das ein ganz schwieriges Feld finde. Also immer wieder, im Alltag das auch zu realisieren, von dem ich überzeugt bin, dass es nötig ist für mich. Also wenn ich weiß, dass es nötig ist, (.) Pausen zu machen, wenn ich weiß, es ist nötig, mich zu begrenzen, dann heißt es noch nicht, dass ich das immer jeden Tag in, in den Alltag umsetze. Und wenn ich so sozialisiert bin, wie eh ich erlebe viele Hebammen nämlich

wirklich in dieser Fürsorge sehr schnell, sehr klar zu sein, sehr klare Muster haben zu haben, ist die Abgrenzung die andere Seite der Medaille und die ist nicht so gut geübt. Und die Fürsorge für den andern ist ja etwas, was, auch dann moralisch, ethisch zum Teil motiviert, auch eher vor die eigene Person gestellt wird. Und wenn ich nur ge erlebt habe, dass Selbstfürsorge gleichgesetzt wird mit einem negativen Egoismus, dann muss ich daran sehr (veränderte Stimme) arbeiten, dass das nicht der Fall ist. Und dass ich eher, im Grunde anders herum, nämlich nur wenn ich wirklich für mich selber Sorge, gut für mich Sorge, auch eine gute Hebamme sein kann oder eine gute Familienhebamme sein kann, und ich habe geschmunzelt, weil: auch dann kann ich nur eine gute Supervisorin sein. Und wenn ich meine Grenzen auch immer wieder mal überschreite, dann ist das gut in der Selbstreflexion das zu bearbeiten und dann kann ich das auch wieder zur Verfügung stellen. Ich muss es gleichwohl tun und nicht nur darüber reden.

I: Mhm (bejahend)

S 3: Und wirklich für mich sorgen. Und da ist sicher ganz viel, immer auch ganz Aktuelles in den Supervisionen Thema. (.) Es fängt damit an, dass eine Hebamme sagt: kann ich überhaupt den Brückentag zwischen zwei, ne, einem gesetzlichen Feiertag und einem Wochenende, darf ich mir das im Moment erlauben, diesen Brückentag zu nehmen. Und sie braucht die Unterstützung einer Gruppe von Kolleginnen und auch noch, in Anführungsstrichen wiederum, die Erlaubnis der Supervisorin das natürlich zu tun, und unbedingt tun zu müssen.

Und wenn sie anfängt, sich das zu fragen, ob sie das darf, ist im Grunde schon eine ganz deutliche Signalwirkung dazu, dass sie es braucht. Und dann ist wichtig zu gucken: wie sichere ich mich ab, wie übergebe ich die Familien

I: Mhm (bejahend)

S 3: oder die vielleicht möglicherweise anstehenden Schwangeren oder wie Sorge ich dafür, dass die versorgt werden. Und ich habe natürlich ein Recht, mich raus zu ziehen. Und das sind Situationen, die dann so exemplarisch in der Supervision geübt werden können. Also

I: aha

S 3: wie traue ich mich, dass zu sagen? und wie affektgeladen ist das denn, das, das auch zu sagen? und wie reagieren die andern? und (.) ja wenn ich mich dann getraut habe, wie entlastend ist es zu merken, ach das kennen die andern auch? Ach ja und das darf ich fragen! Und das muss ich fragen! Und (.) das immer wieder im Prozess zu haben als auch eine Wiederholung, die sein darf, nämlich wirklich zu gucken, ich kann nicht ein für alle Mal sagen, mir fällt es leicht, für mich zu sorgen.

I: Mhm (bejahend)

S 3: So etwas habe ich noch nicht gehört. (lacht)

I: Mhm (bejahend)

S 3: Auch in dieser (lachend) Berufsgruppe nicht.

I: aha

S 3: Da habe ich keine Probleme, mich abzugrenzen.

I: ja, ja

S 3: Das wird vielleicht mal eher sarkastisch gesagt, ironisch gesagt, aber nicht wirklich.

I: ja“

Formulierende Interpretation: thematischer Verlauf

Absatz 33 Einbringung der Fragestellung durch I

OT gesund leben lernen

UT Anschlussuche für die Fragestellung

UT Vermittlungsarbeit von Hebammen als Teilaspekt von Geburtshilfe

UT gesund leben im Beruf als Möglichkeit für Hebammen, dies in Supervision zu lernen

OT Anrufung mit einer Frage

Ist das ein Aspekt, wo Sie auch noch Ideen zu haben?

Absatz 34 Ausführungen durch S 3

OT Selbstwahrnehmung

UT sich wahrnehmen und ernst nehmen

UT Grenzen realisieren

UT für sich sorgen

OT Gemeinsamkeiten mit Hebammen und anderen

UT mit anderen Menschen arbeiten

UT vorleben, ohne es zu thematisieren

UT sichtbar machen

UT kommentieren der Interviewsituation und des Feldes

OT realisieren im Alltag

UT Pausen machen

UT sich begrenzen

OT Sozialisation von Hebammen

UT Fürsorge als Muster

UT Abgrenzung nicht so gut geübt

UT ethisches Prinzip: Fürsorge vor Selbstsorge

OT Gegenhorizont durch Supervision

UT Selbstsorge als positiver Egoismus

UT Selbstsorge als Voraussetzung für gute Berufsausübung

OT Bearbeiten von Grenzen und Selbstsorge

UT eigene Erfahrungen als Supervisorin

UT nicht immer umsetzbar

UT Selbstreflexion

UT tun, nicht nur reden

UT Fürsorge durch Selbstsorge

OT Themen in der Supervision von Hebammen

UT aufladen von Affekten und Reaktionen anderer

UT auseinander setzen mit dürfen und müssen

UT Situationen exemplarisch üben

UT durch Gruppenzugehörigkeit entlastet sein

UT mit Humor wiederholen

Formulierende Interpretation: Feininterpretation

Absatz 33 Einbringung der Fragestellung durch die Interviewerin

OT gesund leben lernen

I sucht nach einem Anschluss für ihre Frage und markiert ein Interesse, das sie momentan beschäftigt. S 3 signalisiert mit „mhm“ ihr Mitgehen. I benennt ein Thema, das sie beschäftigt: „die Hebammen unterstützen Frauen darin, gesund zu leben“. In definitiver Formulierung wird auf berufliche Praxen von Hebammen Bezug genommen. S 3 stimmt erneut mit „mhm“ zu. Es folgt Rückbezug in der Suche nach Anschluss für die Frage, die gleichzeitig die Hervorhebung einer Positionierung von I darstellt: „und das ist ja das Thema meiner Beschäftigung“. S 3 folgt wieder mit „mhm“. I setzt eine Ergänzung zum ersten Thema: „nicht unbedingt die Geburtshilfe, sondern einfach ein Teilaspekt davon.“ I differenziert zwischen Geburtshilfe als Kerngeschäft von Hebammen und Unterstützung von Frauen bei „gesund leben“ und kennzeichnet das zweite als einen Teilaspekt der eigentlichen Aufgaben von Hebammen. S 3 geht gedanklich mit und signalisiert das erst nonverbal mit „mhm“ und dann zustimmend mit „ja“. I baut das Thema aus: „also wie gesund leben vermittelt wird“. Sie gibt dem Teilaspekt beruflicher Praxen von Hebammen, mit dem sie sich beschäftigt, einen Namen: wie Hebammen „gesund leben“ vermitteln. Sie schließt eine weitere Überlegung an: „und Supervision könnte Hebammen auch ein Stück weit vermitteln „gesund zu lernen im Beruf“. Damit ist ihr Interesse als doppelter Hinsicht gekennzeichnet. Es geht ihr um Lern- und Vermittlungsprozesse zu „gesund leben“ von Frauen in der Begleitung durch Hebammen und von Hebammen in ihrem Beruf. Hebammen sind in beiden Fällen die Akteurinnen. I sind berufliche Praxen von Hebammen in diesem Zusammenhang von Interesse. Es geht um einen eigenen Lernprozess und einen Lernprozess mit anderen Frauen. S 3 hat das Anliegen von I verstanden und signalisiert das mit „ja, ja“.

OT Anrufung von S 3 durch die Interviewerin mit der Frage:

„(.) Vielleicht ist das ein Aspekt, wo Sie auch Ideen noch zu haben?“

Mit dieser Frage richtet sich I direkt an S 3. Sie hat einen „Aspekt“ angeboten und ist an „Ideen“ von S3 dazu interessiert. I nimmt mit „wo“ sprachlich Bezug auf einen Raum, in dem Ideen Platz haben, und bietet S 3 gleichzeitig einen Sprechraum an.

I kann ihre Überlegungen ohne inhaltliche Unterbrechungen von S 3 ausführen. S 3 begleitet die Überlegungen an vier Stellen mit „mhm“ und signalisiert gegen Ende mit „ja“ und anschließend doppelten „ja, ja“, dass sie I verstanden hat.

Absatz 34 Ausführungen durch S 3

OT Selbstwahrnehmung

S 3 beginnt mit einer eigenen Positionierung, die mit „also für mich ist das“ eingeleitet wird und gibt dem Thema, das I mit ihren Überlegungen hat anklingen lassen, einen eigenen Titel mit „wie stark nehme ich mich selbst ernst“. S 3 legt ihre Sichtweise auf „gesund leben“ fest. Das Thema „gesund leben“ hat für sie die Bedeutung: „wie nehme ich mich selbst ernst“. S 3 kleidet das sprachlich in eine Frage, die ein Nachdenken über sich selbst in Gang setzt, Selbstreflexion bewirkt. I stimmt dieser Denkbewegung von S 3 nonverbal mit „mhm“ zu. Reflexives Fragen wird als gemeinsamer Orientierungsrahmen erkannt und gekennzeichnet. S 3 fährt mit weiteren reflexiven Frage fort: „Wie stark realisiere ich und ernsthaft realisierte ich meine eigenen Grenzen und wie Sorge ich für mich?“ Bei der Beschäftigung mit Grenzen geht es um ein Einordnen von „ernst nehmen“ und „stark realisieren“. Die Realisierung von Grenzen als eine Beschäftigung mit sich selbst ist eine ernste Angelegenheit. Sich ernst nehmen, Grenzen realisieren, für sich sorgen wird von S 3 auf einer Verbindungslinie gesehen. S 3 nimmt ein Subjekt in den Blick.

OT Gemeinsamkeiten mit Hebammen und anderen

S 3 schließt mit einem Bezug auf Hebammen an, indem sie diese Berufsgruppe im Vergleich zu anderen Menschen kennzeichnet. Als Gemeinsamkeit beruflicher Praxen identifiziert S 3 „mit Menschen arbeiten“. Sie verbindet „auch ein Stück weit vorleben, ohne das zu thematisieren“ mit dem Thema gesund leben. Wieder stimmt I dieser Überlegung nonverbal mit „mhm“ zu. S 3 setzt ihre Denkbewegungen fort und wechselt die Ebene mit „ja ich schmunzle etwas“. Sie nimmt eine reflexive Perspektive zu sich ein und kommentiert ihr emotionales Erleben in der gegenwärtigen Situation. Es gibt etwas, das sie erheitert und schmunzeln lässt. Sie formuliert dazu: „das ist ja dann nicht sichtbar“. Es geht um eine Ebene der Heiterkeit, die nicht sichtbar ist, die sich auch als gemeinsamer Erfahrungsraum von S 3 und I in dieser Situation entspannt, denn I lacht und S 3 fährt lachend fort, ihre spontanen Vorstellungen weiter transparent zu machen: „wenn ich das, wenn Sie das transkribieren, weil ich eben das ein ganz schwieriges Feld finde“. Ausgehend von Hebammen hat S 3 einen Bezugsbogen zu sich selbst und zu I hergestellt. Die gedankliche Verbindungslinie wird sichtbar und zieht sich von Hebammen und anderen Menschen, die mit Menschen arbeiten und „gesund leben“ ein Stück weit vorleben, ohne es zu thematisieren, zur Situation des Interviews mit S 3 und I und zur Bearbeitung von Material im Forschungsprojekt. S 3 nimmt „transkribieren“ als Beispiel für ein „schwieriges Feld“. Mit den Verbindungslinien erweitert sie ihre Füllung von „gesund leben“ und verweist auf einen gemeinsamen Erfahrungsraum mit anderen Berufsgruppen.

OT realisieren im Alltag

S 3 wechselt die Ebene und wendet sich einem praktischen Aspekt des Alltags zu. Es gilt „immer wieder im Alltag das auch zu realisieren“. Der Kontext ist Lebensalltag als Ort der Realisierung und die Notwendigkeit fortwährender Wiederholungen des Realisierungsprozesses. Es geht um die Notwendigkeit, Pausen zu machen und Grenzen zu realisieren. Mit „wenn ich weiß, dass es nötig ist“ kennzeichnet S 3 einen Zusammenhang, der als Wissen grundsätzlich zur Verfügung stehen muss. Sie fährt fort mit „dann heißt das nicht, dass ich das immer jeden Tag in den Alltag umsetze“. Der Bedingungs-zusammenhang allein reicht nicht aus. Vorhandenes Wissen über Notwendigkeiten führt nicht zu einer konsequenten Umsetzung zu jeder Zeit und an jedem Ort. S 3 eröffnet ein Spannungsfeld zwischen Wissen und Handeln, das nicht einen „wenn vor-

handen – dann umsetzbar“ folgt, sondern sich in spezifischen Kontexten unterschiedlich darstellt. S 3 weist auf Grenzen hin, die sich im Handeln des Alltags ergeben.

OT Sozialisation von Hebammen

S 3 kommt auf Hebammen zurück. Sie leitet den Satz ein mit „wenn ich so sozialisiert bin“, die Perspektive von S 3 bleibt reflexiv, sie formuliert mit „ich“ und meint „ich als Hebamme“ und kommentiert das mit „ich erlebe viele Hebammen“. S 3 kennzeichnet damit ihre Sichtweise auf Hebammen und fährt fort: „wie nämlich wirklich diese Fürsorge sehr schnell, sehr klar zu sein, sehr klare Muster zu haben“. Eine Sozialisation als Hebamme führt bei vielen Hebammen zu Fürsorge in einer spezifischen Form, die S 3 als Muster kennzeichnet. S 3 verbindet diese Form der Fürsorge mit der Eigenschaft „sehr schnell, sehr klar zu sein, sehr klare Muster zu haben“. Sie kennzeichnet diese Wahrnehmung in einer Gültigkeit für „viele“ Hebammen, die sie erlebt. S 3 fährt fort: „und die Fürsorge für den anderen ist ja etwas, was auch dann moralisch ethisch zum Teil motiviert, auch eher vor die eigene Person gestellt wird“. Sie nimmt eine Priorisierung der Fürsorge für den anderen vor der Selbstsorge wahr, die eine moralisch ethische Basis hat. S 3 erkennt Muster der Fürsorge von Hebammen als berufliche Praxen und bringt sie mit normativen Vorstellungen und sozialen Erwartungen und Anforderungen in diesem Beruf in Verbindung.

OT Gegenhorizont durch Supervision

S 3 setzt ihre Überlegungen zur Sozialisation von Hebammen fort. Sie kennzeichnet den Prozess dieser Sozialisation mit „wenn ich nur erlebt habe, dass Selbstfürsorge gleichgesetzt wird mit einem negativen Egoismus“. S 3 bleibt sprachlich in der ich-Form und nutzt damit wieder reflexive Identifizierung mit Hebammen. Es geht um ein Erleben der normativen Abwertung von Selbstfürsorge als Egoismus, das sich durch Wiederholung verfestigt hat, also zum Muster geworden ist. S 3 fährt fort: „dann muss ich daran sehr (andere Stimmlage) arbeiten, dass das nicht der Fall ist“. Die Veränderung der Stimme weist auf einen Wechsel der Perspektive hin und kann als Schwenk auf ein Arbeiten als Supervisorin gelesen werden. Unter der Bedingung, dass Selbstfürsorge negativ als Egoismus verstanden wird, ergibt sich die Notwendigkeit zu einem Gegenhorizont durch Supervision. Die Gültigkeit bisheriger moralisch-ethischer Regeln muss außer Kraft gesetzt werden „ich muss daran arbeiten, dass das nicht der Fall ist“. Die Gültigkeit neuer Regeln muss begründet werden. S 3 begründet das so: „nämlich nur wenn ich wirklich für mich selbst Sorge, gut für mich Sorge, auch eine gute Hebamme sein kann oder eine gute Familienhebamme sein kann“. Als Voraussetzung und Bedingung für Qualität der beruflichen Praxen von Hebamme oder Familienhebamme wird Selbstsorge und Selbstfürsorge gesetzt. S 3 entwirft für Qualität in der Berufsausübung ein Spannungsfeld der Fürsorge in einer Dimensionierung von Selbstsorge und Sorge für andere.

OT Bearbeiten von Grenzen und Selbstsorge

S 3 kündigt einen erneuten Perspektivwechsel an mit „und ich habe geschmunzelt“. Sie wendet sich dem eigenen Erleben zu und kommentiert es reflektierend. Sie nimmt Bezug auf ihre eigene Berufstätigkeit als Supervisorin und formuliert als Bedingung für Qualität ihrer Arbeit: „dann kann ich nur eine gute Supervisorin sein, wenn“. S 3 beschreibt ihre beruflichen Praxen mit „Grenzen auch immer wieder mal überschreiten“, „das gut in Selbstreflexion bearbeiten“ und „dann sich auch wieder zur Verfügung stellen können“. Sie bringt es für sich dann auf den Punkt:

„ich muss es gleichwohl tun und nicht nur darüber reden“. Entscheidend ist für sie die Ebene des umsetzenden Handelns, um sich für andere wieder zur Verfügung stellen zu können. Wahrnehmen und reflektierendes Bearbeiten von Grenzen und möglichen Grenzüberschreitungen sind Voraussetzungen, damit es auf der Ebene des praktischen Tuns klappen kann. Hier reagiert I nonverbal mit einem zustimmenden „mhm“. S 3 hebt den Aspekt der Selbstsorge im Anschluss noch einmal hervor und betont: „und wirklich für mich sorgen“. Das Können, für andere da zu sein, wird an ein Können der Selbstsorge gebunden.

OT Themen in der Supervision von Hebammen

S 3 bleibt bei Supervision als Perspektive und wendet sich Hebammen in Supervision zu: „und da ist sicher ganz viel, immer auch ganz Aktuelles in den Supervisionen Thema. (.) Es fängt damit an, dass eine Hebamme sagt“. S 3 wendet sich ihren Erfahrungen mit Themen in Supervisionsprozessen mit Hebammen zu. Sie erinnert sich und gestaltet eine Szene, die einen Anfang hat und in der eine Hebamme selbst ihre Stimme erhebt. S 3 wechselt dazu sprachlich in direkte Rede: „kann ich überhaupt den Brückentag zwischen zwei, ne, einem gesetzlichen Feiertag und einem Wochenende, darf ich mir das im Moment erlauben, diesen Brückentag zu nehmen.“ Eine Hebamme thematisiert ein Problem aus ihrem beruflichen Alltag, das sich auf Selbstsorge beim Freinehmen für einen Urlaubstages bezieht. Es geht um Dürfen und Erlauben. S 3 wechselt die Perspektive und fährt aus Sicht der Supervisorin fort: „und sie braucht die Unterstützung einer Gruppe von Kolleginnen und auch noch, in Anführungsstrichen wiederum, die Erlaubnis der Supervisorin das natürlich zu tun, und unbedingt tun zu müssen.“ S 3 analysiert die Situation und formuliert ein Bedürfnis zur Unterstützung durch die Gruppe von Kolleginnen und eine symbolische Erlaubnis durch die Supervisorin. S 3 beschreibt die Wirkung einer solchen Unterstützung mit: „und wenn sie anfängt, sich das zu fragen, ob sie das darf, ist im Grunde schon eine ganz deutliche Signalwirkung dazu, dass sie es braucht.“ Es ergeben sich reflexive Fragen zu den eigenen Bedürfnissen mit „Signalwirkung“. Die Unterstützung der Supervisionsgruppe stellt ein Signal dar, in einen produktiven Prozess der Selbstreflexion einzutreten. S 3 beschreibt als weiteren Schritt: „und dann ist wichtig zu gucken: wie sichere ich mich ab, wie übergebe ich die Familien“. Nach der Phase der Selbstreflexion geht es um praktische Schritte des Handelns in der spezifischen Situation wie rechtliche Absicherung oder Übergabe an andere. An dieser Stelle der Überlegungen signalisiert I nonverbal Verstehen mit begleitendem „mhm“. S 3 setzt die Überlegungen zu Schritten auf der Handlungsebene ununterbrochen fort mit: „oder die vielleicht möglicherweise anstehenden Schwangeren oder wie Sorge ich dafür, dass die versorgt werden. Und ich habe natürlich ein Recht, mich raus zu ziehen.“ S 3 skizziert wie eine mögliche Übergabe an andere begründet werden kann. Sie fasst zusammen: „und das sind Situationen, die dann so exemplarisch in der Supervision geübt werden können. Also“. S 3 weist auf exemplarisches Üben von Situationen in der Supervision hin und kündigt eine inhaltliche Zuspitzung mit „also“ an. I signalisiert hier begleitend eine interessierte Kenntnisnahme mit „aha“. S 3 fährt ohne Unterbrechung mit einer Reihung von Fragen fort: „Wie traue ich mich, dass zu sagen? Und wie affektgeladen ist das denn, das, das auch zu sagen? Und wie reagieren die andern? Und (.) ja wenn ich mich dann getraut habe, wie entlastend ist es zu merken, ach das kennen die andern auch? Ach ja und das darf ich fragen! Und das muss ich fragen!“ S 3 wechselt die Perspektive und gibt wieder der

Hebamme in ihrer Selbstreflexion eine Stimme. Es geht um sich trauen, um Affekte und geladen sein, um die Reaktion anderer, um mögliches Erleben von Entlastung und eine Selbsterlaubnis zum Fragen und Handeln. S 3 wechselt wieder in die Perspektive als Supervisorin: „und (.) das immer wieder im Prozess zu haben als auch eine Wiederholung, die sein darf“. Sie hebt hervor, dass sich solche Abläufe wiederholen und dass Wiederholungen Sinn machen. S 3 wechselt noch einmal die Perspektive und formuliert reflexiv aus Sicht einer Hebamme: „nämlich wirklich zu gucken, ich kann nicht ein für alle Mal sagen, mir fällt es leicht, für mich zu sorgen“. Es geht darum, situationsspezifisch genau zu gucken und nicht zu erwarten, dass einmal erkannte Selbstsorge anschließend in jeder Situation leicht umzusetzen ist. S 3 weist hier erneut auf Grenzen hin, die sich im Handeln einstellen können und fortgesetztes situationsbezogenes Üben erfordern. I stimmt nonverbal mit „mhm“ zu. S3 kommentiert die Erwartung „einmal leicht, immer leicht“ aus ihrem Praxisbeispiel mit: „so etwas habe ich noch nicht gehört. (lacht)“. Sie bezieht sich auf ihre beruflichen Erfahrungen und kommentiert die Erwartungen, denen sie dort begegnet mit Humor, der wieder in die Situation des Interviews hineinwirkt, indem sie zu lachen beginnt. I reagiert nonverbal zustimmend mit „mhm“ und S 3 fährt lachend fort: „auch in dieser (lachend) Berufsgruppe nicht“. S 3 blickt mit Humor auf die Berufsgruppe der Hebammen und ihre beruflichen Praxen. I registriert die emotionale Färbung mit Heiterkeit und Humor und kommentiert das kenntnisnehmend mit „aha“. S 3 fährt fort und baut die Dramatik aus, indem sie einer Vertreterin der Berufsgruppe exemplarisch die Stimme gibt, die sagt: „da habe ich keine Probleme, mich abzugrenzen“. I stimmt ihr mit „ja, ja“. S 3 nimmt eine reflexiv kommentierenden Perspektive zu ihrem Beispiel und sich selbst ein und sagt: „das wird vielleicht mal eher sarkastisch gesagt, ironisch gesagt, aber nicht wirklich“. Sie nimmt Ernsthaftigkeit zurück, mit der sie die Füllung von „gesund leben“ zu Beginn eingeleitet hat, Heiterkeit und Selbstironie klingen an. I äußert sich zustimmend mit „ja“.

I begleitet die Ausführungen von S 3 an sechs Stellen mit zustimmendem „mhm“. Zu Beginn entsteht eine Situation des gemeinsamen Lachens. Im Mittelfeld gibt es an zwei Stellen eine Kommentierung von I durch „aha“, sie hat etwas wahrgenommen. Am Ende der Passage und in Verbindung mit der Brechung durch Humor und Selbstironie erfolgen Zustimmungen von I mit „jaja“ und „ja“. Die begleitenden Kommentierungen von I führen zu keiner Unterbrechung im Redefluss von S 3.

Reflektierende Interpretation

Absatz 33 Einbringung der Fragestellung durch I

„Vielleicht ist es auch so ein Punkt, wo ich noch mal jetzt auf diese, diesen Aspekt kommen möchte, der mich im Moment so ein bisschen inhaltlich beschäftigt.“

I kündigt einen Aspekt an, der sie beschäftigt. Sie drückt mit „kommen möchte“ einen Wunsch aus, der als eine Proposition formuliert und nicht als Aufforderung direkt an S 3 gerichtet ist. Sie kennzeichnet die Art ihrer Beschäftigung zeitlich mit „im Moment“ und mit „inhaltlich“ und gibt damit der Beschäftigung zwar eine besondere Bedeutung, die jedoch eingeschränkt wird. Die Intensität ihrer Beschäftigung mit dem Aspekt wird zurückgenommen durch den Zusatz „ein bisschen“. S 3 stimmt den Bewegungen der Anschlussuche für die Frage durch I nonverbal zu.

„Das ist, dass ich so denke, die Hebammen unterstützen Frauen darin, gesund leben zu lernen.“

I wendet sich dem Inhalt des angekündigten Aspektes zu und kennzeichnet die Proposition als Ergebnis ihrer Überlegungen mit „das ist, dass ich so denke“. Ihre Proposition ist: „Hebammen unterstützen Frauen darin, gesund zu leben“. S 3 stimmt dieser Proposition nonverbal zu.

„Und das ist ja das Thema meiner Beschäftigung.“

Es schließt sich eine argumentative Elaboration an, die eine Verbindung mit der Anschlussuche für die Frage steht. Auch hierzu erfolgt eine nonverbale Zustimmung durch S 3.

„Es ist nicht unbedingt die Geburtshilfe, sondern einfach ein Teilaspekt davon, also wie gesund leben lernen vermittelt wird“

Die argumentative Elaboration wird mit Differenzierung zur Proposition fortgesetzt. Die Unterstützung, die Hebammen Frauen im Zusammenhang mit „gesund leben“ geben, wird als „nicht unbedingt Geburtshilfe, sondern ein Teil davon“ gekennzeichnet. Bei den beruflichen Praxen zu „gesund leben“ handelt es sich nicht um direkte Hilfe bei der Geburt. Sie werden als etwas von Geburtshilfe Abweichendes und gleichzeitig als Teil davon gekennzeichnet. Wenn Geburtshilfe als Sammelbegriff für berufliche Praxen von Hebammen verstanden wird, gehört „gesund leben“ anderen zu vermitteln zu den beruflichen Praxen von Hebammen. I kennzeichnet die beruflichen Praxen, die sie im Blick hat, mit „wie gesund leben lernen vermittelt wird“. Die Formulierung zieht unterschiedliche Aspekte verkürzend zusammen: den Lernprozess, gesund zu leben, und den Prozess der Vermittlung. Bei beiden Aspekten geht es um die Prozesshaftigkeit und die Frage nach dem „wie“. Wie lernen Frauen gesund leben und wie vermitteln Hebammen das mit ihren beruflichen Praxen. S 3 kommentiert diese Bewegungsfigur erst nonverbal, dann verbal zustimmend. Sie wechselt dabei die Ebenen der Kommunikation und signalisiert so in doppelter Weise, dass sie versteht, was I meint.

„und (.) Supervision könnte Hebammen auch ein Stück weit vermitteln, gesund leben zu lernen im Beruf.“

I kommt nach einer kurzen Pause zu einer weiteren Proposition, die mit „Supervision könnte“ als These formuliert wird, die I zur Diskussion stellt. Es geht um Supervision mit Hebammen und die Frage, wie Hebammen „gesund leben“ in ihrem Beruf lernen. Supervision wird als Ort gekennzeichnet, an dem ein „Lernen“ als Vermittlungsprozess stattfinden kann. S 3 versteht, worauf I hinaus will, und bekräftigt das diesmal mit einer Dopplung von zustimmenden „ja, ja“.

„(.) Vielleicht ist das ein Aspekt, wo Sie auch Ideen noch zu haben?“

Nachdem bereits die vorangegangene Proposition in Form einer These für S 3 die Wirkung einer Anrufung hatte, folgt jetzt die eigentliche Anrufung. I spricht S 3 direkt an mit „haben Sie Ideen“. I eröffnet einen Sprechraum für S 3 und fragt nach ihren Ideen. In Verbindung zu ihrer These mit „ist das ein Aspekt“ fordert die Frage zu einer eigenen Positionierung auf. S 3 stimmt dieser Anrufung nonverbal zu und beginnt mit ihren Ausführungen.

Absatz 34 Ausführungen durch S 3

OT Selbstwahrnehmung

„Also, für mich ist das, fängt das an eben wirklich mit diesem Thema: wie stark nehme ich mich selber ernst und wahr? Und wie stark realisiere ich, und ernsthaft, realisiere ich

meine eigenen Grenzen, und wie Sorge ich für mich?“

S 3 nimmt den angebotenen Sprechraum und antwortet ohne zu überlegen mit einer Elaboration durch eigene Fragen. Sie kennzeichnet eine eigene Position durch „für mich ist das“ und weist auf eine Abfolge von Ideen hin, denn es gibt einen Anfang „mit diesem Thema“. Das Thema, „das anfängt“, wird von S 3 durch reflexive Fragen vorgestellt. Sie bedient sich in ihrer Art, an das Thema heranzugehen bereits des methodischen Handwerkzeugs von Supervision, indem sie reflexive Fragen stellt. Inhaltlich geht es bei den Fragen um „sich selbst wahrnehmen“, „sich ernst nehmen“, „eigene Grenzen realisieren“ und „für sich sorgen“. Bereits nach der ersten Frage signalisiert I nonverbal, dass sie den Ausführungen von S 3 folgt. Dieses nonverbale Signal kann gelesen werden als ein schnelles Erkennen eines gemeinsamen Erfahrungsraums, der sich durch reflexives Fragen eröffnet. Für I genügt bereits eine dieser Fragen, um diesen gemeinsamen Erfahrungsraum auszumachen, der seine Basis in einer Orientierung als Supervisorinnen hat, die S3 und I teilen. Die Elaboration von S 3 setzt inhaltlich bei Selbstwahrnehmung an. S 3 bezieht sich mit ihren Fragen auf Prozesse des „wie“.

OT Gemeinsamkeiten mit Hebammen und anderen

„Und das ist etwas, was ja Hebammen, ähnlich wie auch andere Menschen, die mit Menschen arbeiten, ja vorleben auch ein Stück weit, also ohne dass sie es thematizieren.“

S 3 setzt ihre Elaboration fort und vergleicht Hebammen mit „anderen Menschen, die mit Menschen arbeiten“. Menschen, die beruflich mit anderen Menschen zu tun haben, mit ihnen „arbeiten“, „leben etwas vor“. S 3 verbindet berufliche Praxen damit, Menschen etwas vorzuleben, „ohne es zu thematisieren“. Sie weist auf eine Ebene der Kommunikation und des Lernens hin, die keiner ausdrücklichen Thematisierung bedarf, sondern sich durch Vorleben vermittelt. Der Zusatz „auch ein Stück weit“ kann mit Bezug auf „vorleben“ gelesen werden im Sinne von, dass dieses Vorleben nur ein Stück weit erfolgt, oder mit Bezug auf den Gegenstand „etwas“, der vorgelebt wird und nur „ein Stück weit“ thematisiert werden kann. I stimmt nonverbal zu und signalisiert, dass sie S 3 gedanklich folgt.

„Und (.) ja ich schmunzle etwas, das wird ja dann nicht sichtbar“

Die Proposition „das wird dann ja nicht sichtbar“ hat einen Bezug zur vorangegangenen Elaboration. Das Arbeiten mit Menschen, das Vorleben, ohne es zu thematisieren, „wird nicht sichtbar“. Der Prozess des Tuns, der zeitlich mit „dann“ gekennzeichnet ist, ist nicht zu sehen. Das „ja“ verdeutlicht, dass diese Eigenschaft für S 3 auf der Hand liegt, und sie kommentiert ihre Sichtweise mit „ja ich schmunzle etwas“. Ihre Erkenntnis verwundert sie nicht, das erfüllt sie mit Heiterkeit, lässt sie schmunzeln. Sie ist sich ihrer Sichtweise sicher, die sich mit einem professionellen Blick als Supervisorin verbindet. I lacht. Das kann als Bestätigung des Erkennens des gemeinsamen Erfahrungsraums und Orientierungsrahmens gelesen werden.

„(lachend) wenn ich, wenn Sie das transkribieren, weil ich eben das ein ganz schwieriges Feld finde.“

S 3 bezieht sich auf das Lachen von I und lacht ebenfalls. Die gemeinsame Heiterkeit in der Situation des Interviews ist Basis eines gemeinsamen Orientierungsrahmens, der nicht thematisiert werden muss. Mit „wenn ich, wenn Sie das transkribieren“ geht S 3 auf die Situation des Inter-

views und den Rahmen des Forschungsprojektes ein. Sie pendelt zwischen sich selbst und I. S 3 vergleicht das Transkribieren in der Forschungsarbeit mit ihrer Elaboration zum Arbeiten mit Menschen und kennzeichnet beides als „ein ganz schwieriges Feld“. Die Schwierigkeit liegt im sichtbar machen von etwas, das nicht zu sehen ist. Im „Transkribieren“ geht es für S 3 wie beim reflexiven Fragen darum, Prozesse sichtbar werden zu lassen. Durch den Vergleich erweitert und validiert sie den gemeinsamen Erfahrungsraum und Orientierungsrahmen mit I.

OT realisieren im Alltag

„Also immer wieder, im Alltag das auch zu realisieren, von dem ich überzeugt bin, dass es nötig ist für mich. Also wenn ich weiß, dass es nötig ist, (.) Pausen zu machen, wenn ich weiß, es ist nötig, mich zu begrenzen, dann heißt es noch nicht, dass ich das immer jeden Tag in, in den Alltag umsetze.“

S 3 kommt auf Aspekte der Selbstwahrnehmung und des „Realisierens“ zurück. Es folgt eine differenzierende Elaboration dazu. S 3 nimmt eine Verortung auf der Ebene „Alltag“ vor. Es geht ihr um Realisierung im Alltag, die durch Wiederholungen gekennzeichnet ist: „also immer wieder“. Diesen Prozess des Wiederholens markiert sie als eine Notwendigkeit und kennzeichnet, das als eigene Erfahrung mit „für mich“. Sie differenziert kognitives Wissen mit „ich weiß“ und Handeln mit „ich setze im Alltag um“. Wissen ist für Handeln keine hinreichende Bedingung. S 3 formuliert es als Wenn-dann-Relation: „wenn ich weiß, dann heißt das noch nicht“. Sie variiert, „es ist notwendig, Pausen zu machen“ und „es ist notwendig, sich zu begrenzen“. Das ist das Wissen, was vorhanden ist, jedoch nicht ausreicht, um es „immer jeden Tag im Alltag“ anzuwenden. S 3 weist auf Grenzen in der Umsetzung von „gesund leben“ hin, die nicht mit fehlendem Wissen zu begründen sind.

OT Sozialisation von Hebammen

„Und wenn ich so sozialisiert bin, wie eh ich erlebe viele Hebammen nämlich wirklich in dieser Fürsorge sehr schnell, sehr klar zu sein, sehr klare Muster haben zu haben, ist die Abgrenzung die andere Seite der Medaille und die ist nicht so gut geübt. Und die Fürsorge für den andern ist ja etwas, was, auch dann moralisch, ethisch zum Teil motiviert, auch eher vor die eigene Person gestellt wird.“

Proposition ist, Hebammen haben Muster in der Fürsorge. Bedingung dieser Proposition ist eine Sozialisation als Hebamme. S 3 kennzeichnet die Gültigkeit dieser Bedingung durch „wie ich viele Hebammen erlebe“. S 3 erlebt Hebammen in Supervisionsprozessen, sie hat Erfahrungen mit einer Anzahl von Hebammen, die sie mit „viele“ kennzeichnet und das ermöglicht ihr eine Verallgemeinerung. Sie leitet den Satz aus einer Hebammenperspektive ein mit „wenn ich so sozialisiert bin“, wechselt in eine andere Perspektive mit „wie ich Hebammen erlebe“ und kommt zu der verallgemeinerten Proposition über Hebammen, von denen erwartet wird, dass sie „in dieser Fürsorge sehr schnell, sehr klar“ sind und die „sehr klare Muster haben“. Die Formulierung weist auf eine Mischung von Anrufungen mit Erwartungen nach Fürsorge und Mustern in den Antworten von Hebammen hin. Eine Differenzierung zwischen „zu sein haben“ und „haben“ wird angedeutet, bleibt jedoch sprachlich unscharf. Die erforderliche Fürsorge im Hebammenberuf wird

mit den Eigenschaften „schnell“ und „klar“ gekennzeichnet, die durch den sich wiederholenden Zusatz „sehr“ eine Steigerung erfahren. S 3 nimmt bei Hebammen ein spezifisches Muster der Fürsorge wahr. Sie setzt mit „Abgrenzung als andere Seite der Medaille“ einen Gegenhorizont. In der Dimension Fürsorge und Selbstsorge durch Abgrenzung positioniert S 3 Hebammen in Richtung Fürsorge. Ihre Begründung dafür ist, dass in der beruflichen Sozialisation als Hebamme Abgrenzung „nicht so gut geübt ist“. S 3 formuliert als Proposition „Fürsorge für den anderen wird vor die eigene Person gestellt“ mit der Anschlussproposition „etwas, das auch dann moralisch, ethisch zum Teil motiviert“ ist. S 3 verbindet so die spezifische Fürsorge von Hebammen mit einer Motivation, die auf einem moralisch-ethischen Prinzip beruht. Sie konstatiert so eine berufliche Ethik im Hebammenberuf, die in der beruflichen Sozialisation als eine spezifische Form der Fürsorge vermittelt wird.

OT Gegenhorizont durch Supervision

„Und wenn ich nur ge erlebt habe, dass Selbstfürsorge gleichgesetzt wird mit einem negativen Egoismus, dann muss ich daran sehr (veränderte Stimme) arbeiten, dass das nicht der Fall ist.

Und dass ich eher, im Grunde anders herum, nämlich nur wenn ich wirklich für mich selber Sorge, gut für mich Sorge, auch eine gute Hebamme sein kann oder eine gute Familienhebamme sein kann,“

S 3 bezieht sich in der folgenden Elaboration auf Erfahrungen im Kontext von beruflicher Sozialisation, die sie mit „wenn ich nur erlebt habe“ beschreibt. Mit „nur“ wird ein Hinweis auf die Ausschließlichkeit dieses Erlebens gegeben. Unter dieser Bedingung ergibt sich eine Notwendigkeit, die S 3 mit „daran sehr arbeiten müssen“ beschreibt. Das, was erlebt und gelernt worden ist, lässt sich als Proposition formulieren mit: „Selbstfürsorge wird gleichgesetzt mit einem negativen Egoismus“. Die Opposition dazu ist: „das ist nicht der Fall“. Es folgt eine argumentative Elaboration zu dieser Opposition, die S 3 dann als Supervisorin vertritt. Der Positionswechsel von S 3 findet Ausdruck in der Wendung „dass ich eher, im Grunde anders herum, nämlich“. Das Argument für die Opposition ist: „nur wenn ich wirklich für mich selber Sorge, gut für mich Sorge, kann ich auch eine gute Hebamme oder eine gute Familienhebamme sein.“ Zur Ethik, die in der beruflichen Sozialisation als Hebamme erworben wurde und die Fürsorge für andere an erste Stelle setzt, wird in Supervision ein Gegenhorizont gesetzt: Qualität in der Selbstsorge wird mit Qualität der beruflichen Praxen von Hebamme oder Familienhebamme verbunden. S 3 formuliert sprachlich durchgängig mit „ich“. Ein Perspektivwechsel wird durch eine Veränderung der Stimmlage angezeigt. Das kann als einen Wechsel auf die Ebene von Supervision mit Hebammen gelesen werden.

OT Bearbeiten von Grenzen und Selbstsorge

„und ich habe geschmunzelt, weil, auch dann kann ich nur eine gute Supervisorin sein.“

S 3 gibt einen Hinweis, dass für sie Perspektiven zu wechseln eine Form der Reflexion darstellt. Mit „und ich habe geschmunzelt, weil“ kommentiert sie die Erkenntnis eines Begründungszusammenhangs. Sie schaut so in einer Außenperspektive auf sich selbst, die sie mit Heiterkeit erfüllt. Sie erfreut sich an ihrer Erkenntnis. Als Proposition formuliert sie: „nur dann kann ich

eine gute Supervisorin sein“, wenn „auch ich“ die Bedingungen einer guten Selbstsorge erfülle. S 3 liefert mit dieser Bezugnahme eine weitere Begründung für ihren Gegenhorizont, den sie in Supervision vermitteln möchte.

„Und wenn ich meine Grenzen auch immer wieder mal überschreite, dann ist das gut in der Selbstreflexion das zu bearbeiten und dann kann ich das auch wieder zur Verfügung stellen.“

Es folgt eine argumentative Elaboration ihrer Proposition. Es kann vorkommen, dass Grenzen „auch immer mal wieder“ überschritten werden. Dieser Vorgang ist für S 3 mit aktivem Handeln verbunden. Sie handelt selbst und formuliert „ich überschreite meine Grenzen“. Die Grenzen werden gekennzeichnet als zu ihr gehörig. In einer solchen Situation, „dann ist es gut in der Selbstreflexion das zu bearbeiten“. Selbstreflexion wird als eine Form der Arbeit gekennzeichnet, die geeignet ist, Grenzüberschreitungen „gut zu bearbeiten“. Erst wenn eine Bearbeitung von Grenzüberschreitungen erfolgt ist, können berufliche Praxen wieder greifen, „dann kann ich das auch wieder zur Verfügung stellen“. Selbstreflexion und Klärung der eigenen Grenzen ermöglichen ein „wieder zur Verfügung stellen“. Was anderen wieder zur Verfügung gestellt werden kann, „das“ ist das Selbst, das in Reflexion seine Grenzen und Grenzüberschreitungen erkannt und „bearbeitet“ hat.

„Ich muss es gleichwohl tun und nicht nur darüber reden und wirklich für mich sorgen.“

S 3 formuliert hier eine konklusive Zusammenfassung für Selbstsorge. Handeln ist für Selbstsorge eine zwingende Voraussetzung. Die nonverbale Zustimmung von I erfolgt bereits nach dem ersten Teil des Satzes als Reaktion auf „gleichwohl tun und nicht nur darüber reden“ und kann auch Ausdruck zustimmender Validierung sein.

OT Themen in der Supervision von Hebammen

„Und da ist sicher ganz viel, immer auch ganz Aktuelles in den Supervisionen Thema. (.)

Es fängt damit an, dass eine Hebamme sagt: kann ich überhaupt den Brückentag zwischen zwei, ne, einem gesetzlichen Feiertag und einem Wochenende, darf ich mir das im Moment erlauben, diesen Brückentag zu nehmen.“

S 3 kündigt einen Bezug zu Supervisionen an mit „da ist sicher ganz viel, immer auch ganz Aktuelles Thema“. Supervision wird als Ort gekennzeichnet, wo Vieles Thema sein kann und immer auch Aktuelles seinen Platz findet. Sie elaboriert das an einen Beispiel und skizziert den Anfang einer Szene mit „es fängt damit an, dass eine Hebamme sagt“. In wörtlicher Rede als Hebamme wird ausgeführt, um welche Situation es sich handelt. Es geht um die Forderung eines Urlaubstages und die Frage, ob es erlaubt und legitim ist, sich frei zu nehmen.

„Und sie braucht die Unterstützung einer Gruppe von Kolleginnen und auch noch, in Anführungsstrichen wiederum, die Erlaubnis der Supervisorin das natürlich zu tun, und unbedingt tun zu müssen.“

S 3 wechselt von direkter Rede in eine Außenperspektive und benennt mögliche Bedürfnisse der Hebamme, die sie als Supervisorin vermutet. Beispiele sind „Unterstützung einer Gruppe von Kolleginnen“ oder „Erlaubnis der Supervisorin“. S 3 gestaltet ihr Beispiel in differenzierender Elaboration aus.

„Und wenn sie anfängt, sich das zu fragen, ob sie das darf, ist im Grunde schon eine ganz deutliche Signalwirkung dazu, dass sie es braucht. Und dann ist wichtig zu gucken: wie sichere ich mich ab, wie übergebe ich die Familien oder die vielleicht möglicherweise anstehenden Schwangeren oder wie Sorge ich dafür, dass die versorgt werden.“

Die Bewegung zwischen „tun dürfen“ und „tun müssen“ wird zugespitzt auf die „Signalwirkung“ für S 3, die diese Wahrnehmung hat. Die Wahrnehmung dieser Bewegung ist für S 3 ein eindeutiges Zeichen für ein Bedürfnis der Hebammen, „dass sie es braucht“, von einer Außeninstanz Legitimierung ihrer Forderung zu erfahren. Für S 3 ist dieses Bedürfnis nicht ungewöhnlich und sie weiß entsprechende Signale verstehend zu deuten. S 3 greift einen nächsten Aspekt auf, nachdem die Signale der Bedürfnisse erkannt sind, rückt etwas anderes in den Fokus, auf das es zu gucken gilt: „und dann ist wichtig zu gucken“. Ein Wechsel in Frageform kann als Hinweis auf einen Perspektivwechsel gelesen werden. Bei den Fragen, die nach der Reflexion der eigenen Bedürfnisse wichtig sind, geht es um Absicherung in beruflichen Praxen, um Formen der Übergabe und Sicherstellung der Versorgung der Schwangeren und deren Familie. S 3 setzt die Elaboration der Darstellung eines beispielhaften Supervisionsprozesses fort. I begleitet die Elaboration von S 3 zustimmend.

„Und ich habe natürlich ein Recht, mich raus zu ziehen.“

Wieder hat S 3 einen Perspektivwechsel vollzogen. Sie elaboriert ein neues Argument für die Forderung nach einem Urlaubstag mit „ich habe natürlich ein Recht“. S 3 bezieht sich auf ein Recht, das die Forderung stützt. Das kann in Bezug zu „natürlichem“ Recht von Bedürfnissen oder in Bezugnahme auf eine rechtliche Legitimierung von Forderungen als Arbeitnehmerin gelesen werden. S 3 setzt mit diesem Satz einen dramatischen Akzent und nutzt „Recht“ auch argumentativ als Verstärkung für eine Forderung nach Abgrenzung. Das Wort „ziehen“ weist auf ein Kräftespiel hin, das sich mit „rausziehen“ entspannt.

„Und das sind Situationen, die dann so exemplarisch in der Supervision geübt werden können. Also“

S 3 schließt die Szene ihres Beispiels mit „das sind Situationen“ und öffnet sie für eine argumentative Verallgemeinerung mit „Situationen, die exemplarisch in der Supervision geübt werden können“. Ihre Proposition ist: Situationen können in Supervision geübt werden. S 3 bezieht sich damit konklusiv auf die als These formulierte Proposition von I zu Supervision als Ort für Lernprozesse. Gleichzeitig kündigt sie mit „also“ Fortsetzung an. I reagiert mit „aha“ als Ausdruck von Erkennen und Kenntnisnahme.

„ wie traue ich mich, dass zu sagen? und: wie affektgeladen ist das denn, das, das auch zu sagen? und: wie reagieren die andern? und: (.) ja wenn ich mich dann getraut habe, wie entlastend ist es zu merken, ach das kennen die andern auch?“

S 3 wechselt erneut in Fragen über, die reflexiven Charakter haben. Inhaltlich geht es um sich trauen, um emotionale Schwingungen, um Affekte und Reaktionen anderer. Zu merken, wie es anderen geht, Gemeinsamkeiten wahrzunehmen, ist entlastend. Während es bei den reflexiven Fragen am Anfang der Passage um Selbstwahrnehmung und Selbstsorge geht, sind die Fragen hier auf Kommunikation und Interaktion gerichtet. Mit diesen Fragen führt S 3 den Prozess der Selbstreflexion weiter und lenkt den Blick auf Beziehungen zu anderen, die wahrzunehmen und

in Bezug zu sich selbst einzuordnen sind. S 3 elaboriert und veranschaulicht mit diesen Fragen den zirkulären Prozess von Selbstwahrnehmung.

„Ach ja und das darf ich fragen! Und das muss ich fragen!“

S 3 lässt hier auch die Dimensionierung von „dürfen“ und „müssen“ noch einmal anklingen. Sie nimmt in diesem Satz die Perspektive einer Person ein, die exemplarisch eine Erlaubnis ausspricht. Sie gibt sich selbst die Erlaubnis. S 3 wiederholt einen Inhalt, den sie bereits ausgeführt hat, stellt Rückbezug und Erinnerung im Wiederholen her. Das inhaltliche Wiederholen kann auf der Ebene der Situation des Interviews auch als Einleitung des Prozesses einer Schließung zum Fragenkomplex „gesund leben“ gelesen werden.

„Und (.) das immer wieder im Prozess zu haben als auch eine Wiederholung, die sein darf, nämlich wirklich zu gucken: ich kann nicht ein für alle Mal sagen, mir fällt es leicht, für mich zu sorgen.“

S 3 setzt ihre Elaboration fort und kommt mit Rückbezug auf bereits Gesagtes auf Prozesshaftigkeit und Wiederholung, „die sein darf“. Einmal erreichte Selbstsorge ist keine Garantie „für alle Male“. S 3 deutet eine Dimensionierung zwischen schwierig und leicht an. Selbstsorge wird zwischen „schwieriges Feld“ und etwas, das „mir leicht fällt“, bewegt. Der Prozess einer Schließung zum Fragenkomplex „gesund leben“ setzt sich fort. I stimmt den Ausführungen von S 3 nonverbal zu. Dies kann als Zustimmung auf inhaltlicher Ebene und zum Prozess der Schließung gelesen werden.

„mir fällt es leicht, für mich zu sorgen. So etwas habe ich noch nicht gehört. (lacht)“

S 3 setzt einen dramatischen Akzent in der Schließung. „Mir fällt es leicht für mich zu sorgen, so was habe ich noch nicht gehört.“ Sie lacht und hat Spaß an ihrem Einfall. Sie verwendet die Formulierung „noch nicht gehört“. Am Anfang der Passage geht es um Sichtbarkeit, am Ende der Passage um Hörbarkeit. In beiden Formulierungen werden Sinneswahrnehmungen angesprochen, die in den Situationen nicht verfügbar sind. I stimmt auch hier nonverbal zu.

„Auch in dieser (lachend) Berufsgruppe nicht.“

S 3 ist weiter in Heiterkeit und Humor unterwegs und stellt einen Bezug zur Berufsgruppe von Hebammen her. Auch von Hebammen hat sie noch nicht gehört: „mir fällt es leicht für mich zu sorgen“. I kommentiert den Satz mit „aha“, was als Ausdruck der Kenntnisnahme des Inhalts, der emotionalen Färbung und des Prozesses der Schließung gelesen werden kann.

„Da habe ich keine Probleme, mich abzugrenzen“

S 3 formuliert einen Gegenhorizont. Sie gibt einer Person die Stimme, die sagt, dass sie kein grundsätzliches Problem mit Abgrenzung hat. I stimmt dem Beginn dieser Bewegungsfigur mit der Doppelung „ja, ja“ zu, was auch als eine Art Drängen verstanden werden kann, zu hören, wie die Ausführungen von S 3 weiter gehen.

„das wird vielleicht mal eher sarkastisch gesagt, ironisch gesagt, aber nicht wirklich.“

S 3 wechselt die Perspektive und kommentiert die Vertreterin der Berufsgruppe Hebammen, der sie mit dem voran gegangenen Satz eine Stimme gegeben hat. Die Kommentierung nimmt eine Brechung der Gültigkeit unter Hinzuziehung von Humor vor. Etwas wird gesagt, ist jedoch anders gemeint, auch das ist wirklich. Diese Verbindung ist als Bewegung des Schließens im Kleinen mit Heiterkeit und Humor zu lesen. I stimmt dem mit „ja“ zu.

Die Basis eines gemeinsamen Erfahrungsraums und Orientierungsrahmens zwischen S 3 und I ist in dieser Passage ausgebaut worden. Die mit der Fragestellung von I eingebrachte These ist von S 3 argumentativ elaboriert und konklusiv validiert worden.

4.7.2 Reflektierende Interpretation der Textpassagen zu „gesund leben lernen“

Die reflektierenden Interpretationen der Textpassagen zu „gesund leben lernen“ werden zusammenfassend dargestellt. Der Bezug zu den einzelnen Interviewpartner_innen bleibt in der folgenden Darstellung nachvollziehbar und am Material orientiert.

Interview mit S 1

Zu Beginn kennzeichnet die Interviewerin ihre Perspektive zu „gesund leben lernen“. Sie macht ihr Interesse an der Fragestellung transparent, differenziert unterschiedliche Ebenen der Rahmung und bittet S 1 um eine Auseinandersetzung mit dem Fragenkomplex und den ange-deuteten Aspekten. S 1 hört aufmerksam zu und lässt der Interviewerin Raum, Propositionen zu entwickeln, zu elaborieren und zu differenzieren. Die Interviewerin begegnet S 1 in dieser Textpassage als Gesprächspartnerin mit eigenen Sichtweisen und Fragestellungen. Sie verändert ihre Rolle als Interviewerin und präsentiert sich mit einem spezifischen Interesse als Forscherin.

Im Anschluss entfaltet S 1 ihre Sichtweisen. Sie bezieht sich auf die Proposition der Interviewerin, sucht nach Differenzierungen durch Gegenhorizonte, indem sie die Situation der Berufsgruppe von Hebammen verallgemeinert und mit Selbstständigkeit spezifiziert. Eine Bewegungsfigur der Ausweitung der Thematik auf andere Berufsgruppen bei gleichzeitiger Einengung auf berufliche Selbstständigkeit wird sichtbar. S 1 sucht nach Gemeinsamkeiten und nach Unterschieden. Ihre Gegenhorizonte sind Erfahrungen mit eigener beruflicher Selbstständigkeit und mit anderen Berufsgruppen im medizinischen Bereich. S 1 differenziert unterschiedliche Gruppierungen von Hebammen nach ihrem beruflichen Kontext: Arbeit in der Klinik, an Geburten beteiligt, als Familienhebammen im Auftrag der Jugendhilfe. Auf der Basis der Gemeinsamkeiten entwickelt S 1 Propositionen zum Umgang mit Geld und Arbeitszeiten im Zusammenhang mit Beruf und Berufung, die im Hebammenberuf zu Überlastungen führen können. S 1 hält eine Auseinandersetzung mit der Unterscheidung von Beruf und Berufung für Hebammen für notwendig und Supervision für einen geeigneten Rahmen dafür.

S 1 wechselt mehrfach die Perspektive, indem sie ihre Äußerungen selbstreflexiv kommentiert, indem sie direkt zu der Interviewerin oder zu einem Publikum spricht, indem sie eigene Suchbewegungen für eine Positionierung vollzieht und Vergleiche mit Gegenhorizonten nutzt. Sie führt einen Dialog mit sich selbst vor der Interviewerin als Publikum und im Dialog mit der Interviewerin.

Gegen Ende der Passage weist S 1 auf inhaltliche Wiederholungen hin, was als Hinweis auf die folgende Schließung zu diesem Themenkomplex zu lesen ist. Sie hat ihre Sichtweisen ausreichend dargestellt, jetzt kann sie sich nur noch wiederholen.

Die Unterscheidung von Beruf und Berufung in selbstständiger Ausübung des Hebammenberuf steht für S 1 im Fokus und sie sieht es als notwendig an, sich damit auseinander zu setzen,

um dauerhafte Situationen der Überlastung abzuwenden. Mit ihren Differenzierungen kann sie die Proposition der Interviewerin in ihre Sichtweisen integrieren. Die Schließung der Textpassage erfolgt konklusiv. S 1 und die Interviewerin haben sich auf eine geteilte Orientierung zu „gesund leben lernen“ verständigt.

Interview mit S 2

Die Interviewerin startet ihrer Fragestellung und stellt argumentativ einen Zusammenhang her zwischen Situationen von Frauen und der beruflichen Situation von Hebammen, den sie mit Interesse an gesundheitsfördernden Aspekten verbindet. Schwangerschaft wird als eine Lebensphase von Frauen vorgestellt, die sich für Veränderungen anbietet. Langdauernde Berufstätigkeit erfordert es, Gesundheit und Kräfte zu erhalten, sich zu entlasten und nach etwas zu suchen, was Freude macht. Arbeitsschwerpunkte zu verschieben, kann eine Lösung darstellen. Die Interviewerin setzt Propositionen.

S 2 beantwortet die Argumentation der Interviewerin mit Bezugnahme auf den Teilaspekt Verschiebung von Arbeitsschwerpunkten und differenziert, indem sie Geburtshilfe als Tätigkeitsbereich von Hebammen in den Fokus nimmt. S 2 entwickelt daraus eine eigene Perspektive, die als Opposition zur Sichtweise der Interviewerin entfaltet wird.

S 2 elaboriert die berufliche Situation von Hebammen in unterschiedlichen Kontexten und diskutiert Chancen und Risiken, die sich aus einer Verschiebung von Tätigkeitsbereichen für den Hebammenberuf ergeben können. Sie nutzt Frühe Hilfen und andere Berufsgruppen als Gegenhorizonte und vertritt als Propositionen, dass Geburtshilfe als Kern der Tätigkeit und Basis der Berufung im Hebammenberuf gesehen werden muss, ein Wegfall dieses Tätigkeitsbereichs eine Bedrohung darstellt und in der Folge den Berufsstand gefährdet. S 2 wendet sich elaborierend dem Geburtserleben zu, das sie mit Berufung als Hebamme verbindet. Eine Geburt ist ein ergreifend schöner Moment des Erlebens, auch wenn es mühevoll ist, sich als Wesen durchzuarbeiten. Es geht dabei um Existenzielles und Nahegehendes wie in keinem anderen Beruf, das Hebammen beflügelt und trägt. Die Bedrohung durch strukturelle Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Veränderungen ist für den Berufsstand ebenfalls existenziell und treibt Hebammen insofern auch um. Mit diesen Differenzierungen festigt S 2 die Proposition: Hebammen und Geburtshilfe gehören zusammen, der Berufsstand ist bedroht. S 2 spricht über die Bedrohung der Geburtshilfe und Gefahren für den Hebammenberuf. Sie entwickelt die Fragestellung der Interviewerin mit eigener Sichtweise. „Gesund leben“ wird mit dem negativen Gegenhorizont der existenziellen Bedrohung gefasst. Das, was in dem Beruf Freude macht, was „beflügelt und trägt“, schließt als positiver Horizont an „gesund leben lernen im Beruf“ an.

In der Sichtweise von S 2 auf berufliche Praxen von Hebammen und den Berufsstand zeigen sich strukturelle Rahmenbedingungen, die in Relation zu „gesund leben im Beruf als Hebamme“ gesehen werden. Für Hebammen ist der Beruf mit Berufung verbunden. „Gesund leben“ bewegt sich zwischen Leben und Tod, zwischen Lust und Last, zwischen tragender beruflicher Existenz und Bedrohung durch Wegfall der Geburtshilfe, zwischen einen Part zu verlieren und neue Bereiche zu erschließen.

In der Textpassage werden Sichtweisen auf „gesund leben lernen im Beruf“ bewegt. Die Interviewerin setzt als Proposition: „gesund leben im Beruf als Hebamme“ ist mit Veränderungen

verbunden, Verschiebung von Arbeitsschwerpunkten ist im Hebammenberuf eine positive Option dafür. S 2 formuliert: wenn Geburtshilfe als Herzstück und Kern der beruflichen Tätigkeiten in Frage steht, entsteht eine Situation der Bedrohung, die „gesund leben im Hebammenberuf“ gefährdet. Die Proposition von I wird von S 2 abgelehnt, Divergenz ist: Verschiebung der Arbeitsschwerpunkte ist Bedrohung und keine Option für „gesund leben im Beruf“. S 2 setzt eine andere Proposition: Geburtshilfe ist Teil der beruflichen Identität als Hebamme, die trägt und beflügelt, in einem Beruf als Berufung. Anschlussproposition von S 2 ist: Geburtshilfe darf als Arbeitsschwerpunkt im Hebammenberuf nicht wegfallen. Sie bezieht sich mit diesem Apell auf ihre Divergenz. Die Interviewerin folgt dieser Bewegung auf der Ebene der Interaktion. Der Diskurs endet.

S 2 entfaltet ihre Sichtweisen mit Eigensinn, was als Hinweis auf ihren Orientierungsrahmen gelesen werden kann. Die Interviewerin akzeptiert die Perspektive und folgt S 2 auf der Ebene der Interaktion, was als Hinweis auf Konklusion gelesen werden kann. Denn es kommt zur Schließung des Themas.

Interview mit S 3

Mit der Einbringung ihrer Frage verbindet die Interviewerin zwei Propositionen. Die erste Proposition ist: Hebammen unterstützen Frauen darin gesund zu leben. Die zweite Proposition ist verbunden mit einer Anrufung, indem die Interviewerin eine These formuliert, die durch die Erfahrungen von S 3 validiert werden soll. Die zweite Proposition ist: Supervision kann Hebammen vermitteln, gesund leben im Beruf zu lernen.

S 3 bezieht sich auf beide Propositionen. Im Fokus ihrer vergleichenden Elaboration stehen Selbstwahrnehmung und reflexives Fragen. S 3 kommt zu einer eigenen Proposition, die sie als Gemeinsamkeit von Hebammen und anderen kennzeichnet. Proposition ist: Vorleben bedeutet, gesund leben sichtbar machen, ohne es zu thematisieren. In differenzierenden Elaborationen kommt S 3 auf die Notwendigkeit von übendem Wiederholen im Alltag, auf Differenz zwischen Wissen und Umsetzen, auf die berufliche Sozialisation von Hebammen. Sie nimmt Muster wahr. Proposition ist: Fürsorge für andere wird vor die Sorge für die eigene Person gestellt und steht in Verbindung mit moralisch-ethischen Anrufungen und Motivationshintergründen. S 3 entwirft dazu einen positiven Gegenhorizont, den sie mit Supervision verbindet. Gegenhorizont ist: gute Selbstsorge ist Voraussetzung dafür, als Hebamme oder Familienhebamme gut arbeiten zu können. S 3 elaboriert, dass sie in Supervisionsprozessen mit Hebammen daran arbeitet, Sichtweisen, die durch berufliche Sozialisation als Hebamme gefestigt sind, mit diesem Gegenhorizont zu konfrontieren und an exemplarischen Themen zu bearbeiten. Abweichungen von Selbstsorge und Grenzüberschreitungen gehören zu den Erfahrungen des Alltags und müssen mit Selbstreflexion bearbeitet werden, erst dann ist es möglich, sich anderen wieder zur Verfügung zu stellen. Wirkliche Selbstsorge zeigt sich auf der Ebene des Handelns, nicht im Reden. Legitimationen von außen unterstützen die Artikulation von eigenen Bedürfnissen und Forderungen. Einmalige Umsetzung ist keine Garantie für immer.

S 3 bezieht sich auf die anfängliche Proposition der Interviewerin und verbindet sie mit ihren Elaborationen. Anschlusspropositionen sind: Supervision ist ein Ort für Lernprozesse, die durch Fragen zur Selbstreflexion und durch übendes Wiederholen gekennzeichnet sind. Scheitern gehört zu Situationen des Alltags und des Lernens. Heiterkeit und Humor unterstützen als Elemente

auf emotionaler Ebene solche Prozesse.

In der Textpassage festigen S 3 und die Interviewerin den gemeinsamen Orientierungsrahmen, der sich im Verlauf des Interviews bereits gezeigt hat. Zur Prozessorientierung von Lernen, zur Bedeutung von Selbstwahrnehmung und von reflexiven Fragen sowie zu Erfahrungen mit methodischem Handwerkszeug von Supervision haben beide ähnliche Sichtweisen. Ein gemeinsamer Erfahrungsraum deutet sich an.

Interview mit S 4

Die Interviewerin interessiert sich für die Frage, wie gesund leben von Hebammen gelernt wird. Sie verbindet die Frage mit zwei unterschiedliche Situationen: Hebammen unterstützen Frauen dabei, gesund leben zu lernen und Supervisor_innen unterstützen Hebammen dabei, gesund leben im Beruf zu lernen. Sie fragt nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden dieser Situationen in Bezug auf „gesund leben lernen“. Die Differenzierung der Interviewerin kann als Hinweis auf die Perspektive gelesen werden, die sie vorschlägt einzunehmen. Die Anrufung richtet sich dann auf spontane Einfälle zu ihrem propositionellen Impuls.

S 4 nimmt die Einladung der Interviewerin an und präsentiert „Assoziationen“, die sie elaboriert. Sie wählt eine Gruppierung von Hebammen, der sie in zurückliegender Vergangenheit als Supervisorin begegnet ist, und kontrastiert diese Gruppierung mit unterschiedlichen Gegenhorizonten. Über diese Gruppierung sagt sie, dass sie Gesundheitsvorsorge bereits im Bewusstsein hatten und gelebt haben. Sie waren bereits achtsam im Umgang miteinander und in der Sorge für einander, sodass es nicht notwendig war, dies an sie heran zu tragen. Während allgemein zur Gruppierung von Frauen elaboriert wird, bleiben Sichtweisen auf die Gruppierung der Hebamme unspezifisch. Die Interviewerin hinterfragt diese Perspektive nicht. Als Kontextinformation wird der Hinweis gegeben, dass S 4 sich auf eine Gruppe von Hebammen bezieht, deren Begleitung einige Jahre zurück liegt. Sie hat in eingeschränktem Umfang berufliche Erfahrungen mit Hebammen, während sie sich in Bezug auf Frauen als Expertin mit viel Erfahrung sieht.

In dieser Textpassage stehen Sichtweisen auf Frauen und auf „gesund leben lernen von Frauen“ im Fokus. In der Textpassage gibt es mehrere Hinweise auf Vergemeinschaftung in der Situation des Interviews durch S 4, die in der Proposition gipfelt: „wir achten auf unsere Beziehungen, dass wir uns da drin nicht kaputt machen.“ Die Interviewerin antwortet darauf mit „aha“, was als Ausdruck der konklusiven Kenntnisnahme gelesen werden kann. Eine gemeinsame längere Pause schließt sich an und markiert die Schließung des Themas.

Interview mit S 5

„gesund leben lernen“ wurde schon einmal als Fragestellung von der Interviewerin eingebracht und in der Beantwortung von S 5 verschoben. Die Interviewerin versucht es an dieser Stelle erneut und elaboriert ihr Interesse an dem Thema. Sie positioniert sich auf inhaltlicher Ebene mit zwei Proposition: Hebammen unterstützen Frauen, gesund leben zu lernen. Supervision stellt eine gute Möglichkeit dar, Hebammen zu unterstützen, gesund leben in ihrem Beruf zu lernen. Sie fragt vage nach „Ideen zur Parallelität“, die sich damit verbinden könnten und sucht Anschluss an einen gemeinsamen Erfahrungsraum, der sich im Verlauf des Interviews bereits gezeigt hat. Sie

deutet als Gegenhorizont an, dass Frauen „den Beruf wechseln müssen, weil sie für konflikthafte beruflichen Situationen keine Lösung finden“.

Nach einer Pause des Überlegens kündigt S 5 mit der Formulierung „ich fange mal mit denen an“ eine differenzierende Elaboration mit Propositionen zu einzelnen Gruppierung an. S 5 nimmt Bezug auf den im Interview bereit entwickelten gemeinsamen Erfahrungsraum und präsentiert sich als fachliche Expertin für Lernsituationen.

In der Textpassage macht S 5 ihre Sichtweisen und Orientierung transparent, indem sie mit spezifische Fachbegriffe nutzt, indem sie wirkungsvoll ihr methodisches Handeln situativ im Interview zum Tragen bringt, indem sie auf Ebene der Interaktion mit Perspektivwechseln und Dramaturgie arbeitet.

Ihre Sichtweise auf „gesund leben lernen“ ist verbunden mit dem Begriff „Gesundheitsfürsorge“ und Begrenzungen durch „defizitäre“ Familienwirklichkeiten, denen Hebammen in ihrem beruflichen Alltag begegnen. Konfrontationen mit diesen Familienwirklichkeiten werden als berufliche Belastungen gesehen, die viel Zeit und Kraft erfordern. Es kann dann nur um Grundversorgung, um Basisarbeit gehen, mehr ist dann nicht möglich. Den Frauen zu zeigen, wie gesund leben gehen könnte, rückt für Hebammen so in den Hintergrund, ist dann eine fremde Perspektive, auch wenn sie eine Entwicklungsmöglichkeit für Hebammen bedeuten könnte. In den Sichtweisen von S 5 zeigen sich Orientierungen zu „gesund leben lernen im Beruf“ an den Gegenhorizonten: Fremdes wird als Irritation und Bedrohung, eigenes Handeln wird als begrenzt erlebt, das sind berufliche Belastungen.

Auf der Ebene der Interaktion bewegen sich S 5 und die Interviewerin in der Textpassage in einem gemeinsamen Erfahrungsraum. Sie hören einander zu, lassen sich ausreden und begleiten sich öffnend mit Äußerungen wie „mhm“, „ja“ oder „aha“.

Als Expertin sieht sich S 5 in leitender Funktion, was von der Interviewerin nicht hinterfragt wird. S 5 bestimmt den Zeitpunkt für die Beantwortung der Fragestellung aktiv mit. Sie führt auch die Schließung zum Themenkomplex „gesund leben lernen“ herbei, ohne eine Rückkopplung auf inhaltlicher Ebene mit der Interviewerin zu suchen. Sie setzt ihren Denkbewegungen Anfang und Ende, die Interviewerin geht in den Bewegungen mit. Propositionen werden von S 5 elaboriert und differenziert, jedoch nicht inhaltlich verhandelt.

Interview mit S 6

Nach einer kurzen Gesprächspause sieht die Interviewerin eine „Gelegenheit“, ihr Anliegen einzubringen. Zu Beginn der Textpassage setzt sie als Proposition: „die Hebammen unterstützen Frauen im gesund leben lernen“. Dann formuliert sie als allgemeine Frage: „Wie können Supervisionen Hebammen unterstützen, gesund in ihrem Beruf zu leben?“

S 6 macht einen Rückbezug auf vorher Gesagtes und antwortet dann in beschreibenden und argumentierenden Elaborationen. Propositionen sind: Familienhebammen selber schätzen Supervision als Begleitung ihrer beruflichen Tätigkeit. Erleben entsteht als Gruppenerfahrung und ist nicht primär Sache der Supervisor_in. Emotionales Erleben beruflicher Belastungssituationen und eine Bearbeitung in Gruppensupervision „entlastet ungeheuer“ und fördern Handlungsfähigkeit.

Die Interviewerin macht während dieser Ausführungen an einer Stelle den Einwurf. S 6 nimmt das eingeworfene Wort in seinem Beitrag auf, ohne den Redefluss zu unterbrechen. Nach-

dem er das Thema „das entlastet ungeheuer“ an einem Beispiel expliziert hat, fragt die Interviewerin nach, ob es bei „gesund leben lernen“ für Hebammen im Kontakt mit Frauen um ein ähnliches Erleben geht. Auf der Ebene der Interaktion tritt Irritation auf, die Nachfrage der Interviewerin führt zu einer Nachfrage von S 6, auf die die Interviewerin zustimmend antwortet. Dann beantwortet S 6 mit einer Proposition: Was sich in Supervision zeigt, das ist oft eine Spiegelung, das heißt die Familienhebammen empfinden Ähnliches wie die Frauen. Im weiteren Verlauf wendet sich das Gespräch dem Thema Belastung zu. Es wird expliziert, wie das von Hebammen in Supervision zum Thema machen.

„gesund leben lernen im Beruf“ wird durch den negativen Horizont der Belastung in beruflichen Situationen gekennzeichnet. Erfahrungen der Entlastung im Rahmen von Supervision bilden den positiven Horizont.

Die Expertise von S 6 bezieht sich auf Situationen mit Familienhebammen in Gruppensupervision und mit anderen Teams im sozialen Feld. Situationen des beruflichen Alltags von Familienhebammen werden von S 6 im Interview mit Einfühlung darstellend in Szenen gesetzt und gestaltet. S 6 demonstriert sein methodisches Vorgehen in der Situation des Interviews und präsentiert sich als erfahrener Experte und Kollege.

Interview mit S 7

Nach einer Pause thematisiert die Interviewerin „gesund leben lernen“. Sie argumentiert mit Propositionen, die sie als ihre Meinung kennzeichnet. Erste Proposition ist: Hebammen begleiten schwangere Frauen im „gesund leben“. Zweite Proposition ist: Hebammen müssen selbst eine Vorstellung davon entwickeln, wie sie „gesund leben im Beruf“ verwirklichen können. Diese Proposition kommentiert S 7 mit „aha“. Dritte Proposition von I ist: Supervision könnte ein Instrument sein, das das Gelingen von „gesund leben im Beruf“ unterstützt. Die dritte Proposition wird von der Interviewerin im Konjunktiv formuliert und als eine Form der indirekten Anrufung genutzt, ohne eine Frage zu formulieren oder sich an S 7 zu richten. Die Interviewerin kennzeichnet ihre Ausführungen mit „eine Meinung“, zu der S 7 gebeten wird, sich dazu zu äußern.

Auf der Ebene der Interaktion führt das zu einer Frage durch S 7. Sie fragt: „Was meinen Sie mit gesund leben?“ Die Interviewerin elaboriert zu „gesund leben“ und kennzeichnet ihre Sichtweise mit „langfristig und gern im Beruf arbeiten“, verwendet „Gefühl von Überstressung oder Anspannung“ als Gegenhorizont und expliziert „Erreichbarkeit“ als Anforderungen des Hebammenberufs. Als der Begriff „Grenzziehungen in der Rollenentwicklung“ fällt, setzt S 7 ein und weist auf „Generativität oder demographischer Wandel“ hin. Auf der Ebene der Interaktion ist mit der Setzung von Fachbegriffen eine Grenzziehung zwischen den Gesprächspartnerinnen erfolgt.

S 7 beginnt mit einer differenzierenden Elaboration zu Belastungsgrenzen von Hebammen im Allgemeinen und von Hebammen, die älter werden. Eine ständige und umfassende Erreichbarkeit durch Abruf wird ebenso thematisiert wie Bezahlbarkeit von Hebammenleistungen und ausreichende Finanzierung von institutionellen Strukturen, die S 7 im Kontext von Geburtshäusern expliziert. Sie kennzeichnet ein „Spannungsfeld zwischen Anspruch und Struktur“ und weist auf „Dramen“ hin, die sich in diesem Feld abspielen. Sie führt das aus am Beispiel der Zusage ständiger Erreichbarkeit einer bestimmten Hebamme während der gesamten Schwangerschaft und Geburt, die in Geburtshäusern häufig als Standard festgesetzt wird, und bewertet das. Erste Pro-

position ist: Diese Zusage ist unmenschlich und stellt auch ein Risiko für die Geburt dar. Zweite Proposition ist: Grenzen, die sich als Überlastungen der begleitenden Hebamme zeigen, sind anzuerkennen, um Risiken bei Geburten entgegen zu wirken. Mit der Verbindung zu Geburtsrisiken in der Hebammenarbeit schließt S 7 an öffentliche Diskurse zur Berufshaftpflichtversicherung an, ohne das auszuführen. Anschlussproposition ist: Bei Überlastung der begleitenden Hebamme ist die Geburt risikohaft.

Auf der Ebene der Interaktion zeigt sich Dynamik zwischen der Interviewerin und S 7. Es ergibt sich ein Spiel des Sprechens mit Kraft und Schnelligkeit. Im Verlauf des Interviews sind Orientierungen bereits als gemeinsame Basis verhandelt worden. In dieser Textpassage werden Propositionen aufeinander bezogen und mit Eingrenzungen und Abgrenzungen differenziert. In den Sichtweisen von S 7 und der Interviewerin auf berufliche Praxen von Hebammen zeigen sich Hinweise auf einen gemeinsamen Erfahrungsraum.

„gesund leben lernen“ wird in Verbindung mit einem Spannungsfeld zwischen „Anspruch und Struktur“ gesehen. Als negativer Horizont wird „Risiko vermeiden“ und „unmenschlichen Zusagen“ auf Anrufungen und als positiver Horizont „Überlastung anerkennen“ gekennzeichnet.

4.7.3 Steckbriefe zu „gesund leben lernen“

Um die Fokussierung auf „gesund leben lernen“ herauszuarbeiten, werden im Folgenden Steckbriefe dazu aus den einzelnen Textpassagen formuliert, die Sichtweisen zu „gesund leben lernen“ verdichten. In der folgenden Darstellung bleibt auch hier der Bezug zu einzelnen Interviewpartner_innen durch die Nummerierung der Steckbriefe nachvollziehbar und am Material orientiert. Steckbrief 1 ist zum Beispiel aus Textpassagen des Interviews mit S 1 entwickelt.

Steckbrief 1

(Interview mit S 1)

„gesund leben“ wird im Kontext von beruflicher Selbstständigkeit entwickelt. Der Fokus ist gerichtet auf Probleme in der Selbstständigkeit und das, was krank machen könnte. Als Elemente dafür werden Termine und solche Geschichten identifiziert, die sich mit Erwartungen und Anforderungen von ständiger Erreichbarkeit und Termindruck verbinden. Wenn der Beruf als eine Berufung verstanden wird, verstärkt sich die Problematik.

Am Beispiel des Rechnungen-Schreibens wird die Wirkung von Emotionen aufgezeigt. Geld für berufliche Tätigkeiten zu fordern, kann als Freude oder als Verrat verstanden werden. Die Vernunft sagt, dass mit beruflicher Tätigkeit Geld verdient wird, dass eine Bezahlung berechtigt ist und im Hebammenberuf zu gering ist. Wenn der Hebammenberuf als Berufung gesehen wird, ergibt sich durch die Forderung nach angemessener Bezahlung ein Konflikt mit berufsethischen Regeln, ein Spannungsfeld auf normativer Ebene.

Ausbeutung durch niedrige Bezahlung und mangelnde Anerkennung der Tätigkeit gehören zur beruflichen Situation als Hebamme oder Familienhebamme. Selbstausbeutung und dauerhafte Überlastungen im Beruf sind die Folge. Innehalten oder Begrenzen beruflicher Tätigkeiten fallen schwer. Administrative Tätigkeiten wie „Schreibkram“ kommen zur Arbeit am Menschen hinzu. In der Selbstständigkeit „droht der Stapel des Schreibkrams zu brechen“, das Einkommen ist

jedoch nicht gesichert. In angestellter Tätigkeit gibt es Druck durch spezifische Erwartung und Anweisungen zur Ausführung der Tätigkeiten von Hebammen. Ausbeutung, Selbstaussbeutung und prekäre Lebenssituation kennzeichnen dauerhaft die Berufssituation von Hebammen und Familienhebammen. Umfassende Arbeitszeiten mit 24-Stunden-Diensten an 365 Tagen im Jahr kommen ebenso hinzu wie die Erschwernis durch Berufung. Der gefühlte Stress ist ausschlaggebend, nicht der tatsächliche.

Auch wenn Veränderungen wahrnehmbar sind, brauchen Hebammen Raum für Lernprozesse, sich mit einer Unterscheidung von Beruf und Berufung auseinander zu setzen. Mit Supervision können diese Lernprozesse gelingen, in Supervision gelingen sie auch.

„gesund leben lernen“ heißt, sich zu Normen und Normalität in Bezug zu setzen und einen Platz zu finden als „selbstständig“.

Steckbrief 2

(Interview mit S 2)

„gesund leben im Beruf“ heißt berufliche Identität zu entwickeln, die sich mit Erleben von Freude in und an der beruflichen Tätigkeit verbindet, die beflügelt und trägt.

Die Berufsausübung als Hebamme erfolgt unter strukturellen Bedingungen. Diese Rahmung ist durch unterschiedliche Ebenen und Reichweiten gekennzeichnet. „gesund leben im Beruf“ ist daran gebunden, Spielräume zu erkennen und auszugestalten. Abläufe auf unterschiedlichen Ebenen sind dafür einzubeziehen. Eine Bedrohung der beruflichen Identität und ein berufliches Leben in ständiger Gefährdung führen zu Belastungen und mindern Kräfte und Ressourcen. Sozialer und ökonomischer Wandel ist mit diesen Bedrohungen verbunden.

Das gilt auch für den Hebammenberuf, da es dort immer wieder um existenzielle Bedrohung des Berufsstandes kommt. Situationen der Gefährdung sind von Dauer und wiederholen sich. Verschiebungen von Arbeitsschwerpunkten auf der Ebene der einzelnen Person führen unter diesen strukturellen Rahmenbedingungen nur zu eingeschränkten Lösungen. Die Frage, wie berufliche Kräfte unter diesen Rahmenbedingungen erhalten werden können, bleibt offen.

Steckbrief 3

(Interview mit S 3)

Supervision kann Hebammen vermitteln, gesund leben im Beruf zu lernen. Dazu gehört: sich selbst wahrnehmen, eigene Grenzen realisieren und für sich sorgen. „Gesund leben“ wird sichtbar durch Vorleben, ohne es zu thematisieren. Es geht darum, immer wieder im Alltag zu realisieren, dass es nötig ist, Pausen zu machen, sich zu begrenzen und zu akzeptieren, dass die Umsetzung nicht an jedem Tag und in jeder Situation gelingt.

Hebammen haben in ihrer beruflichen Sozialisation Muster des Denkens und Handelns entwickelt. Basis ihrer Motivation sind moralisch-ethische Prinzipien wie: Fürsorge für andere wird vor die Sorge für die eigene Person gestellt und Selbstfürsorge steht für negativen Egoismus. Das erfordert in Supervision einen Gegenhorizont, der damit arbeitet, dass Konfrontationen mit Erwartungen und Grenzüberschreitungen zur beruflichen Alltagsnormalität gehören und erst die Selbstsorge zu guter Arbeit als Hebamme oder Familienhebammen führt.

Spannungen zwischen erlernten Prinzipien und dem Erleben von Wirklichkeit des berufli-

chen Alltags führen zu Konflikten. Selbstreflexion stellt einen Weg zur Lösung dieser Spannungen und Konflikte dar. Praktisches Tun und Einüben in Alltagssituationen ist erforderlich, denn Wissen und Reden allein erweist sich nicht als hinreichend. Insbesondere Gruppensupervisionen unterstützen es, eigene Bedürfnisse zu erkennen und Forderungen legitimieren zu können, indem die Möglichkeit einer Bezugnahme auf Rechte oder Legitimierungen durch andere Personen gegeben ist.

Zu „gesund leben lernen“ gehört Ernsthaftigkeit auf der Ebene von Selbstwahrnehmung sowie Heiterkeit und Humor auf der Ebene von Reflexion und Selbstreflexion.

Steckbrief 4

(Interview mit S 4)

„gesund leben lernen“ wird auf die Begriffe Gesunderhalt und Gesundheitssorge gebracht und mit „Fürsorge“ und „Sorge um“ verbunden. Die Erläuterung dazu ist: miteinander achtsam umzugehen, gut auf sich zu schauen, es im Bewusstsein zu haben, es zu leben. Im Beruf heißt das auch, auf sich zu achten und im beruflichen Alltag für sich zu sorgen. Denn in diesem Umfeld wirken strukturelle Rahmenbedingungen und emotionale Dynamik. Machtspiele im Beruf und in beruflichen Beziehungen können „Menschen zerreißen und kaputt machen“.

Gegenhorizonte zu „gesund leben“ werden skizziert mit: keine Zeit haben, um miteinander zu reden. Im beruflichen Alltag erschweren räumliche Entfernungen zu Kolleginnen die Kommunikation. Bei Treffen zwischen Tür und Angel ist keine Ruhe zur Entwicklung von Ideen gegeben.

Es muss Orte geben oder es müssen Orte geschaffen werden, wo Gespräche und Kommunikation ungestört stattfinden können. Diese Orte müssen zur Verfügung stehen, bevor Dynamik sich in Konflikten ausdrückt und Machtspiele zerstörerisch wirken. Es muss früh genug gesundheitsfördernd angesetzt werden. Denn emotionale Verstrickungen haben Folgekosten, machen auf Dauer krank, wenn zu lange gewartet wird, ohne dass Raum für verändernde Lösungen gegeben ist. Frauen müssen, mehr als andere, auf sich schauen, dass sie gut leben können. Achtsam mit ihren Beziehungen zu sein, dass sie nicht kaputt gehen, das wird als entscheidend angesehen.

Steckbrief 5

(Interview mit S 5)

Im Hinblick auf Hebammen selbst bedeutet „gesund leben lernen“ über den beruflichen Alltag als Hebamme nachzudenken und zu reflektieren, warum man etwas macht, was belastend ist, wo Veränderungsbedarf und Wünsche bestehen.

Gesundheitsfürsorge bedeutet, schwierige Situationen, die belastend sind, weg reden und ablegen zu können. Gesundheitsfürsorge bedeutet auch, an manchen Punkten etwas zu drehen, wo es fest sitzt, Perspektiven zu öffnen, Luft zu kriegen und Druck weg zu haben. Begleitende Reflexion in unterschiedlichen Settings ermöglicht Beweglichkeit im Umgang mit Normen und ist stressreduzierend.

Im Übergang aus angestellter Tätigkeit in der Klinik in freiberufliche Tätigkeit als Hebamme können Einstiegsseminare helfen, in denen auch Supervision stattfindet und die vom Hebammenverband organisiert werden. Mögliche Themen dafür sind: Tücken in der beruflichen Anfangssituation der Freiberuflichkeit und Arbeitsplanung. Für Tätigkeiten im Kreißaal ist die ständige

Reflexion des Verhältnisses zwischen Arzt_innen und Hebamme angezeigt.

Im Hinblick auf Frauen, die begleitet werden, bedeutet „gesund leben lernen“, dass Hebammen in den Blick nehmen, dass sie diejenigen sind, die Frauen zeigen, wie es mit dem gesunden Leben gehen könnte. Für Hebammen ist ein Perspektivwechsel erforderlich, um hinzugucken, wie eine Frau lebt, welche Spannungen sie hat und wie sie damit umgeht, wie ihr biografischer Hintergrund ist und welche Belastungen abgefedert werden müssen.

In der Alltagspraxis geht es um Fragen, wie eine Frau das Rauchen reduziert kriegt, wenn sie stillt, oder wie es einen rauchfreien Raum für das Kind geben kann. Es geht um die Klärung von Ernährungsfragen und wie es einer Frau mit ihrem Körper und ihrer Seele geht. Die Grundversorgung ist durch Hebammen zu leisten und in schwierigen Situationen ein bisschen gesünderes Umfeld zu schaffen.

Steckbrief 6

(Interview mit S 6)

Belastende Situationen, ob in familiärem oder beruflichem Kontext, werden ähnlich erlebt. Das ist eine Gemeinsamkeit zwischen Familienhebammen und den Frauen, die sie begleiten.

„gesund leben lernen“ kann in Supervision mit Hebammen oder Familienhebammen zur Begleitung beruflicher Situationen stattfinden. Die berufliche Situation ist gekennzeichnet durch intensiven Kontakt mit Frauen und Familien in ihrem Lebensraum und wird oft als belastend erlebt. Es gibt wenig Raum und Zeit im beruflichen Alltag, Belastungen benennen und ansprechen zu dürfen.

Supervision ist ein geeigneter Ort, wo belastende Situationen benannt werden können, wo Belastungen zum Ausdruck gebracht werden können, wo hohe Emotionalität mit Weinen ihren Platz findet, etwas raus kommen kann und wo Erleben von Veränderungen möglich wird. Die Veränderungen vollziehen sich auf körperlicher Ebene, in der Haltung, im Gesichtsausdruck, im Denken und Handeln. Ein „raus aus dem Tunnel“ gibt den Blick frei, Handlungsfähigkeit wächst.

Gruppensupervisionen bieten in spezifischer Weise ein Erleben von „Wir“, ein Teilen von Lasten und normativen Haltungen, eine Entwicklung durch Rückmeldungen und Solidarisierungen mit Kolleginnen in der Gemeinschaft einer solchen Gruppe und können „gesund leben lernen“ von Hebammen verstärken.

Steckbrief 7

(Interview mit S 7)

Von der Interviewerin wird Bezug genommen auf Gestalten des Lebens und des beruflichen Lebens. Es geht um Hebammen in ihrem Beruf. Sie begleiten Frauen vor, während und nach der Geburt darin, „gesund zu leben“. Sie müssen selbst Vorstellungen davon entwickeln, wie sie „gesund leben im Beruf“ verwirklichen können. Indizien für „gesund leben“ sind langfristige Berufstätigkeit als Hebamme, Freude an der Berufsausübung und die berufliche Tätigkeit so zu organisieren, dass sie ohne Gefühle der Anspannung und Überstressung machbar bleibt. Subjektive Gestaltungsspielräume der beruflichen Tätigkeit einer Hebamme werden in den Fokus gerückt. Supervision kann das Gelingen von „gesund leben im Beruf“ unterstützen. Das sind Sichtweisen der Interviewerin, die sie als solche kennzeichnet, und an ihre Interviewpartnerin als mögliche

gemeinsame Orientierungen heranträgt.

Die Sichtweise der Interviewpartnerin auf „gesund leben lernen im Beruf“ nimmt Strukturen, Rahmenbedingungen und spezifischen beruflichen Kontexten in den Fokus. Als Aspekte werden demografische Veränderungen, Belastungen, die durch ein Älter-Werden im Beruf entstehen, der Anspruch nach ständiger Erreichbarkeit und die Zusage durch Hebammen, dies zu garantieren, gekennzeichnet. Unzureichende Bezahlung im Hebammenberuf und für die Finanzierung institutioneller Zusammenschlüsse in Hebammenpraxen oder Geburtshäusern kommen hinzu. Berufliche Anforderungen und strukturelle Bedingungen stehen in einem Spannungsverhältnis, das individuell zu Konflikten und Überlastungen führen kann. Grenzen anzuerkennen, ist eine Lösung, um gesundheitliche Risiken zu minimieren.

4.8 „gesund leben lernen“ – Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen

Die Steckbriefe zu „gesund leben lernen“, die sich aus dem Material der Interviews mit Supervisor_innen ergeben, sind Sichtweisen auf „gesund leben lernen“ in beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen. Die Erkenntnisse aus den Sichtweisen dieser Interviewpartner_innen fließen in die Vorbereitung der Fokusgruppe ebenso ein wie die Erkenntnisse aus dem Material der Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen. Beide Materialien erschließen ergänzend „gesund leben lernen“ aus unterschiedlichen Perspektiven.

Nach Auswertung der Interviews mit Supervisor_innen werden Erkenntnisse zu „gesund leben lernen“ im Rahmen der geplanten Fokusgruppe (vgl. Teil B Kapitel 5) ausgebaut. In der Auswertung einer Gruppendiskussion mit Hebammen oder Familienhebammen wird folgenden Fragen nachzugehen sein:

Welche Sichtweisen auf „gesund leben lernen im Beruf“ zeigen sich dort?

Wie ergänzen diese Sichtweisen Erkenntnissen der bisherigen Auswertung der Materialien?

In einen weiteren Schritt der Auswertung wird es darum gehen, Erkenntnisse aus den unterschiedlichen empirischen Bausteinen des Forschungsprojektes (vgl. Teil B Kapitel 2, Kapitel 3, Kapitel 4 und Kapitel 5) einzubeziehen. Sichtweisen der Interviewpartner_innen, die über ihre Erfahrungen mit der Hebammen oder Familienhebammen sprechen, sind mit Sichtweisen von Hebammen und Familienhebammen, die über ihre beruflichen Praxen sprechen, in Verbindung zu setzen. Es ist nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Orientierungen für berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zu suchen. Selbstbilder und Fremdbilder können sich ähneln oder differieren, im „Hinblick auf Hebammen“ ergänzen sich die Perspektiven der Materialien der einzelnen empirischen Bausteine des Forschungsprojektes. Eine vergleichende Analyse der Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, die sich die Materialien übergreifend zeigen, wird bisherige Erkenntnisse ergänzen, auch die Erkenntnisse zu „gesund leben“ und „gesund leben lernen im Beruf“ können in einem weiteren Auswertungsschritt verdichtet werden (vgl. Teil C).

5. Baustein Fokusgruppe „gesund leben lernen – wie?“

5.1 Überlegungen zum Vorgehen

Ausgewählte Erkenntnisse aus den Interviews mit den Hebammen oder Familienhebammen sowie den Interviews mit den Supervisor_innen, die berufliche Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen haben, werden im Rahmen einer Fokusgruppe vorgestellt und von Hebammen oder Familienhebammen diskutiert. Im Forschungsprozess geht es mit diesem Schritt nicht um die Gewinnung neuen Materials, sondern um eine ergänzende Perspektive auf bereits erhobene Materialien und Erkenntnisse.

Eine Fokusgruppe ist ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird (vgl. Schulz, Mack, Renn 2012). Methodisch ist die Durchführung und Auswertung einer entsprechenden Fokusgruppe geeignet, die angestrebte ergänzende Perspektive zu entwickeln. Zur Begründung wird im Folgenden auf die Ausführungen von Flick Bezug genommen. (vgl. Flick 2007, S. 250 – 267).

Nach Flick haben Fokusgruppen als Gruppendiskussionsverfahren einen Akzent auf interaktiven Aspekten der Datensammlung und werden als nützlich angesehen (ebenda S. 260) um „sich im Feld zu orientieren, Hypothesen auf der Basis von Einsichten von Informanten zu generieren, unterschiedliche Forschungsfelder oder Populationen einzuschätzen, Interviewleitfäden oder Fragebögen zu entwickeln, Interpretationen von Ergebnissen durch die Teilnehmer zu erhalten.“ Insbesondere der letzte Punkt ist ein Argument für die Wahl des methodischen Schrittes im Prozess des Forschungsprojektes und die Durchführung einer Fokusgruppe. Die Verwendung dieser Methode im Forschungsprozess ist an Voraussetzungen geknüpft wie „ein zirkuläres Konzept des Forschungsprozesses“ und „eine interaktionistische Perspektive“ (wie ein Gegenstand in einer Gruppe diskutiert, hergestellt und verändert wird). Beide Voraussetzungen sind in diesem Forschungsprojekt erfüllt.

Nach Flick werden in Fokusgruppen möglichst viele unterschiedliche Facetten eines Themas zur Sprache gebracht, die Diskussion wird als neue Strukturierung und Konstruktion von Wirklichkeit und die Zusammenstellung von Aussagen als deren extensive Interpretation verstanden. In der Interaktion und Dynamik zwischen den Beteiligten wird ein Beitrag zu dem in der Datensammlung produzierten Wissen gesehen. Fokusgruppen können auch als Partizipationsverfahren eingesetzt werden. Auch diese Aspekte haben für das Forschungsprojekt Gültigkeit.

Für die Verwendung von Fokusgruppen gibt es nach Flick zwei mögliche Zeitpunkte im Forschungsprozess: während einer Studie zur Interpretation von Ergebnissen oder am Ende einer Studie zur Präsentation der Ergebnisse der relevanten Zielgruppe. In diesem Forschungsprojekt geht es bei der Durchführung der Fokusgruppe um die Interpretation von Ergebnissen, die in Ergänzung zu bereits gewonnenen Erkenntnissen erneut in den Forschungsprozess einfließen werden.

Stärken von Fokusgruppen werden nach Flick darin gesehen, dass sie Diskussionen erzeugen, Lesarten von Bedeutungen sichtbar machen und wie sie in der Diskussion ausgehandelt werden, sowie soziale Dynamik einer Meinungsbildung nachvollziehbar machen. Die angeführten Stärken werden für weiterführende Erkenntnisse im Forschungsprozess als zielführend angesehen. Die Grenzen der Methode liegen nach Flick in der Vergleichbarkeit von Gruppen und

dem Aufwand bei der Durchführung und Auswertung. Die Anzahl der durchzuführenden Fokusgruppen hängt von der Fragestellung ab. Aufgrund der Fülle der bereits vorhandenen Materialien und organisatorischen Problemstellungen, die sich in der Vorbereitung ergeben haben und noch dargestellt werden, wird in dem Forschungsprojekt letztendlich eine Fokusgruppe durchgeführt. Die angeführten Grenzen der Methode treten insofern zurück.

Für die Zusammensetzung einer Fokusgruppe wird von Flick eine Anzahl sechs bis zwölf Personen vorgeschlagen. Die Zusammensetzung der Gruppe sollte so heterogen wie möglich sein mit Menschen, die sich nicht gut kennen, ggf. können anschließend weitere Fokusgruppen durchgeführt werden, die stärker homogen zusammengesetzt sind. Das Sampling kann sich auf die Art der einzubeziehenden Gruppen oder auf Eigenschaften einzelner Mitglieder beziehen. In diesem Forschungsprojekt wird es bei der Homogenität um die Art der einzubeziehenden Gruppe in Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe gehen.

Fokusgruppen werden moderiert. Dazu wird von Flick der Hinweis gegeben, dass der Diskussion unter geringster Störung der Eigeninitiative der Teilnehmer_innen möglichst freier Spielraum gelassen und ein Austausch von Argumenten in Gang gehalten wird. Nach einer Anwärmphase wird ein Eröffnungs-Impuls für die Diskussion gegeben, durch die Moderation erfolgen keine eigenen inhaltlichen Stellungnahmen. Eine Fokusgruppe kann zwischen 90 Minuten und drei Stunden dauern.

Der Verlauf einer Fokusgruppe wird mit einer Audioaufzeichnung und einem ergänzenden schriftlichen Protokoll dokumentiert. Anschließend erfolgt eine Transkription. Für die Auswertung schlägt Flick Zusammenfassungen der Inhalte der Diskussion, systematische Kodierungen oder Inhaltsanalysen sowie eine Analyse der Interaktion vor.

5.2 Vorbereitung einer Fokusgruppe

Für den empirischen Teil des Forschungsprojektes sind unterschiedliche Materialien zusammengestellt oder erhoben und anschließend ausgewertet worden. Als Materialien wurden Dokumente zur Aus- und Fortbildung von Hebammen genutzt, Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen sowie Interviews mit Supervisor_innen, die Erfahrungen mit Hebammen in Supervisionsprozessen haben, als Materialien aufbereitet und jeweils in mehreren Schritten ausgewertet. Den Abschluss der Auswertung jeder einzelnen Art von Material bilden Überlegungen zur Vorbereitung einer Fokusgruppe, die noch einmal Erkenntnisse zum Ziel haben, die ergänzend und verbindend erneut aus Perspektive von Hebammen in den Blick genommen werden. Im Folgenden werden diese Überlegungen, die sich aus der separaten Auswertung eines Materials ergeben, noch einmal zusammengefasst, ehe die Vorbereitung und Durchführung der konkreten Fokusgruppe dargestellt wird.

5.2.1 Überlegungen nach Auswertung der Dokumente

Die sieben vorgestellten Dokumente zur Ausbildung als Hebamme und Fortbildung als Familienhebamme sind zu unterschiedlichen Zeiten entstanden und verfolgen unterschiedliche Ziel-

setzungen. Insofern sind Einschränkungen in der Vergleichbarkeit gegeben. Trotzdem erscheint es in diesem Zusammenhang lohnenswert, einigen Aspekten vergleichend und kontrastierend nachzugehen. Die Auswertung dieses Materials wird in der Orientierung mit folgenden Fragen umrissen:

Wie wird Qualifizierung beschrieben?

Wie wird Kompetenz für berufliche Handlungsanforderungen konkret gefasst?

Wie werden personale Kompetenzen, insbesondere Selbstkompetenz, bewertet für eine Bewältigung beruflicher Handlungsanforderungen?

Das derzeit gültige Hebammengesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind Mitte der 80-er Jahre mit späteren Anpassungsänderungen beschlossen worden. Das Gesetz und die zugehörige Verordnung regeln die Ausbildung und Ausübung der Hebammentätigkeit als Beruf.

Die Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW sind 2005, das Rahmencurriculum des Deutschen Hebammenverbandes 2008 veröffentlicht worden. In beiden Dokumenten wird eine Neuausrichtung beruflicher Qualifizierung im Gesundheitsfachberuf Hebamme verfolgt. Bologna- und Kopenhagen-Prozess auf europäischer Ebene spielen dafür eine Rolle. Für die Initiative zur Erstellung dieser Dokumente ist die Anschlussfähigkeit der Qualifikation ein wichtiger Aspekt.

Ab 2012 wird mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen eine weitere Qualifizierungsinitiative angestoßen, diesmal für einen Teilbereich der Tätigkeiten mit spezifischer Zielsetzung als Familienhebamme. Die zur Auswertung ausgewählten Dokumente sind in Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen zwischen Berufsverbänden und staatlichen Stellen entstanden. Das Kompetenzprofil „Familienhebamme“ des NZFH ist 2014 publiziert worden, in der Nachfolge sind auf Länderebene dann Landescurricula zur Qualifizierung von Familienhebammen und FGKiKV in Hessen und NRW 2014/15 entwickelt worden. Motor für diese Initiativen ist das fachliche Bemühen um einheitliche Qualität der Leistungen für Familien im Kontext von Kinder- und Jugendhilfe und eine Regelung des Fördergeschehens im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

Der Wandel von Gesundheitsfachberufen spiegelt sich in Intentionen und pädagogischen Einbettungen einzelner Dokumente wieder. Es zeigt sich eine Entwicklung hin zu Kompetenzprofilen und detaillierten Tätigkeitsbeschreibungen für spezifische Berufe und Tätigkeitsfelder. Transparenz und Vergleichbarkeit von Ausbildungsgängen im europäischen Wirtschaftsraum und Akademisierung der Pflege und des Hebammenwesens in Deutschland erfordern Anpassungen in Aus- und Fortbildung. In diesen Dokumenten sind Hinweise auf modulare Lerneinheiten, Kompetenzorientierung und Ermöglichungsdidaktik zu finden als Spuren pädagogischer Diskurse in der Erwachsenenbildung.

Das gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit und Gestaltungsrechten der Adressatinnen gesundheitsbezogener Leistungen hat sich verändert. Dies wird ersichtlich, wenn man die Formulierungen im Hebammengesetz bzw. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit Formulierungen in später veröffentlichten Dokumenten vergleichend in Beziehung setzt. Tätigkeitsbeschreibungen von Hebammen bzw. Familienhebammen wechseln von Überwachung und Kontrolle zu Beratung und Begleitung. Aber auch in späteren Dokumenten sind dazu Bruchstellen in Formulierungen zu finden. In der Interaktion bleibt das Thema Gesundheit im Spannungsfeld sozialer und gesellschaftlicher Rahmung mit zeitlicher Dimension verortet.

Mit der Kompetenzorientierung von beruflicher Qualifizierung sind auch personale Kom-

petenzen in den Fokus für berufliches Handeln gerückt. In einigen Dokumenten wird der Erwerb personaler Kompetenzen in direkten Bezug zu spezifischen beruflichen Handlungsanforderungen gesetzt. Entwicklung von Reflexionsfähigkeit erhält einen neuen Stellenwert.

Als These wird formuliert, dass der Erwerb von Selbstkompetenz in beruflichen Qualifizierungen in der Wertigkeit für berufliche Handlungsanforderungen weiterhin unterschätzt und insofern in den vorgestellten Curricula auch nur bedingt bedient wird. Diesem Aspekt könnte in der Auswertung einer Fokusgruppe ergänzend nachgegangen werden.

5.2.2 Überlegungen nach Auswertung der Interviews mit Hebammen

Die Basis bilden neun Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen. In diesem Material wird sichtbar, wie Hebammen Frauen in der biographischen Phase rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit mit dem Kind wahrnehmen. In der Auswertung vermittelt sich ein Einblick, welche Rolle Wahrnehmungen von Veränderungen des weiblichen Körpers in diesem Entwicklungsprozess spielen. Auch hier ergeben sich Anhaltspunkte für Sichtweisen und Orientierungen der Interviewpartnerinnen, wie „gesund leben“ und „gesund leben lernen“ von ihnen in der beruflichen Tätigkeit gefüllt und mit Frauen kommuniziert wird, die sie als Hebamme oder Familienhebamme begleiten. Die Perspektive dieses Materials orientiert sich an folgenden Fragen:

Wie entwickeln sich Lernprozesse im und für Hebammenalltag?

Wie wird „Reflexion“ und „Selbstreflexion“ gerahmt und bewertet?

Wie wird der Zusammenhang zwischen Wahl des Formats für Kompetenz- und Qualitätsentwicklung und eigener Kontextrahmung geschildert?

Welche Füllung wird „gesund leben lernen im Hebammenberuf“ gegeben?

Im Material gibt es Hinweise, wie Hebammen ihre eigenen Erfahrungen mit dieser biographischen Lebensphase und mit „gesund leben lernen“ beschreiben und wie sie Verbindungen zu ihrer beruflichen Tätigkeit herstellen. Es zeigen sich aber auch unterschiedliche Facetten des Hebammenberufs sowie Strukturen der Ausbildung, der Organisation des beruflichen Alltags, der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Qualitätssicherung im Hebammenberuf. Unabhängig von persönlicher Gewichtung einzelner Interviewpartnerinnen sind hiermit Aspekte angesprochen, die in der aktuellen gesellschaftlichen Situation, im öffentlichen Diskurs um die berufliche Situation von Hebammen eine vorrangige Rolle spielen.

Da Erkenntnisse aus diesem Material detailliert und ausführlich an anderer Stelle (vgl. Teil B Kapitel 3) dargestellt sind, erfolgt hier nur eine komprimierende Zuspitzung in Hinblick auf die Vorbereitung einer Fokusgruppe.

Sichtweisen und Handlungspraxen von Hebammen zeigen sich als Bewegungen in Spannungsfeldern. Zu „gesund leben lernen“ ist die These, dass in einer Gruppendiskussion berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen als interpretierbare Bewegungsfiguren sichtbar werden. Für die Vorbereitung einer Fokusgruppe werden diese Aspekte unter Einbeziehung der Standortgebundenheit der Forscherin zu Qualitätsentwicklung aufgenommen. Die Auswertung ist auf ergänzende Erkenntnissen gerichtet und an folgenden Fragen orientiert:

Wie entwickeln sich Sichtweisen und Handlungspraxen am Beispiel „gesund leben“?

Wie wird „gesund leben lernen im Beruf“ sichtbar?

5.2.3 Überlegungen nach Auswertung der Interviews mit Supervisor_innen

Die Basis bilden sieben Interviews mit Supervisor_innen, die berufliche Erfahrungen mit der Berufsgruppe von Hebammen haben. Dieses Material verdeutlicht, welche Erfahrungen in der supervisorischen Begleitung von Hebammen oder Familienhebammen gemacht und wie diese einschätzt bzw. bewertet werden. Es geht um Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, die sich in diesem Material zeigen. Die Perspektive lässt sich mit folgenden Fragen verdeutlichen:

Wie entwickeln sich Lernprozesse im und für Hebammenalltag?

Wie wird „Reflexion“ und „Selbstreflexion“ gerahmt und bewertet?

Welche Begründungen für Entscheidung zur Kompetenz- und Qualitätsentwicklung mit Supervision werden geschildert?

Welche Füllung wird „gesund leben lernen im Hebammenberuf“ gegeben?

Im Material zeigen sich berufliche Praxen von Hebammen und Familienhebammen in einer Art Spiegelung durch Ausführungen von Supervisor_innen dazu. In Supervisionsprozessen werden berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen in unterschiedlichen strukturellen Kontexten in vielschichtiger Vielfalt sichtbar.

Supervisor_innen schauen aus einer spezifischen Perspektive auf berufliche Alltagssituationen von Hebammen. Diese Sichtweisen und Orientierungen können Differenzen aufweisen zu Sichtweisen und Orientierungen von Hebammen oder Familienhebammen selbst oder zu Sichtweisen und Orientierungen, die sich aus der Standortgebundenheit der Forscherin ergeben. Unter Berücksichtigung dieses Aspektes ermöglicht das Material einen Erkenntnisprozess zu Unterschieden und Ähnlichkeiten in Relation zum Kontext, der Erkenntnisse aus den jeweils anderen Materialien des Forschungsprojektes ergänzen und anreichern kann (vgl. Teil C).

Für Supervisor_innen geht Qualitätsentwicklung einer beruflichen Tätigkeit mit Entwicklung beruflicher Kompetenz einher, die an die Fähigkeit zur Reflexion und Selbstreflexion gebunden ist. Die Rahmung Supervision als Beratungsformat und Lernsetting fördert Kompetenz- und Qualitätsentwicklung im Beruf. Die Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen weisen auf Bewegungen in Spannungsfeldern hin. Für die Vorbereitung einer Fokusgruppe schließen sich folgende Fragen an:

In welchen Spannungsfeldern ergeben sich welche Bewegungen?

Wie ergeben sich Lernprozesse?

Da Erkenntnisse dazu (vgl. Teil B Kapitel 4) bereits dargestellt worden sind, erfolgt hier nur eine komprimierende Zuspitzung in Hinblick auf die Vorbereitung einer Fokusgruppe. Im Zusammenhang mit „gesund leben lernen im Beruf“ werden im Material Begriffe wie „Selbstfürsorge“ und „Gesundheitsförderung im Beruf“ verwendet, die Qualitätsentwicklung eine spezifische Wendung und Gewichtung gegeben und unter Bezugnahme auf die Standortgebundenheit der Forscherin (vgl. Teil A Kapitel 6) zu folgenden Fragen führen:

Wird „gesund leben lernen“ als weitere Anforderung erlebt?

Wird „gesund leben lernen“ als Belastungsmanagement verstanden?

Wie wirkt Solidarisierung möglicherweise bei „gesund leben lernen“?

Die These ist, dass sich auch im Material der Fokusgruppe Bewegungsfiguren zu „gesund leben lernen im Beruf Hebamme“ zeigen werden. In der Auswertung dieses Materials ist dann

folgenden Fragen nachzugehen:

Wie wird „gesund leben lernen“ gefüllt? (als Anforderung oder als Lösungsvorschlag?)

Wie wird Solidarisierung in diesem Zusammenhang gesehen?

5.2.4 Entwicklung der Rahmung

Ziel der geplanten Fokusgruppe ist nicht, erneut in eine umfangreiche Materialerschließung für das Forschungsprojekt einzusteigen, sondern Erkenntnisse der Auswertung der bereits vorhandenen Materialarten zu diskutieren und durch eine weitere Perspektive zu ergänzen, die sich durch eine gemeinsame Diskussion von Hebammen und Supervisor_innen im Rahmen einer Fokusgruppe eröffnen könnte.

Diese ursprüngliche Idee muss aus organisatorischen Gründen verändert werden. Denn nach Anfragen bei fünf fachlich interessierten Supervisorinnen, die auch berufliche Erfahrungen mit Hebammen oder Familienhebammen haben, wird eine Durchführung aufgrund von zeitlicher Verfügbarkeit und nicht vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten für mögliche Anreisen als nicht realisierbar eingestuft. Ein fachliches Argument für die Veränderung ist die Empfehlung zur homogenen Zusammensetzung der Fokusgruppe, um in komplexe Fragestellungen einzusteigen. So wird eine homogene Zusammensetzung mit Hebammen oder Familienhebammen angestrebt.

Da Fokusgruppen an einen begrenzten Zeitrahmen gebunden sind, können nicht alle Fragen thematisiert werden, die sich im Forschungsprozess ergeben haben. Für die Vorbereitung einer Fokusgruppe ist eine Eingrenzung in Bezug auf Fragestellungen erforderlich. Diese Eingrenzung ist vorab zu entscheiden und festzulegen, damit im begrenzten Rahmen einer Fokusgruppe ausreichend Zeit für die Diskussion der ausgewählten Thematik gegeben ist.

Als Leitfrage für die Gruppendiskussion wird formuliert:

Wie entwickeln Hebammen eine Orientierung für ihre Lebensgestaltung und für ihr berufliches Handeln als Hebamme oder Familienhebamme, die von ihnen selbst als „gesund leben“ gekennzeichnet wird?

5.2.5 Kriterien für das Sampling

Für die Durchführung der Fokusgruppe ist geplant sechs bis acht Hebammen oder Familienhebammen als Teilnehmerinnen zu gewinnen. Die anvisierte Gruppengröße erscheint erreichbar zu sein und verspricht einen Diskussionsrahmen, in dem einzelne Stimmen ausreichend Platz haben. Um eine Teilnahme zu erleichtern, bietet sich an, die Akquise regional auszurichten, damit keine langen Anfahrtswege bestehen. Es erfolgt eine Entscheidung für zwei Städte, in denen für das Forschungsprojekt jeweils ein neutraler und geeigneter Raum zu organisieren ist. Als Kriterien für die Mitwirkung in einer Fokusgruppe werden formuliert: abgeschlossene Ausbildung als Hebamme und Berufserfahrung als Hebamme, aktuelle Berufstätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme, Berufsausübung in einer bestimmten Stadt oder deren Umland.

Um eine Teilnahme zu ermöglichen, wird der zeitliche Rahmen für die Fokusgruppe so gewählt, dass Hebammen oder Familienhebammen trotz beruflicher Auslastung eine Möglich-

keit sehen, sich zu engagieren. Die Fokusgruppe wird mit einer zeitlichen Begrenzung auf einen ca. zweistündigen Termin vorbereitet. Die Räumlichkeiten werden so gewählt, dass eine neutral-sachliche, aber angenehme Arbeitsatmosphäre gewährleistet ist und der Ort der Veranstaltung zentral gelegen und verkehrstechnisch gut erreichbar ist. Kriterien für die Rahmenbedingungen sind: ein zweistündiger Termin, an einem zentral gelegenen, gut erreichbaren Ort in der Stadt, neutrale sachliche, aber angenehme Räumlichkeit.

5.2.6 Hürden in der Vorbereitung

Für die Fokusgruppe sind erneut Hebammen als Expertinnen zu gewinnen. Anfang Januar 2016 startet eine Mail-Aktion zur Akquise von Mitwirkenden. Es werden zwei Städte mit Umgebung ausgewählt. Die dort praktizierenden Hebammen oder Familienhebammen, die im Internet zu finden sind, werden per Mail angeschrieben. Die Mail-Aktion basiert auf Listen der Hebammenverbände, der Städte oder der Pro Familia in der jeweiligen Stadt sowie einzelnen im Internet verfügbaren Adressen.

Der Inhalt der Mail besteht aus einer Anfrage zur möglichen Mitwirkung, einer kurzen Information zum Forschungsprojekt und zum Ablauf einer Fokusgruppe mit zeitlichem Rahmen, Ort, Audioaufnahme und Auswertung. Als Diskussionsthema wird die Frage aufgeworfen: Wie gelingt es Hebammen oder Familienhebammen, eine gesundheitsbezogene Lebensorientierung zu entwickeln und sie bei anderen Frauen zu fördern? Abschließend geht es um die mögliche Interessensbekundung, an einer solchen Fokusgruppe mitzuwirken.

Der Rücklauf auf diese breit angelegte Aktion erweist sich als für das Forschungsprojekt unbefriedigend. In der ersten Region sind 51 Adressen persönlich per Mail angeschrieben worden, 43 Anfragen waren per Mail zustellbar, zwei dieser zustellbaren Anfragen wurden elektronisch mit einer Absage zur Erreichbarkeit beantwortet. Weitere Reaktionen gehen auch in der Folgezeit nicht ein. In der zweiten Region sind 38 Adressen persönlich per Mail angeschrieben worden. 28 dieser Anfragen waren zustellbar, auf die zustellbaren Anfragen erfolgte eine Absage und drei Interessensbekundungen. Auf der Basis dieses Rücklaufs wird entschieden, die Vorbereitung einer Fokusgruppe in der zweiten Region fortzusetzen.

Den positiven Interessensbekundungen der Mail-Aktion wird zeitnah telefonisch nachgegangen, um konkret Mitwirkende zu gewinnen. Die einzelnen Telefonate dauern jeweils ca. fünfzehn Minuten. Leitfaden für diese Telefonate ist:

- Rückbezug auf die Mail und Nachfrage, ob Zeit für ein kurzes Gespräch ist,
- Information zu dem Forschungsprojekt und der geplanten Fokusgruppe,
- Informationen zum Ablauf der Fokusgruppe,
- mögliche Fragen zum Forschungsprojekt und zur Fokusgruppe,
- Nachfrage zur beruflichen Situation der Interessentin und zur Motivation fürs Mitmachen,
- Nachfrage, ob nach den gegebenen Informationen weiterhin Interesse besteht,
- Zeitwünsche für die Organisation der Fokusgruppe,
- Absprachen zum weiteren Vorgehen (erneuter Kontakt im März mit Terminvorschlag, wenn es genügend Interessentinnen gibt, sonst zum Stand des Vorhabens, mit Vorlauf von vier bis sechs Wochen dann die Information

zum konkreten Termin und zum Ort und mit abschließender Zusage durch die Interessentin).

Die Telefonate führen zu grundsätzlichen Zusagen der Hebammen bzw. Familienhebammen, die per Mail mit einer Interessenbekundung geantwortet haben, und zu dem unterstützenden Hinweis, auch der Kreissprecherin des Hebammenverbandes eine Information zur Weitergabe zukommen zu lassen, was in der Vorbereitung zusätzlich erfolgt.

Auf dieser Basis erfolgt eine konkrete Terminabsprache für einen Raum in dieser Region für Ende April 2016, der zentral gelegen und verkehrstechnisch gut zu erreichen ist. Für die geplante Fokusgruppe wird ein ca. zweistündiger Nachmittagstermin an einem Wochentag festgelegt. Termin und Ort werden mit den Interessentinnen erneut kommuniziert, was jeweils zu konkreten Zusagen führt.

Eine weitere Telefonaktion, die sich ab Mitte Februar 2016 anschließt, um die Zahl der Mitwirkenden zu erhöhen, gestaltet sich aufgrund der telefonischen Erreichbarkeit von Hebammen als sehr schwierig und ergibt hauptsächlich Absagen, die mit aktuellen beruflichen Belastungen begründet werden. Letztendlich können auf diesem Wege jedoch noch zwei Hebammen bzw. Familienhebammen zur Zusage einer Mitwirkung an dem konkreten Termin gewonnen werden. Auch wenn die Anzahl der Mitwirkenden sich an der unteren Grenze bewegt, wird entschieden, die Fokusgruppe an dem geplanten Termin durchzuführen.

Anfang März 2016 erfolgt dann jeweils per Mail und zusätzlich schriftlich per Post eine Einladung der Interessentinnen zur Fokusgruppe, die Ende April 2016 stattfindet. Eine Woche vor dem Termin wird per Mail erneut erinnert. Fünf Hebammen bzw. Familienhebammen sagen eine Teilnahme an dem konkreten Termin zu und sind bereit, an der Fokusgruppe mitzuwirken.

5.3 Durchführung der Fokusgruppe

5.3.1 Räumlichkeiten

Die Fokusgruppe findet in zentral gelegenen, neutralen Räumlichkeiten statt, die für eine Gruppenveranstaltung geeignet und für diesen Zweck genutzt werden können. Die Räume sind hell, modern möbliert und mit Equipment der Erwachsenenbildung ausgestattet.

5.3.2 Elemente, die eingesetzt werden

Ein schriftliches Handout informiert die anwesenden Mitwirkenden zum Projekt und zum Ablauf der Fokusgruppe mit Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen, Impuls und Gruppendiskussion und Abschlussrunde.

Ein Leitfaden zur Vorstellung des Forschungsprojektes und der Fokusgruppe gewährleistet, dass die als wichtig eingeschätzten Aspekte zu Beginn der Veranstaltung auch noch einmal angesprochen werden, bevor der fachliche Impuls eingebracht wird und die Diskussion beginnt.

Die Information zum Forschungsprojekt und zur Fokusgruppe wird mündlich eingebracht. Die Darstellung dient der Transparenz des Forschungsprozesses und wird hier als ausformuliert

dargestellt:

„Mein Forschungsprojekt hat den Arbeitstitel: gesund leben – Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen und ist als Promotionsprojekt am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps Universität Marburg eingebunden. Die Betreuung hat Frau Prof. Dr. Susanne Maurer.

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden Interviews geführt mit Hebammen oder Familienhebammen sowie mit Supervisor_innen, die berufliche Erfahrungen mit Personen dieser Berufsgruppe haben. Dieses Material wurde zu unterschiedlichen Fragestellungen qualitativ ausgewertet.

Eine der Forschungsfragen, der jetzt in der Fokusgruppe weiter nachgegangen wird, ist: wie entwickeln Hebammen im beruflichen Handeln als Hebamme oder Familienhebamme eine Orientierung, die von ihnen selbst als „gesund leben“ gekennzeichnet wird?

Zu der Fokusgruppe heute sind Sie als Expertinnen eingeladen. In meinem Forschungsprojekt hat die Fokusgruppe das Ziel, aus dem Material bisher gewonnene Ergebnisse mit Hebammen oder Familienhebammen durch Diskussion weiter zu entwickeln.

Die Veranstaltung heute ist im Ablauf an Regeln gebunden, die ich Ihnen kurz vorstellen möchte. Expertinnen diskutieren gemeinsam einen Input unter einer Fragestellung. Anfang und Ende der Diskussion sind durch vereinbarte Zeitgrenzen festgelegt. In der Moderation der Veranstaltung werde ich auf diese Zeitgrenzen achten.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde wird von mir ein Input gegeben. Der Verlauf der sich anschließenden Diskussion ist offen und wird von Ihnen als Teilnehmerinnen selbst bestimmt und gemeinsam gestaltet. Themen können aufgegriffen werden, Fragen können aufgeworfen werden, Erfahrungen können eingebracht werden, einzelne Aspekte können in den Fokus kommen, auch die Abfolge inhaltlicher Diskussionspunkte ist nicht festgelegt.

Jede Teilnehmerin hat die Möglichkeit kurz oder länger zu sprechen. Es ist wünschenswert, respektvoll miteinander umzugehen, d. h. zum Beispiel einander ausreden zu lassen und sich zuzuhören oder nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wird. Auch das Stichwort sich vertrauen können gehört dazu, denn Meinungen oder Stellungnahmen, die von einzelnen Teilnehmerinnen hier eingebracht werden, entstehen in diesem Diskussionsrahmen und sind erst mal nicht für die allgemeine Öffentlichkeit bestimmt. Deshalb die Bitte, dies zu berücksichtigen und sich nach außen gerichtet zurückhaltend zu zeigen.

Im Rahmen des Forschungsprojektes geht es im Anschluss um eine anonymisierte Auswertung der Fokusgruppe. Dazu erfolgt eine Dokumentation der Diskussion dieser Gruppe mit einem Audiogerät. Als ich im Vorfeld mit Ihnen telefoniert habe, haben alle Teilnehmerinnen einer Audioaufnahme zugestimmt. Hier ist das Gerät, es wird jetzt angeschaltet und läuft bis zum Ende der Veranstaltung. Darüber hinaus mache ich mir während der Diskussion ein paar schriftliche Notizen und erleichtere mir damit die Auswertung.

Aus Gründen des Datenschutzes bitte ich Sie um Ihre Einwilligung, dass ich die Daten aus der Fokusgruppe im Rahmen meines Forschungsprojektes verwenden darf. Ich habe dazu eine schriftliche Einwilligungserklärung vorbereitet, die Sie bitte unterschreiben.

Gibt es hierzu Fragen Ihrerseits?

Um zu erleichtern, dass wir uns in der Diskussion alle auch direkt ansprechen

können, habe ich Klebestreifen und Stifte für Namensschilder vorbereitet. Für den Verlauf der Fokusgruppe sollten wir vereinbaren, wie die Anredeform hier und jetzt ist.“

Nach dieser Information und nach Unterschrift der Einwilligungserklärung wechseln die Anwesenden ihre Sitzplätze und begeben sich für den Verlauf der Diskussion an einen anderen Tisch. Auf dem Tisch liegt bereits das Schaubild zum Impuls aus, dort wird das Audiogerät angeschaltet, die eigentliche Diskussion beginnt mit der Vorstellung der Anwesenden.

Von der Moderatorin wird darum gebeten, sich mit Namen, einer Information zu Berufsjahren und aktuellen Tätigkeitsbereichen als Hebamme oder Familienhebamme vorzustellen und mitzuteilen, welche Personen aus der Runde bereits aus anderen Situationen bekannt sind. Die Eingangsrunde macht vorhandene Bezüge transparent und wärmt die Mitwirkenden für die Diskussion an.

Die Diskussion in der Fokusgruppe wird mit einem fachlichen Impuls eingeleitet. In der Vorbereitung sind für diesen Impuls verschiedene Varianten durchgespielt und wieder verworfen worden. Anregungen von zwei Expertinnen, die berufliche Erfahrung mit Gruppendiskussionen haben, sowie einer der kollegialen Interpretationsgruppen, die das Forschungsprojekt begleiten, sind einbezogen worden. Entwicklungskriterien für den Impuls sind ausreichende Zentrierung durch eine möglichst konkrete Fragestellung und ausreichende Offenheit als Anregung und Raum für Diskussionen in der Gruppe. Der Impuls wird von der Moderatorin vorgelesen und eröffnet die Diskussion der Mitwirkenden.

Aus Gründen der Transparenz des Forschungsprozesses wird der fachliche Impuls im Folgenden vollständig wiedergegeben:

„In jedem Interview mit den Hebammen gibt es eine Passage, in der über „gesund leben“ gesprochen wird. Im Lernen durch Ausbildung, Berufsausübung und Praxis im Alltag des eigenen Lebens haben sich Orientierungen entwickelt. Die Auswertung dieser Passagen weist auf Verbindungslinien und Spannungsfelder hin, in denen die Interviewpartnerinnen sich bewegen. Einige Beispiele für Spannungsfelder möchte ich Ihnen veranschaulichen:

sich selbst bestimmen – bestimmt werden

sich kontrollieren – sich Freiheiten geben

Lust spüren – Last spüren

angespannt sein – entspannt sein

Gesundheit sichern – Risiken eingehen

sich gesund ernähren – sich ungesund ernähren

verbieten – erlauben

annehmen – ablehnen

reingehen – Distanz wahren

abwarten – einwirken

Diese Spannungsfelder können zugänglich sein oder unbewusst in den beruflichen Alltag hineinwirken.

Hiermit möchte ich in die Diskussion einsteigen, denn es geht mir um Ihre Ideen, Einfälle und Erfahrungen zu solchen Spannungsfeldern in Ihrem Beruf.

Wir haben für die Diskussion in der Gruppe ungefähr eine Stunde Zeit. Ich werde die Rolle der Zeitwächterin übernehmen und keine eigenen Beiträge mehr einbringen. Wenn ich etwas nicht verstehe, werde ich ggf. nachfragen.

Diskutieren Sie bitte gemeinsam: Welche Spannungsfelder begegnen Ihnen

in der Tätigkeit als Hebamme oder Familienhebamme und wie wirken diese Spannungsfelder?“

Nach einer Phase der Diskussion der Mitwirkenden schließt die Fokusgruppe mit einer Abschlussrunde, die von der Moderatorin mit folgenden Fragen eingeleitet wird: „Was nehmen Sie mit? Was möchten Sie mir für das Forschungsprojekt mitgeben?“ Nach einer kurzen Information zum weiteren Vorgehen erfolgt die Verabschiedung.

5.3.3 Personen, die mitwirken

Moderatorin

Die Moderation erfolgt durch die Forscherin und ist daran orientiert, den Rahmen zu setzen, mit einem thematischen Impuls einzusteigen und eine Diskussion anzuregen, bei der sich die Mitwirkenden beteiligen und einbringen können. Darüber hinausgehende inhaltliche Lenkungen durch die Moderation erfolgen nicht.

Expertinnen

An der Fokusgruppe wirken vier Hebammen mit. Von den fünf Hebammen, die eine Teilnahme zugesagt hatten, sagt eine am Tag der Veranstaltung kurzfristig ab. Das Handout zu Ablauf und Fragen der Eingangs- und Abschlussrunde sowie die schriftliche Erklärung zur informierten Einwilligung wird den Mitwirkenden vorgestellt. Es besteht die Möglichkeit zu Nachfragen. Abschließend unterschreiben die anwesenden Expertinnen jeweils eine Einwilligungserklärung für die Mitwirkung in der Fokusgruppe.

Die Expertinnen sind zwischen 42 und 58 Jahren alt und haben jeweils zwischen 16 und 31 Jahre Berufserfahrung als Hebamme. Aktuell sind sie als Hebammen oder Familienhebammen tätig. Schwerpunkte der Berufstätigkeit sind unterschiedliche Kombinationen von freiberuflicher Vor- und Nachsorge, angestellter Tätigkeit als Hebamme in einer Klinik oder als Familienhebamme bei einem freien Träger. Die Erfahrungen der Expertinnen repräsentieren ein breites Spektrum möglicher Tätigkeitsbereiche im Hebammenberuf.

5.3.4 Beschreibung des Verlaufs

Die Veranstaltung findet in einem langgestreckten Seminarraum statt. Der Raum ist für diesen Zweck mit zwei Sitzrunden gestaltet worden. In den Sitzrunden gruppiert sich jeweils eine ausreichende Anzahl von Stühlen um einen Tisch. Die vordere Sitzrunde ist für den Informationsteil eingerichtet und mit Getränken und einem kleinen Snack ausgestattet. Handout, Einwilligungserklärungen und Audiogerät liegen dort bereit, um vorgestellt zu werden. Die hintere Sitzrunde ist für die anschließende Diskussion vorbereitet. Das Schaubild zum Impuls der Diskussion liegt auf dem Tisch, die Einstiegsfragen sind auf ein Flipchart geschrieben und zu Beginn umgeklappt und verdeckt.

Zur vereinbarten Zeit treffen die Mitwirkenden kurz nacheinander und werden jeweils begrüßt. Die erste Mitwirkende weist bei Eintreffen darauf hin, dass sie nach ca. einer Stunde wieder gehen muss. Auch die dritte Mitwirkende macht bei ihrem Eintreffen gleich deutlich, dass sie

nur begrenzt Zeit hat und eine viertel Stunde früher gehen will. Es erfolgt der Hinweis, dass dazu vorab eine Abklärung zum gemeinsamen Vorgehen erfolgen wird. Nachdem vier Mitwirkende anwesend sind, wird noch fünf Minuten auf die fünfte Hebamme gewartet, weil unklar ist, ob sie noch kommen wird. Später stellt sich heraus, dass sie kurzfristig per Mail abgesagt hat, was mir als Moderatorin zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt ist. Aufgrund der angekündigten zeitlichen Begrenzungen wird zügig mit dem Informationsteil begonnen, der nach Vorstellung des Audiogerätes und dem Unterschreiben der Einwilligungserklärung mit der Klärung der Anrede für den Verlauf der Fokusgruppe endet. Es erfolgt eine Nachfrage, wie mit Ergebnissen umgegangen wird, die von mir beantwortet wird. Weitere Fragen ergeben sich nicht.

Danach erfolgt ein Platzwechsel an den anderen Tisch. Das Audiogerät wird angeschaltet und läuft ohne Unterbrechung, bis die Diskussionsrunde sich auflöst. Nach Einbringung des Impulses werden die Fragen auf dem Flipchart sichtbar gemacht und dienen neben dem Schaubild auf dem Tisch als visuelle Orientierung zum Einstieg.

Das Schaubild auf dem Tisch besteht aus einem Fadenkreuz aus roten Fäden, die unterschiedlich lang sind und jeweils ein Gegensatzpaar verbinden. Die Gegensatzpaare sind jeweils auf eine gelbe und eine blaue rechteckige Karte geschrieben, wobei der farbliche Unterschied der Karten für die Gegensätzlichkeit steht, die Wahl der Farbe jedoch keine durchläufige positiv oder negative Zuordnung erkennen lässt. In der Mitte des Fadenkreuzes ist eine ovale weiße Karte platziert, auf der „gesund leben“ steht.

Die Vorstellungsrunde wird mit Fragen anmoderiert, die Reihenfolge der Vorstellungen startet mit einer nonverbalen Interaktion zwischen zwei Mitwirkenden, die sich gegenüber sitzen. Die eine Frau nickt der anderen aufmunternd zu, worauf diese mit ihrer Vorstellung beginnt, danach folgt die Vorstellung nach rechts umlaufend der Sitzordnung, um mit der Frau zu enden, die durch Zunicken den Start gegeben hat. Am Ende der Vorstellungsrunde stellt sich die Moderatorin auch kurz vor. Anschließend wird der Impuls eingebracht und die Phase der Gruppendiskussion eröffnet.

Als erstes Thema wird von den Expertinnen „gesunde Ernährung“ gewählt und an Erfahrungen mit fremden Kulturen in Diskussion verhandelt. Im weiteren Diskussionsverlauf schließt sich „Impfen“ als zweites Thema an. Es folgt eine Phase mit einer Art Zwischenresümee zur Verhandlung bisheriger Themen, mit Beispielen und in Verallgemeinerungen eine Differenzierung, die in Tätigkeitsfeldern als Hebamme erlebt werden.

Die Expertinnen beziehen sich in ihren Beiträgen ergänzend und bestätigend aufeinander. Kontroversen werden nicht verhandelt oder angedeutet. Sie verhalten sich zugewandt und stützen sich mit nonverbalen Interaktionen, sie unterbrechen sich selten im Sprechen, um dann die Sätze der jeweiligen Vorrednerin fortzusetzen oder zu ergänzen.

Nach ca. einer Stunde macht die Hebamme, die vorab bereits angekündigt hatte, dass sie zu einer früheren Zeit gehen muss, darauf aufmerksam, dass dieser Zeitpunkt für sie jetzt gekommen ist und sie gehen wird. In dieser Situation wird durch Moderation geklärt, wie der Fortgang von den Mitwirkenden gewünscht wird. Die Expertinnen möchten die Fokusgruppe gemeinsam beenden und so wird die Schlussrunde eingeläutet. Dazu wird die Frau um eine erste Rückmeldung gebeten, die die Gruppe aus zeitlichen Gründen verlassen möchte. Das Sprechen in der Abschlussrunde folgt unaufgefordert wieder der Reihe nach, indem rechts herum der Sitzordnung

gefolgt wird. Nachdem jede der Mitwirkenden gesprochen hat, steht die Frau, die gehen muss auf und verlässt die Runde. Die Moderatorin steht ebenfalls auf und begleitet sie verabschiedend zur Tür. Währenddessen nehmen die anderen Expertinnen den Gesprächsfaden noch einmal auf und fahren auch fort, nachdem die Moderatorin zurückgekommen ist. Die Dauer der Sprechzeit dieses Ausklings beträgt ca. zwei Minuten. Dann tritt eine Pause ein und die Moderatorin bedankt sich für das Engagement der Expertinnen. Die Gesprächsrunde löst sich auf.

Die Verabschiedung der einzelnen Frauen erfolgt im Stehen und zügig. Die Moderatorin bedankt sich mit einem kleinen Präsent für die Mitwirkung. Die Expertinnen verabschieden sich nacheinander von der Moderatorin und verlassen den Raum. Die eine Hebamme hat es, wie angekündigt, aus zeitlichen Gründen eilig, mit den beiden anderen gibt es im Rausgehen ein kurzes Nachgespräch zum diesjährigen Hebammenkongress, der am folgenden Wochenende stattfindet. Nachdem eine weitere Hebamme gegangen ist, schildert die verbleibende, die auch zu Beginn als letzte gekommen ist, noch kurz ihre Motivation zur Teilnahme an diesem Kongress, dann geht auch sie.

5.3.5 Eindrücke der Moderatorin

Während der Diskussion in der Fokusgruppe verspürt die Moderatorin mehrmals den Wunsch, mit Nachfragen dem Gespräch eine Wendung zu geben, sich mit den Gegensatzpaaren zu beschäftigen, entscheidet sich jedoch dafür, bei der zurückhaltenden und beobachtenden Moderation zu bleiben und der Diskussion ihren eigenen Verlauf zu lassen.

Nach Abschluss der Veranstaltung und beim dem Aufräumen steigt Unzufriedenheit in der Moderatorin auf, da sie sich „nur“ an gesunde Ernährung als Thema erinnern kann. Sie ist erstaunt, wie wenig Bezug im Verlauf der Diskussion auf das Schaubild zu den Spannungsfeldern im beruflichen Alltag von Hebammen und der eigenen gesundheitlichen Situation im Beruf genommen wurde, und fragt sich, ob so die Zielsetzung der Fokusgruppe für den Forschungsprozess erreicht werden konnte.

Mit Abhören der Audioaufnahme und Transkription des Materials verändert sich der Eindruck von der Fokusgruppe. Die Gegensatzpaare des Schaubildes spielen in der thematischen Verhandlung von „gesunde Ernährung“ und „Impfen“ durchaus eine Rolle, ohne dass sie ausdrücklich als solche benannt werden. Im Rahmen der interpretierenden Auswertung des Materials wird damit ein Verbinden möglich sein. Zufriedenheit stellt sich ein.

5.4 Auswertung der Fokusgruppe

5.4.1 Audioaufnahme und Transkription

Die Audioaufnahme der Fokusgruppe beginnt mit der Vorstellungsrunde und endet mit Auflösung der Gruppe am Ende der Diskussion. Insgesamt sind ca. 73 Minuten aufgezeichnet.

Im Nachgang der Fokusgruppe wird die Audioaufnahme mit Unterstützung von schriftlichen Protokollnotizen anonymisiert transkribiert. Die Transkription erfolgt nach den Transkriptionsregeln, die bereits bei der Transkription der Interviews angewendet wurden.

Im transkribierten Material werden die Expertinnen mit T gekennzeichnet, die Nummerierung folgt ihrem Eintreffen am Veranstaltungsort, die Moderatorin wird mit Mo gekennzeichnet.

5.4.2 Auswertung des gesamten Materials

Fokusgruppen sind Gruppendiskussionen, in denen Themen verhandelt werden. Gruppendiskussionsverfahren eröffnen Zugänge zu kollektiven Orientierungen auf der Basis gemeinsam geteilter Erfahrungsräume (vgl. Bohnsack, Pfaff 2010? Bohnsack, Schäffer 2013). In diesem Forschungsprojekt geht es um Sichtweisen und Orientierungen von Hebammen oder Familienhebammen ausgerichtet, denen in Bezug auf „gesund leben lernen“ als Handlungspraxen im Beruf nachgegangen wird.

Als Methode zur Auswertung des Materials bietet sich eine Orientierung an der dokumentarischen Methode an. Die Gegenstandskonstruktion einer Gruppendiskussion basiert auf alltäglichem Wissen der Handelnden im Sinne eines kommunikativen Orientierungsschemas und Kontextwissens im Sinne eines konjunktiven Orientierungsrahmens. Die dokumentarische Methode der Interpretation kann als Methode der Kontextualisierung von Äußerungen angewendet werden (vgl. Köhler 2016).

Die Interpretation des Materials erfolgt in Orientierung an dokumentarischer Methode in mehreren Schritten. Für den gesamten Verlauf der Fokusgruppe wird ein Themenverlauf erstellt. Es schließt sich die Auswahl von Textsequenzen an, die anschließend schrittweise formulierend und reflektierend ausgewertet werden. Komparative Analysen bilden die Basis für Erkenntnisse zu Orientierungen und gemeinsamen Erfahrungsraum sowie deren Abstraktionen als Elemente von Orientierungsschema und Orientierungsrahmen (vgl. Kapitel 1 Teil B und Teil C). Folgende Fragen begleiten die Auswertung des Materials:

Handelt es sich um identische oder vergleichbare Erlebnisse, die in der Diskussion ausgeführt werden?

Wie teilen die Mitwirkenden einen gemeinsamen Erfahrungsraum?

Wie rekonstruiert sich ein gemeinsamer Erfahrungsraum als Hebamme oder Familienhebamme?

Wie wird „gesund leben lernen“ als berufliche Handlungspraxis in einem gemeinsamen Erfahrungsraum konstruiert?

Thematischer Verlauf der Fokusgruppe

Die Audioaufzeichnung der Fokusgruppe beginnt nach der Information und schriftlichen Einwilligung der Mitwirkenden, also nach Abschluss der Informationsrunde, und endet mit dem Ausklingennach der Abschlussrunde. Die Dauer der Aufzeichnung beträgt ca. 73 Minuten.

Der thematische Verlauf der Fokusgruppe lässt sich in sechs zeitlichen Phasen unterteilen. Es gibt eine Phase des Öffnens mit Vorstellungen und Impuls. Daran schließen sich Diskussionsphasen von zwei Themenblocks an. Der erste Themenblock wird mit „gesunde Ernährung und fremde Kulturen“ betitelt, der zweite Themenblock mit „Impfen“. Es folgt eine Phase, in der eine Art Zwischenresümee zu „gesund leben“ verhandelt wird, an die sich eine Phase des Verbindens und Differenzierens anschließt. Auf Wunsch einer Mitwirkenden, die die Fokusgruppe aus zeitlichen Gründen verlassen muss, wird diese Phase unterbrochen und durch Moderation in eine

Phase des Schließens überleitet, die in eine formale Abschlussrunde und ein Ausklingen der Fokusgruppe zu unterteilen ist. Thematisch wird der Verlauf dann durch Formulierung von Ober- und Unterthemen gegliedert.

Ober- und Unterthemen im Verlauf der Fokusgruppe:

Phase des Öffnens: Vorstellungen und Impuls

Transkript: Abs. 3 – 34

Audio: 00.00 – 09.04

Abs. 3 - 31

OT sich vorstellen

UT Stichworte aufnehmen

UT mit Varianten schließen

Abs. 32 + 33

OT Impuls geben

UT auf Verbindungslinien und Spannungsfelder hinweisen

UT Schaubild von Gegensatzpaaren vorstellen

UT Zeitgrenzen und Rahmung aufzeigen

UT Fragen stellen (Schaubild, Spannungsfelder, Ideen)

Erste Diskussionsphase: gesunde Ernährung und fremde Kulturen

Transkript: Abs. 35 – 190

Audio: 00.05 – 31.51

Abs. 35 - 47

OT gesunde Ernährung ist ein Thema

UT als Problem umrissen

UT auf Erfahrungen bezogen

UT mit Folgeproblem „schlechte Zähne“ verbunden

Abs. 48 - 56

OT gesunde Ernährung hat Grenzen

UT Ernährung als Nebenbaustelle

UT Leidensdruck als notwendige Triebkraft

UT andere Baustellen im Alltag von Frauen

Abs. 57 - 82

OT Limo – die süße Flasche

UT nach Süßem hungern

UT schnell Bedürfnisse befriedigen

UT sich Aufmerksamkeit wünschen

UT bemuttert werden und Gelüste

Abs. 83 - 91

OT Überfluss im Supermarkt

UT unbegrenztes Warenangebot

UT Schlechtes macht krank

UT Verführungssituationen

UT Maßlosigkeit

Abs. 94 - 100

OT Fleischkauf – ein Beispiel aus der Praxis

UT Fremde aus Afrika

UT fremde Essgewohnheiten

UT ungewohntes Essen

UT unglaubliche Verwunderung

Abs. 101 - 112

OT Kommentierungen des Beispiels

UT sich wundern

UT mit Imperativ fragen – normativ beantwortet werden

UT normativ appellieren: dahinter schauen

Abs. 113 - 126

OT Deutschland für Fremde

UT alles haben können

UT schlechte Nahrungsmittel, die nichts kosten

UT normative Anrufung: viel trinken

Abs. 127 - 137

OT Zucker – ein Beispiel aus der Praxis

UT Kindern Gutes tun

UT Zeit für Essen und Kommunikation gewünscht

UT Zeit reicht nie

UT gradlinig beim Wesentlichen bleiben

Abs. 138 - 154

OT Kochen verbindet – ein Beispiel für die Praxis

UT gemeinsames Kochen führt zu gutem Austausch

UT Teigtaschen gibt es in allen Kulturen

Abs. 154 -163

OT Lösungen aufzeigen - mit kulturellen Unterschieden umgehen

UT Ernährung ist eigentlich nicht schlecht

UT Bohnen beim Stillen

UT Austausch zu Gesundheit ist schön

UT Wissen mehr und annehmen können

Abs. 164 - 170

OT vergebliche Mühe – ein Beispiel, das Fragen aufwirft

UT mit Schautafel und Zeit erklärt

UT es wird anders gemacht

UT wie kommt das?

Abs. 171 - 173

OT Lösungen aufzeigen - allgemein

UT bestärken: stell dir vor, du bist zuhause

UT Position beziehen: sich gegen Fertignahrungsmittel verwehren

UT Zusammenhänge aufzeigen: schlechte Inhaltsstoffe, nichts Gutes

Abs. 173 - 181

OT Lösungen aufzeigen – zum Kochen anleiten

UT Kochen ist nicht schwer

UT Familien, die nicht kochen können

UT Beispiel Hühnersuppe

UT dahin bringen, selber zu kochen

Abs. 182 - 183

OT eine andere Gruppierung von Frauen

UT fallen auf der anderen Seite runter

UT wollen es genau wissen

UT machen es sich schwer mit Ernährung

Abs. 187 - 190

OT gute Ansatzstellen für Hebammen

UT Situation als Ansatz: in Schwangerschaft und mit Kind

UT Motivation als Ansatz: wenn es nur fürs Kind ist

UT Chance für die Frau als Ansatz: fürs Kind gut kochen, selbst Reste essen

UT Anregungen als Ansatz: Häppchen hinwerfen, dann nicht mehr unsere Baustelle

Zweite Diskussionsphase: Impfen

Transkript: Abs. 191 – 273

Audio: 31.52 – 40.27

Abs. 191 - 198

OT ein weiteres Thema anreißen: Impfen

UT Impfen als Thema

UT selbst bestimmen können

UT sich informieren können, durch Informationen überfordern

UT sich damit auseinandersetzen, verantwortlich zu impfen

Abs. 199 - 203

OT eine Erfahrung, entmündigt zu sein

UT Gefahren durch Zusatzstoffe im Impfstoff

UT eigene Erfahrung mit Rötelschutz

UT keine verantwortliche Entscheidung möglich

Abs. 203

OT Frage aufwerfen - zum Impfen

UT eigene Position: schwierig, resigniert, nur noch selten Empfehlungen gebend

UT für Leute ohne medizinisches Vorwissen schwierig zu verstehen

UT Aufklären überfordert

UT an die Fokusgruppe: wie geht es euch damit?

Abs. 204 - 235

OT Lösungen aufzeigen - zum Impfen

UT als Hebamme den Ball zurück werfen

UT Eltern entscheiden für ihr Kind

UT den Eltern Bücher empfehlen

UT in der offenen Beratung sind die Hände gebunden

UT Impfstoffe sind komplex

UT sich keine Entscheidungen von den Eltern aufdrücken lassen

UT Eltern müssen Verantwortung übernehmen

UT sich als Hebamme entlasten

Abs. 236 - 273

OT sich austauschen und positionieren - zum Impfen

UT von dreifach zu siebenfach

UT Wissen austauschen: Röteln geht nicht mehr einzeln

UT keine Impfpflicht in Deutschland

UT Zwang für Eltern, wenn sie einen Platz zur Kinderbetreuung brauchen

UT Impfen ist für Arbeitgeber billiger

Dritte Diskussionsphase: ein Zwischenresümee zu „gesund leben“

Transkript: Abs. 274 – 367

Audio: 40.27 – 51.35

Abs. 274 - 275

OT „gesund leben“: sich entscheiden

UT bereit sein, sich kritisch auseinander zu setzen

UT zeigen, dass Fragen gestellt werden können und dürfen

UT Entscheidungen treffen, abwählen, was nicht gut ist

Abs. 276 - 280

OT „gesund leben“: Kraft spüren

UT als Hebamme Frauen vermitteln, wo ihre Kraft sitzt

UT Kraft ist für viele Frauen fremd und muss wiederentdeckt werden

UT Kraftquellen sind bei Geburten notwendig und können erschlossen werden

UT als Hebamme Zugänge und Wege bahnen

UT Hebammenwunsch nach Frauenkraft, die heute oft ganz verkümmert ist

UT es gibt unterschiedliche Gruppierungen von Frauen

UT was Frauen ihren Kindern mitgeben

UT wie Gebären funktioniert, wie schwer es für viele ist

UT entscheiden können und wollen, eine Wahl haben

Abs. 281 -296

OT Maßlosigkeit und Grenzen – Exkurs Helikopter-Eltern

UT Kindern Entscheidungen zumuten und zutrauen

UT als Eltern gestresst sein

UT als Kinder auch schlechte Erfahrungen machen dürfen

UT sich mit Ausdauer und Geduld etwas erarbeiten

UT kindlicher Maßlosigkeit Grenzen setzen

UT tiefe Verunsicherung der Eltern zum Wie von Erziehen

UT Beispiel Supermarktkasse - Visionen einer Hebamme

UT Verunsicherung als Hebamme: autoritär, wenn sie auf Grenzen hinweist?

Abs. 297 - 303

OT Lösungen aufzeigen – als Hebamme tun

UT mit Unbehagen in die Zukunft blicken

UT soziologische Studien heranziehen

UT auf Ratgeber-Bücher hinweisen

UT in Rückbildung und Beikost-Beratung ansetzen

Abs. 303 - 345

OT Stillen beenden – ein Beispiel aus der Praxis

UT als Hebamme vermitteln: Frau muss Stress in Kauf nehmen, konsequent sein

UT als Hebamme normativ unterstützen: keine schlechte Mutter

UT als Hebamme klären: Frau nach ihren Wünschen fragen

UT alles dreht sich ums Kind, sich als Eltern vom Kind nicht versklaven lassen

UT Eltern verbiegen sich und sind dann erschöpft

Abs. 346 - 367

OT „gesunde Ernährung“ einbinden

UT schlechte Ernährung, Depression und Diabetes hängen zusammen

UT Erziehungsgeschichten sind Rundumschläge

UT Zivilisationskrankheiten werden importiert – Beispiel China

UT Problem ist seit langem bekannt – Beispiel aus Amerika

UT ist ein großes Problem der zivilisierten Welt

UT ist ein Zukunftsthema

UT Hebammen können Impulse zum Wach-werden geben

UT es treibt einen als Thema um

Vierte Diskussionsphase: Verbinden und Differenzieren

Transkript: Abs. 368 – 428

Audio: 51.35 – 58.56

Abs. 368 - 370

OT Unterschiede in der Hebammenarbeit – in die Runde fragen

UT Frauen als Zielgruppen vergleichen

UT bei den Anwesenden rückfragen

Abs. 371 - 377

OT Familien mit Migrationshintergrund

UT Ernährung ist nicht schlecht

UT Bewegen erfolgt zu wenig, wenig Wissen über körperliche Zusammenhänge

UT normative Anrufungen zu Sport sind kulturell gebunden

UT gut essen, viel bewegen ist perfekt, gutes Essen, viel zu wenig Bewegung ist schlecht

Abs. 377 - 398

OT Bewegung – Beispiele aus der Praxis

UT Zumba wird gut angenommen

UT zum Sportangebot sind sie nicht gekommen

UT sich anstrengen fühlt sich nicht gut an

UT sich anzustrengen gibt ein positives Gefühl

UT die lachen mich aus

Abs. 399 - 428

OT Leidensdruck als Motivation

UT diese Investition tut gut – Beispiel aus der Praxis

UT kultureller Hintergrund: Bedeutung von Islam und Familie bzw. Verwandtschaft

UT Muslima sind verschieden

UT als Hebamme nach Leidensdruck suchen denn: Leidensdruck macht es ja

Phase des Schließens: Abschlussrunde und ausklingen lassen

Transkript: Abs. 429 – 447

Audio: 00.58.59 – 01.12.00

Abs. 429 - 441

OT Abschlussrunde einläuten

UT für eine Anwesende ist ihre Zeitgrenze erreicht, sie möchte gehen

UT die Moderatorin klärt die Frage eines gemeinsamen Beendens

UT das weitere Vorgehen wird abgesprochen

Abs. 442 - 499

OT Aspekte in der Abschlussrunde

UT interessant und auf Ergebnisse der Auswertung gespannt

UT zu Risiken eingehen und Entscheidungen treffen: man tut es trotz Risiko

UT Hemmungen sind normativ begründet, Regelübertretungen beinhalten auch Risiken

UT von Bedeutung ist die mögliche Dauer des Kontaktes zu einer Hebamme

UT Hebammen können nur Anregungen geben, Leute entscheiden selbst

UT Hebammen werden glorifiziert und sind auch nur Fachfrauen

UT saubere Abgrenzung von Erwartungen strahlt in die Arbeit aus

UT Balance finden, Tür zu machen können, ist total wichtig

UT gesund leben ist ein Thema für Frauen und für Hebammen

UT Arbeitsschwerpunkte können sich verändern, das ist schön

UT buntes Bild von Schwerpunkten und Themen im Hebammenberuf

UT Hebammen arbeiten oft so viel, Gesundheitsfürsorge kommt dann zu kurz

UT Fragen sind: wie achten Hebammen auf sich selbst? Was gibt man weiter

UT am Rande der Kraft und der Kapazität sein – Beispiele aus der Praxis

UT normative Anrufungen: du musst helfen, du bist Fachfrau

UT normative Anrufung: man muss sich um sich selbst kümmern

UT was tut gut: klarer mit den Frauen sein, klare Zeitabsprachen

Eine Hebamme verlässt die Fokusgruppe, die Moderatorin steht auf und begleitet sie, um sie zu

verabschieden, die verbleibenden Hebammen fahren währenddessen fort miteinander zu sprechen, die Moderatorin kommt wieder hinzu, das Gespräch klingt aus. Dies dauert ca. zwei Minuten.

Abs. 500 - 526

OT Klarheit schaffen

UT Erlaubnis: du darfst nein sagen

UT Tipp: ins Leben einbauen und einüben

UT Ermutigung: Üben geht ganz einfach

UT diese Klarheit ist entlastend und herrlich

Abs. 527 - 546

OT mit Zeit umgehen

UT Erlaubnis: Zeitabsprachen sind wichtig, du schaffst mehr

UT Ermutigung: Stringenz geht Hebammen ab, aber man kann es lernen

UT Tipp: QM ist manchmal übertrieben, aber ein Anlass

UT wir werden richtig selbstbewusst, ist ein langer Prozess

Abs. 547

OT die Moderatorin bedankt sich

UT für das zeitliche Engagement im Mitmachen

UT für den reichhaltigen Strauß von Ideen in der Diskussion

Auswahl von Passagen für eine sequenzielle Interpretation

Die Auswahl der Passagen für eine sequenzielle Interpretation erfolgt im Hinblick auf Fragen des Forschungsprojektes. Im gesamten Material sind folgende Aspekte zu identifizieren:

- Begegnung mit Maßlosigkeit von Bedürfnissen – überflutet werden,
- Begegnungen mit Fremdem – befremdet werden, fremd sein,
- Handlungspraxen als Lösungsversuche - Frustrationen und Gegenbewegungen,
- Erkenntnisse zu eigener Klarheit und Zeit – Selbstbewusstsein.

In Anlehnung an die dokumentarische Methode werden Passagen zur Interpretation ausgewählt, die von thematischer Dichte gekennzeichnet oder die besonders interaktiv sind, Passagen, in denen sich Hinweise auf gemeinsames Erleben finden, die sich in Fokussierungsmetaphern oder metaphorische Dichte ausdrücken. Mögliche Erkenntnisse zu „gesund leben lernen“ und zu einer Feldlogik im Hebammenberuf (vgl. Teil C) sind weitere Suchkriterien für die Auswahl der Textpassagen.

Die erste Diskussionsphase „gesunde Ernährung und fremde Kulturen“ wird vollständig einer sequenziellen Interpretation unterzogen. Mit ca. 21 Minuten Länge ist die erste Diskussionsphase die längste. Diese Diskussionsphase enthält reichhaltige Motive und Fokussierungsmetapher zum Erfahrungsraum von Hebammen, die thematisch an „gesunde Ernährung“ abgehandelt werden. Orientierungen zeigen sich in der Diskussion, Elemente eines gemeinsamen Erfahrungsraums von Hebammen werden sichtbar. Die folgenden Diskussionsphasen bestätigen diese Befunde.

5.5 Auswertung einzelner Textpassagen

Im Folgenden werden zwei Passagen aus dieser Diskussionsphase (vgl. Materialband Kapitel 5.4) exemplarisch ausführlich in Feininterpretation und reflektierender Interpretation dargestellt, um das methodische Vorgehen zu dokumentieren. Das erste Beispiel ist die anfängliche Verhandlung von „gesunde Ernährung“ als gemeinsames Thema für die Diskussion. Das zweite Beispiel ist die Passage zu „Überfluss im Supermarkt“.

Erstes Beispiel

Passage: „gesunde Ernährung“ als gemeinsames Thema

Fundstelle: Transkription Abs. 35 – 56, Audio min. 09.04 – 14.31

Transkription Abs. 35 – 47

Audio min. 09.04 – 12.25

„T 4:(leise) Ich ich denk, ich beginn einfach mal #00:09:06-9#

T 3: das ist toll #00:09:06-9#

T 2: (lacht) (andere stimmen ins Lachen ein)#00:09:09-6#

T 4: (lachend) Des ist eh ne Frage, die mich schon gewisse Zeit umtreibt und (atmet ein) em (veränderte Stimme) ich bin ja nun schon recht lang Hebamme und (atmet ein) wie sich das verändert hat und wie wichtig das auch (.) in im in den Gesprächen iss, mit den Frauen (atmet ein), die immer wieder auf gesunde Ernährung hinzuweisen. (atmet ein) Also es nimmt nen ziemlich großen Platz bei mir ein (atmet ein) em (.) und natürlich kann man nich oder erreicht man nicht immer alle (.), DAS find ich manchmal (.) sehr frustrierend oder da (.) (atmet ein) auch wenn man immer wieder erzählt (Bewegungsgeräusch) und die ges Ernährungstipps (Geräusch von Gelächter aus dem Nebenraum) und Unterlagen mitreicht, es gibt wunderbare Sachen von der BZgA, die ich immer in Petto hab (atmet ein) und so weiter und eh das treibt mich schon immer um. Wenn man auch so perspektivisch sieht, (Bewegungsgeräusch) was mit dem eh Diabetes schon in jungen Jahren und das sehn wir auch bei den (atmet ein) Schwangeren, bei den eh Vorsorgeuntersuchungen (atmet ein). Und wieviel Zeit und Raum das (.) einnimmt ja steigend in den letzten zehn Jahren. (leiser) So würd ich das sehen, (leise) das iss (atmet) als also DA BIN ich schon manchmal angespannt oder (atmet mit Ton ein) gespannt, ja, (atmet ein) wie sich das dann weiter verhält ttz im Laufe soner Betreuung (.) und da bin ich auch immer da hinter her, mich selber weiterzubilden (.) des #00:10:40-3#

Mo: Mhm (bejahend) (..) #00:10:41-7#

T 2: Erlebst du da ne Veränderung? Also das du was erreichen kannst auch? #00:10:45-2#

T 4: Mhm (unbestimmt stöhnend) #00:10:45-7#

T 2: mit deinem Appell? #00:10:47-0#

T 4: Mhm (leise) #00:10:47-1#

T 2: bei Frauen? #00:10:48-4#

T 4: ja und nein. #00:10:49-1#

T 2: Mhm (bejahend) #00:10:50-0#

T 4: ja (.) also das kennt ihr ja sicherlich alle, (richtet sich an T 2) du (atmet ein) machst auch Ernährungsberatung schon in der Schwangerschaft, wenn die Frauen früh bei euch sind und (atmet ein) eh ihr kommt in die Familien und (.) ich

geb auch immer noch ne Ernährungsberatung, also viele, ich empfehle es auch, dass se mich noch mal anrufen sollen, wenn die Beikost eingeführt wird, also jetzt auch für die Kinder, (atmet ein) und wenn dann ältere Kinder da sind ja und eh ja dann siehste doch den Monte oder irgend son (atmet ein) eh blöden Joghurt oder die Milchschnitte, die das geh Geschwisterkind eingepackt kriegt. mmhhh (.) DA muss ich, da sag ich natürlich auch was dazu, aber ich weiß, (atmet ein) eh in der Familie iss, (leise) ja, (lauter) genauso mit der Zahnhygiene, (atmet ein) du kommst dann da hin, beim zweiten Kind oder dritten Kind und (.) leider sind tro trotzdem trotz deinem Appell (Bewegungsgeräusch), nicht die Flasche weiter zu geben oder süße Sachen oder oder oder (atmet ein), sind die fff Schneidezähne leider kariös und mussten gezogen werden. So. Also DAS (atmet ein) ist jetzt nicht der Standard, aber (.) es kommt oft immer wieder vor. (.) ABER ich krieg auch die positive (atmet ein) eh Zurückmeldung, dass eh viele Frauen dann ihr ihre Verhaltensweisen (Geräusch von Geschirr) in der Ernährung ändern (Bewegungsgeräusche). GERADE in der Schwangerschaft dann noch mal (atmet ein) sone mmne anderes Bewusstsein kommt für gesundes Essen, für Gesundheit überhaupt. (.....) #00:12:24-7#“

Feininterpretation

OT gesunde Ernährung ist ein Thema

UT als Problem umrissen

Abs. 35 + 38 T 4

T 4 steigt ein und positioniert sich. Sie nimmt eine Bewertung vor und thematisiert negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Ernährung:

„Es hat sich verändert und ist wichtig, Frauen in den Gesprächen immer wieder auf gesunde Ernährung hinzuweisen.

Das nimmt ziemlich großen Platz bei mir ein, und natürlich kann man nicht oder erreicht man nicht immer alle.

Das finde ich manchmal sehr frustrierend, wenn man immer wieder erzählt und Ernährungstipps und Unterlagen mitreicht, die ich immer in Petto habe.“

UT auf Erfahrungen bezogen

T 4 verallgemeinert ihre Erfahrungen in zeitlicher Dimensionierung und in Bezug auf Erkrankungsrisiken:

„Wenn man auch so perspektivisch sieht, was mit dem Diabetes schon in jungen Jahren, das sehen wir bei den Schwangeren, bei den Vorsorgeuntersuchungen.

In den letzten zehn Jahren nimmt das steigend Zeit und Raum ein.

Ich bin schon manchmal angespannt oder gespannt, wie sich das weiter verhält im Laufe der Betreuung.

Ich bin auch immer da hinter her, mich selbst weiterzubilden.“

Abs. 40 T 2

T 2 richtet sich mit Nachfragen an T 4 und ermuntert sie zu weiteren Ausführungen. Sie fragt nach Veränderungen im Erleben als Hebamme:

„Erlebst du eine Veränderung? Erlebst du, dass du etwas erreichen kannst mit deinem Appell bei

Frauen?“

Von Abs. 39 – 46 wird das Sprechen von T 3 zustimmend von Mo, T 4 und T 2 begleitet.

Abs. 45 + 47 T 4

UT mit dem Folgeproblem „schlechte Zähne“ verbunden

T 4 positioniert sich zur Nachfrage von T 2, bezieht die anderen ein und stellt einen Bezug zu beruflichen Praxen her. Sie bleibt bei dem Thema Ernährung und kommt in Abgrenzung von einem negativen Beispiel auf ein anderes Bewusstsein für gesundes Essen in der Schwangerschaft:

„Ja und Nein, also das kennt ihr ja sicherlich alle.

Du machst Ernährungsberatung schon in der Schwangerschaft, wenn die Frauen früh bei euch sind und ihr kommt in die Familien.

Ich gebe auch immer noch eine Ernährungsberatung, wenn die Beikost eingeführt wird.

Wenn dann ältere Kinder da sind, dann siehst du, was die Geschwisterkinder an Milchschnitten u.a. kriegen. Trotz deinem Appell, nicht die Flasche weiter zu geben oder süße Sachen, sind die Schneidezähne leider kariös und mussten gezogen werden.

Das ist jetzt nicht der Standard, aber es kommt oft vor.

Aber ich kriege auch die positive Rückmeldung, dass viele Frauen dann ihre Verhaltensweisen in der Ernährung ändern.

Gerade in der Schwangerschaft kommt dann noch mal so ein anderes Bewusstsein für gesundes Essen, für Gesundheit überhaupt.“

Reflektierende Interpretation zu „gesunde Ernährung“ als Thema

T 4 folgt einer nonverbalen Aufforderung von T 2, die ihr aufmunternd zugenickt hat. T 4 markiert „gesunde Ernährung“ als wichtig durch die Formulierungen „eine Frage, die mich schon gewisse Zeit umtreibt“ und „wie es sich verändert hat und wie wichtig das auch ist in Gesprächen mit Frauen darauf hinzuweisen“. Sie wählt den Begriff „gesunde Ernährung“ für das Thema. Für sie ist es im beruflichen Kontext wichtig, weil es „umtreibt“ und weil es sich „verändert“. Über dieses Thema möchte sie in der Fokusgruppe sprechen. Sie reiht dazu mehrere Propositionen hintereinander, die nicht weiter begründet oder ausgeführt werden. Die erste Proposition enthält einen Selbstbezug: „es nimmt ziemlich großen Platz bei mir ein“, „man erreicht nicht immer alle“, „das finde ich manchmal sehr frustrierend“. Die zweite Proposition enthält eine verallgemeinernde Feststellung mit der Färbung von Verwunderung: „wieviel Zeit und Raum das einnimmt steigend in den letzten zehn Jahren“. Es folgt eine dritte Proposition wieder mit Selbstbezug: „da bin ich schon angespannt, gespannt, wie sich das dann weiter verhält im Laufe einer Betreuung“. Als vierte Proposition setzt T 4: „und da bin ich auch immer da hinter her, mich selber weiterzubilden“. Hiermit wird selbstbezogen eine Konsequenz für Hebammen als weiterer Aspekt angeschlossen.

Mo reagiert nonverbal zustimmend mit „mhm“. Mit dem Signal der Moderatorin wird eine positive Verstärkung gesetzt fortzufahren. Die Äußerung kann auch als Hinweis gelesen werden, dass sich der Moderatorin hier eine Verbindung erschließt, z. B. zur Motivation von T 4, an der Fokusgruppe mitzuwirken.

Propositionen von T 4 sind:

„Gesunde Ernährung“ nimmt bei mir ziemlich viel Platz ein.

Das Thema ist „wichtig und benötigt zunehmend mehr Zeit und Raum“.
„das finde ich manchmal sehr frustrierend“ und „ich bin angespannt“.
Ich bin „gespannt, wie sich gesunde Ernährung in einer Betreuung“ entwickelt.
Als Hebamme „bin ich da hinter her, mich selber weiter zu bilden“.

T 2 greift das von T 4 angebotene Thema auf, indem sie zu Veränderungen nachfragt. Sie bezieht sich auf die Ebene des Erlebens und fragt, ob T 4 eine Veränderung erlebt und ergänzt ihre Nachfrage durch den Zusatz „dass du was erreichen kannst“. Sie kennzeichnet mit „was erreichen können“ eine Erfahrung, die T 4 kennen könnte. Sie fragt nach der Reichweite von Veränderungen und dem Erleben von Wirksamkeit als Hebamme. Die Propositionen von T 4 kennzeichnet sie mit „Appell“, der im beruflichen Kontext an „Frauen“ gerichtet wird. Das kann als Hinweis gelesen werden, dass es zu beruflichen Praxen als Hebamme gehört, zu „gesunder „Ernährung“ „Appelle“ an die „Frauen“ zu richten.

T 4 bezieht sich während dieser Ausführungen nonverbal begleitend auf T 2 und richtet sich mit der Antwort auch an die anderen Anwesenden, indem sie diese direkt anspricht mit „das kennt ihr ja sicherlich alle“. Im Folgenden markiert T 4 konkrete gemeinsame Anknüpfungspunkte in der Hebammentätigkeit mit „Ernährungsberatung schon in der Schwangerschaft“, „früh in Familien kommen“, „Ernährungsberatung und Empfehlungen bei der Beikost-Einführung“. Sie hat in einer ersten schnellen Antwort an T 2 mit „ja und nein“ bereits unterschiedliche Erfahrungen angekündigt, die sie nun ausführt: negative Erfahrungen, die sie an Zähnen von Geschwisterkindern festmacht als „Schneidezähnen, die leider kariös sind und gezogen werden müssen“. Dem negativen Gegenhorizont folgt als positiv markierte Erfahrung, „dass viele Frauen dann ihre Verhaltensweisen in der Ernährung ändern“, „gerade in der Schwangerschaft dann noch einmal ein anderes Bewusstsein kommt für gesundes Essen, für Gesundheit überhaupt“. Es zeichnet sich eine Bewegungsfigur zwischen einem negativen und positiven Horizont ab. Der negative Horizont wird auf der Ebene der körperlichen Folgen, der positive Horizont auf der Ebene des Bewusstseins für gesundes Essen verortet.

T 4 und T 2 haben sich über „gesunde Ernährung“ als Thema verständigt. T 4 hat Erfahrungen als Hebamme als Orientierungen in einen gemeinsamen beruflichen Erfahrungsraum angeboten. Veränderungen in diesem Erfahrungsraum werden als Bewegungen erlebt, die sich zwischen ja und nein, zwischen negativ und positiv, zwischen Körper und Bewusstsein verorten lassen. Erleben von „ich bin manchmal frustriert“, „ich bin angespannt“ oder „ich bin gespannt“ steht in Verbindung mit „ich bin umgetrieben“, „ich bin hinter her“, „ich erreiche was“. Auf der Ebene des Erlebens wird Spannung mit tendenziell negativer Färbung gekennzeichnet, auf der Ebene des Handelns zeigen sich Hinweise auf dynamische Bewegungen. Beides wird mit den Propositionen eingefangen.

Transkription Abs. 48 – 56

Audio min. 12.25 – 14.31

„T 3: (atmet ein) Ich glaub, dass iss halt bei den einen kommts an und die wolln dann wirklich ganz viel ändern und manche da iss halt Ernährung irgendwie sone komplette Nebenbaustelle (.), weil so viel anderes in ihrem Leben äh mehr Platz einnimmt und dann rauscht es so vorbei, oder? (.) (atmet ein) Und ich glaub auch immer (atmet ein) so das Ding, ham die überhaupt en Leidensdruck oder nich
#00:12:49-8#

T 4: Mhm (bejahend) #00:12:49-9#

T 3: Ja? Also (.), (atmet ein) wenn sie ja erst mal jetzt so (.) mit Fastfood und Co keine großen Beeinträchtigungen sehn, auch wenn sie ihre 140 Kilo wiegen, (atmet ein) em (.) dann könn wir, glaub ich, reden wie #00:13:05-5#

T 4: Ja #00:13:06-3#

T 3: inn Wald rein, dann eh passiert da nix, aber ich glaube, in dem Moment, wo dann der Leidensdruck (Bewegungsgeräusch) en bisschen zunimmt, ist die Bereitschaft (.) (atmet ein) zuzuhören vielleicht noch mal ne andere, ob sich dann (.) bei der 140 Kilo Frau so schnell was ändert, mit dem bisschen, was wir an Betreuung machen (.) (atmet aus)

schhh (.) iss auch was anderes, oder? #00:13:31-2#

T 4: Ja. (...) #00:13:35-7#

T 4: em ja, das iss schon richtig (..) (leise) es iss als (.) (atmet ein) BEI manchen fruchtets wirklich, aber (.) des kommt auch ganz drauf an, wie der soziale Status iss und was ich noch für Baustellen drum herum hab also (atmet ein), wenn die Frau natürlich in ner Trennungssituation iss und eh (atmet ein) sich erst noch mal um ne neue Wohnung kümmern muss und Schwangerschaft und, wo kommen Gelder her (atmet ein), dann (atmet mit Ton aus) ist das schon schwierig ja (..). Dann gehts schnell zum Fastfood und (..) BIO-Ernährung oder so, das iss ja schon dann, brauch man gar nich von anzufangen, weil das iss auch für die (atmet ein) finanziell gar nicht machbar, das muss man einfach #00:14:22-0#

T 2: (leise) Mhm (bejahend) #00:14:22-0#

T 4: mal sehen, wenn man (atmet ein) nur im (Name eines Biosupermarktes) (T 2 räuspert sich) Laden (.) (atmet ein) eh einkaufen will oder nur auf em Wochenmarkt (.) des geht einfach gar nich, ja, für viele Familien. #00:14:31-3#“

Feininterpretation

OT gesunde Ernährung hat Grenzen

UT Ernährung als Nebenbaustelle

Abs. 48 T 3

T 3 schließt an die Propositionen von T 4 an und kennzeichnet ihre Äußerung mit „ich glaube“. In einer Pendelbewegung zwischen „die einen“ und „die andern“ verändert sie die Relevanz von „gesunde Ernährung“. Sprachlich geht es um Verallgemeinerungen:

„Bei den einen kommt es an und die wollen dann wirklich ganz viel ändern.

Für manche ist Ernährung eine Nebenbaustelle, weil so viel anderes in ihrem Leben Platz einnimmt und dann rauscht es vorbei.“

UT Leidensdruck als notwendige Triebkraft

T 3 schließt in Abs. 48 noch die Frage an: „Haben die überhaupt einen Leidensdruck oder nicht?“ Die Perspektive weist auf „die“ als Gruppierung ohne Nennung von Eigenschaften hin. Die Frage ist auch an die Fokusgruppe gerichtet.

Abs. 50 + 52 T 3

T 3 führt an einem negativen Beispiel aus, was sie mit Leidensdruck meint: „Auch wenn sie 140 Kilo wiegen, sehen sie mit Fastfood keine großen Beeinträchtigungen.“ Ihre Erfahrungen auf der Ebene der beruflichen Handlungspraxen schildert sie so: „Dann reden wir in den Wald rein,

dann passiert nichts.“ Zur Bedeutung von Leidensdruck wird angefügt: „In dem Moment, wo der Leidensdruck zunimmt, ist die Bereitschaft zuzuhören eine andere.“ Die Argumentation endet in einer erneuten Frage: „Ob bei 140 Kilo so schnell etwas zu ändern ist durch das, was wir an Betreuung machen?“ Sprachlich wird auf der Ebene von „wir“ formuliert. Die schließende Frage richtet sich an die Fokusgruppe mit Hebammen als Kolleginnen.

In Abs. 49, 51 und 53 stimmt T 4 dem Sprechen von T 3 begleitend zu.

Abs. 54 T 4

T 4 bekräftigt die Zustimmung zu T 3: „Das ist schon richtig. Bei manchen fruchtet es wirklich.“ Sie schließt sich an die Verallgemeinerung von T 3 an, indem sie mit einem positiven Akzent eine spezifische Gruppierung in den Fokus rückt. Sie folgt so der Bewegung der thematischen Begrenzung durch T 3.

UT andere Baustellen im Alltag von Frauen

T 4 fährt in Abs. 54 fort, Bedingungen als Grenzen und Verbindungslinien zum Thema gesunde Ernährung aufzuzeigen. Sie benennt sozialen Status, Veränderungen der Lebenssituation von Frauen, finanzielle Lage als Rahmenbedingungen und mögliche Baustellen für Hebammen, die eine Rolle spielen, und kennzeichnet entsprechende Situationen als „schwierig“, „nicht machbar“ und „braucht man gar nicht von Bio-Ernährung anzufangen“.

In Abs. 55 stimmt T 2 das Sprechen von T 4 begleitend zu.

Abs. 56

T 4 formuliert als Fazit: „Regelmäßig im Biosupermarkt einkaufen geht für viele Familien einfach gar nicht.“

Reflektierende Interpretation zu „gesunde Ernährung hat Grenzen“

T 3 schließt sich dem gemeinsamen Erfahrungsraum als Hebamme an. Sie skizziert diesen Erfahrungsraum mit Differenzierung von Gruppierungen, denen sie als Hebamme begegnen als die einen, „die dann wirklich ganz viel ändern wollen“ und die anderen, für die „Ernährung halt eine komplette Nebenbaustelle“ ist. T 3 wendet den Begriff „Baustelle“, der sich in den Ausführungen von T 4 auf die Arbeit von Hebammen bezieht, auf die Frauen, die in schwierigen Situationen leben. T 3 nimmt Bezug auf den negativen Horizont, der durch diese Frauen gekennzeichnet ist und für die Ernährung dann eine „komplette Nebenbaustelle“ darstellt. Die Formulierung „es rauscht vorbei“ kann als Hinweis gelesen werden, dass Informationen in solchen Lebenssituationen zwar vorhanden sind, aber nicht gehört werden.

T 3 kennzeichnet ihre Äußerung mit „ich glaube auch immer“. Die Formulierung verbindet eine persönliche Einschätzung mit einer Verallgemeinerung und verleiht ihr so Gewicht. T 3 endet fragend mit „so das Ding, haben die überhaupt einen Leidensdruck oder nicht?“ Die Formulierung hat eine rhetorische Färbung. T 3 stellt diese Frage und richtet sie zugleich an ihre Kolleginnen in der Fokusgruppe. Sie geht distanzierend in eine Außenperspektive. Mit der Adressierung „die“ klingt ein kritischer Ton an. „Leidensdruck“ wird von T 3 eine spezifische Bedeutung zugewiesen. Leidensdruck bewirkt, dass Frauen „zuhören“. „Leidensdruck haben“ wird als erforderlich angesehen, damit Informationen in einer Situation überhaupt gehört werden und das berufliche Handeln von Hebammen überhaupt wirken kann. Für T 3 wird die Frage nach Leidensdruck zu

einer Prüffrage für berufliches Handeln. T 3 bietet Erklärungen für die „frustrierenden“ Erfahrungen als Hebamme an, die T 4 angesprochen hat.

Differenzierungen von T 3:

Ernährung kann eine Nebenbaustelle sein, „weil so viel anderes in ihrem Leben Platz einnimmt und dann rauscht es so vorbei“.

Eine zu klärende Frage ist, ob „die einen Leidensdruck haben oder nicht“.

Leidensdruck ermöglicht Zuhören und verändert frustrierende Erfahrungen als Hebamme. T 3 elaboriert am Beispiel einer übergewichtigen Frau, wie mit Leidensdruck umgegangen wird. Sie kennzeichnet das Beispiel mit „wir“ und nimmt Bezug auf Orientierungen im gemeinsamen Erfahrungsraum als Hebammen. Indem sie wieder fragend formuliert „was wir an Betreuung machen, ist schon auch etwas anderes, oder?“, rückversichert sich T 3 rhetorisch der Gemeinsamkeit des Erfahrungsraums und bekräftigt ihn gleichzeitig damit. In der Formulierung „Betreuung durch Hebammen“, die „schon auch etwas anders“ ist, ist der Hinweis auf einen Gegenhorizont enthalten, ohne diesen zu erläutern. Das kann als Hinweis auf einen gemeinsamen Erfahrungsraum gelesen werden. T 3 geht davon aus, dass die Hebammen der Fokusgruppe wissen, was gemeint ist.

Dem gemeinsamen Erfahrungsraum, den T 3 anbietet, hat T 4 die Ausführungen an mehreren Stellen bereits begleitend mit „ja“ zugestimmt, ehe sie nach einer kurzen Pause eigene Differenzierungen anschließt. Für sie gehören „die einen und die anderen“ zum gemeinsamen Erfahrungsraum. Die Gruppierungen werden differenziert mit „wie der soziale Status ist“ und „was ich noch für Baustellen drum herum hab“. Sie verbindet „Baustellen“ mit ihrer Arbeit als Hebamme. Sie beschreibt die Situation aus ihrer Perspektive mit „wenn die Frau natürlich in einer Trennungssituation ist und..., dann ist das schon schwierig“. Sie fährt fort: „dann braucht man gar nicht von (Bio-Ernährung) anzufangen, weil das ist auch für die finanziell gar nicht machbar“. Sie spitzt die Situation kausal zu und zeigt eine Grenze der Wirksamkeit ihrer beruflichen Einflussnahme auf, die in der Situation der Frau und deren Rahmenbedingungen liegen und nicht durch Handlungspraxen von Hebammen bedingt sind. Ihr Fazit ist: Unter diesen Bedingungen ist es „gar nicht machbar“, das Thema „gesunde Ernährung“ anzuschneiden, es lohnt sich nicht damit anzufangen.

Weitere Differenzierungen von T 4 sind:

Wenn sich die finanzielle Situation als nicht machbar darstellt, „braucht man (als Hebamme) gar nicht davon anzufangen“.

„Für viele Familien geht es einfach gar nicht, nur im Biosupermarkt oder auf dem Wochenmarkt einzukaufen“.

T 3 und T 4 differenzieren das Thema „gesunde Ernährung“ aus der Perspektive als Hebammen. Zum gemeinsamen Erfahrungsraum als Hebamme gehört die Begegnung mit unterschiedlichen Gruppierungen von Frauen. „Die einen und die anderen“ Frauen werden an Beispielen elaboriert und differenziert. In den Differenzierungen, die T 3 und T 4 einbringen und an die anfänglichen Propositionen von T 4 anschließen, zeigen sich Orientierungen als Hebammen. Ihren Erfahrungsraum verhandeln T 4 und T 3 mit Propositionen und Differenzierungen. Aspekte eines gemeinsamen Erfahrungsraums als Hebammen werden geteilt.

Zusammenfassung zum ersten Beispiel

T 2, T 3 und T 4 verhandeln in dieser Anfangsphase das erste Thema für die Diskussion in der Fokusgruppe, während T 1 zuhört. Mit Selbstbezug setzt T 4 als Propositionen:

„Gesunde Ernährung“ nimmt bei mir ziemlich viel Platz ein.

Das Thema ist „wichtig und benötigt zunehmend mehr Zeit und Raum“.

„das finde ich manchmal sehr frustrierend“ und ich bin „angespannt“.

Ich bin „gespannt, wie sich gesunde Ernährung in einer Betreuung“ entwickelt.

Als Hebamme „bin ich da hinter her, mich selber weiter zu bilden“.

T 4 benennt das Thema mit „gesunde Ernährung“ und bietet ihre Erfahrungen als Hebamme an, die als solche von anderen Hebammen geteilt werden. T 2 bezieht sich mit einer Nachfrage auf den Selbstbezug von T 4. Sie rückt „erleben“ in den Fokus.

T3 differenziert die Propositionen von T 4 durch Hinweise auf Begrenzungen. Sie grenzt sich auch von T 2 ab, indem sie sich sprachlich auf der Ebene von Verallgemeinerungen bewegt:

Ernährung kann eine Nebenbaustelle sein, „weil so viel anderes in ihrem Leben (der Frau) Platz einnimmt und dann rauscht es so vorbei“.

Eine zu klärende Frage ist, ob „die einen Leidensdruck haben oder nicht“.

Leidensdruck ermöglicht Zuhören und verändert frustrierende Erfahrungen als Hebamme.

T 3 bezieht sich auf das Thema „gesunde Ernährung“. Sie gibt ihm durch die Außenperspektive eine andere Rahmung. Während T 2 nach eigenem „Erleben“ fragt, „Frustration“ und „Spannung“ bei T 4 einen Selbstbezug haben, werden emotionale Anteile von T 3 als „Leidensdruck“ bei den anderen gesehen. Sowohl T 4 als auch T 3 beziehen sich bei Emotionen, die ihnen als Hebamme begegnen, auf den Horizont mit negativer Färbung. T 3 deutet Lösungen an, indem sie die Emotionen auf Seiten der Frau mit ihren Emotionen als Hebamme in Relation setzt.

T 4 schließt sich der Außenperspektive von T 3 an und begibt sich sprachlich auch auf die Ebene von Verallgemeinerung. Ihre Differenzierungen sind:

Wenn sich die finanzielle Situation (der Frau) als nicht machbar darstellt, „braucht man (als Hebamme) gar nicht davon anzufangen“.

„Für viele Familien geht es einfach gar nicht, nur im Biosupermarkt oder auf dem Wochenmarkt einzukaufen“.

„ Gesunde Ernährung“ wird mit der Lebenssituation von Frauen verbunden. Thematisch nimmt T 4 den Aspekt der Begrenzungen auf, die sich für Handlungspraxen von Hebammen ergeben. Sie variiert jedoch die Merkmale von möglichen Begrenzungen, indem sie von emotionalen Gehalten auf „finanzielle Situation“ wechselt. T 4 und T 3 haben jetzt beide eine Außenperspektive eingenommen.

Das erste Diskussionsthema der Fokusgruppe ist „Gesunde Ernährung“. Die Textpassage beginnt im Modus des Erzählens und wechselt in Modi des Beschreibens und Argumentierens. An Propositionen schließen Differenzierungen an. Die Form der Verhandlung weist auf einen inkludierenden Modus hin, in dem gemeinsame Orientierungen zum Ausdruck kommen. Elemente eines gemeinsamen Erfahrungsraums als Hebammen deuten sich an. „gesunde Ernährung“ ist in diesem Erfahrungsraum ein Thema, das auf emotionaler Ebene und durch spezifische Lebenssituationen Rahmungen hat, die in Verbindung mit Handlungspraxen von Hebammen gesehen werden.

Zweites Beispiel

Passage „Überfluss im Supermarkt“ mit Ende von „bemuttert werden und Gelüste“

Fundstelle: Transkription Abs. 75 - 91, Audio min. 16.47 – 19.31

„T 2: (..) und DA e also, ich glaub, Schwangerschaft und Geburt iss son Bereich, wo em, (atmet ein) wo des irgendwie sich, wo des rauskommen will, wo des, so diese Bedürftigkeit (atmet ein) nach em (atmet aus und ein) auch selbst vielleicht bemuttert werden un und sich was Gutes tun und sich was Gutes tun lassen und das iss gesellschaftlich nich unbedingt (atmet ein) em gegeben. Und das (atmet ein), das treibt dann so komische Blüten oft. So erleb ich das. #00:17:16-2#

T 3: Mhm (bejahend) (.) #00:17:18-2#

T 4: (leise) Mhm (bejahend) (..) #00:17:19-3#

T 3: (atmet ein) Naja, ich mein, ich glaube, so Gelüsten nachgehen, das durfte man als Schwangere schon immer. Oder? Also, ich meine, diese Gurken sin ja nich em #00:17:27-9#

T 2: Mhm (bejahend) #00:17:28-2#

T 3: in den 90-ern oder jetzt in den 2000-ern erfunden #00:17:31-0#

T 2: (lacht) #00:17:32-0#

T 3: (atmet ein) em aber, wo ich denk, oder was mich immer (Geräusche im Raum) (.) unglaublich sprachlos macht, ist im Supermarkt durch die Süßigkeitenregale zu gehn und zu denken (atmet ein), wieviel Anteil hat das in diesem Supermarkt (.) #00:17:47-6#

T 4: Ja #00:17:47-6#

T 3: dieser Überfluss (atmet ein) und em das machts einem selber ja oft schwer zu sagen, ööh nee (.) iss (lachend) jetzt einfach zu viel Kalorien (atmet ein) oder iss jetzt einfach en schlechtes Lebensmittel, (atmet ein) macht mich krank (atmet ein) em, weil wirs vielleicht en bisschen besser wissen, kämpfen wir noch zweieinhalb Sekunden länger #00:18:11-7#

T 2: lacht #00:18:14-5#

T4 und Mo: (leise) lachen #00:18:14-6#

T 3: geben dem dann oft nach oder auch nich, aber (atmet ein) em eh dieses Bewusstsein, dass das jetzt, also (atmet ein) ich weiß, dass ich irgendwann mal vor ganz vielen Jahren im Auto dachte so, (veränderte Stimme) son Stück Schokolade iss eigentlich nur Fett (.) so (lacht) rein nominell chemisch gesehen iss es vor allem Fett (atmet ein) und das (atmet ein) war für mich son son Augenöffner, naja, und ich glaube, dass iss einfach ganz schwer (atmet ein) sich da nich von diesen ganzen Werbegeschichten, von diesen bunten Schildchen, von der Dudelmusik und von dem, (atmet ein) ich bin sowieso total gestresst, ich möcht (Räuspern von T 4) mir jetzt schnell was Gutes tun (Bewegungsgeräusch). (atmet ein) em Da immer wieder nachzufragen, brauch ich jetzt (.) dieses Lebensmittel? Brauch ich jetzt (atmet ein) em dieses Handy? Brauch ich jetzt (atmet ein) em diese teure Couch oder den fetten Fernseher, also ich meine, die ham ja (atmet ein), manche Familien haben nichts Gutes zu essen, aber ham dafür ein (atmet ein) Fernseher, der wie en Kino iss (Geräusch von Geschirr auf dem Tisch). em (.) Also diese Maßlosigkeit iss, glaub ich das, was was uns über kurz oder lang (.) eh oder was was ich immer wieder ganz unglaublich finde. (.) #00:19:28-0#

T 4: Mhm (bejahend) (..) #00:19:31-0#

T 1: Maßlosigkeit, ja das stimmt,“ (es folgt eine Exemplifizierung zum Thema Maßlosigkeit)

Transkription Abs. 75 - 82

Audio min. 16.47 – 17.32

Feininterpretation

UT bemuttert werden und Gelüste (letzter UT von OT Limo – süße Flasche)

Abs. 75 T 2

Schwangerschaft und Geburt wird von T 2 als spezifischer Bereich markiert, in dem sich Bedürftigkeit zeigt:

„Schwangerschaft und Geburt ist ein Bereich, wo das rauskommen will, die Bedürftigkeit selbst bemuttert zu werden, sich etwas Gutes zu tun und sich etwas Gutes tun zu lassen.

Das ist gesellschaftlich nicht unbedingt gegeben.

Das treibt dann oft so komische Blüten.“

T 2 fasst Bedürftigkeit als Wunsch, bemuttert zu werden, sich Gutes zu tun und sich tun zu lassen. Ausdrucksformen dieses Wunsches setzt sie in Relation zu gesellschaftlichen Regelungen. In Abs. 77 und 78 erfolgen nonverbale Zustimmung durch T 3 und T 4 dazu.

In Abs. 79 + 81 beginnt T 3 mit eigenen Ausführungen. Sie bezieht sich auf die von T 2 angesprochenen Bedürfnisse und gibt ihnen eine spezifische Rahmung mit der Formulierung „Gelüste“ und dem Hinweis auf eine normative Regel:

„Gelüsten nachgehen durfte man als Schwangere schon immer.

Oder?

Also ich meine diese Gurken sind nicht in den 90ern oder 2000ern erfunden.“

In Abs. 80 stimmt T 2 bereits nonverbal begleitend zu, in Abs. 82 gibt T 2 ihrem zustimmenden Mitgehen durch Lachen verstärkten Ausdruck.

Reflektierende Interpretation zu „bemuttert werden und Gelüsten“

Das OT Limo – süße Flasche wird von T 2 eingebracht und ausgeführt. Als Unterthemen werden „nach Süßem hungern“, „schnell Bedürfnisse befriedigen“ und „sich Aufmerksamkeit wünschen“ abgehandelt, ehe sich das UT „bemuttert werden und Gelüste“ anschließt, mit dem die Passage beginnt. T 2 hat elaboriert, dass Frauen durch Krankheiten zu Personen mit Bedeutung werden und Anrufungen von weiblicher Bedürftigkeit im Krankenhaus beantwortet werden. Frauen werden infantile Wünsche zugeschrieben. „Diese Bedürftigkeit“, selbst bemuttert zu werden, zeigen sich in Schwangerschaft und Geburt, zeigt sich Hebammen in ihrem Arbeitsbereich. Bedürfnisse werden mit „Bedürftigkeit“ verbunden und erhalten eine defizitäre Färbung. Bedürftigkeit wird mit dynamischen Eigenschaften ausgestattet und von der weiblichen Person losgelöst gesehen: „das will rauskommen“ und „das drückt sich auf komischen Wegen aus“. Diese Ausführungen werden von T 3 nonverbal an mehreren Stellen zustimmend mit „mhm“ begleitet.

Proposition von T 2 ist:

Im Bereich Schwangerschaft und Geburt zeigt sich Bedürftigkeit von Frauen nach eigener Bemutterung in dynamischer Weise, die ungewohnt und ungewöhnlich ist.

„Naja, so Gelüsten nachzugehen, das durfte man als Schwangere schon immer, oder? Also ich meine diese Gurken sind ja nicht in den 90ern oder 2000ern

erfunden“

T 3 kommentiert die Ausführungen von T 2 mit „naja“. Sie macht einen Einwurf und nimmt zwar auf die von T 2 skizzierte Bedürftigkeit von Frauen Bezug, verändert jedoch auf inhaltlicher Ebene die Rahmung und auf emotionaler Ebene die Färbung. Bedürftigkeit wird zu „Gelüsten“, die jeder kennt. In diesem Begriff steckt das Wort „Lust“, das auch in dem Schaubild des Impulses für die Fokusgruppe als ein Stichwort auftaucht. „Gelüste“ bedeutet großes „Verlangen, das sich plötzlich in jemandem regt und sich auf bestimmte sinnliche, besonders leibliche Genüsse richtet“. Die Verwendung des Begriffes steht für einen gehobenen Sprachgebrauch. (vgl. „Gelüste“ in Duden-Online 2016). Dem Begriff „Gelüste“ werden verschiedene Bedeutungsbereiche zugeordnet wie Neigung, Begierde, Verlangen, Begehrlichkeit, Verlangen nach Nahrung (www.synonyme.woxikon.de, Gelüste Aufruf 16.06.2016). „Gelüste“ haben Dynamik. Sie sind mit Verhalten verbunden, das unkontrollierbar normative Grenzen überschreitet. In der Schwangerschaft wird dies aufgrund des Zustands des weiblichen Körpers als normal und akzeptabel angesehen. Schwangerschaft und Gelüsten werden in Bezug gesetzt und legitimieren sich gegenseitig. Bedürfnisse nach Anerkennung und Fürsorge werden zu Gelüsten. Sie werden sexualisiert und mit Ersatz befriedigt, was durch Schwangerschaft Legitimation erfährt. „Gelüste“ kommen und gehen in der Schwangerschaft. Sie sind in dieser Situation sozial akzeptabel und werden akzeptiert. T 3 weist mit „man durfte als Schwangere“ auf eine Legitimation mit Geschichte hin. Sie hat Tradition, denn „man durfte schon immer“. Eine eingetretene Schwangerschaft ist zu Beginn verborgen. „Gelüste“ werden als Zeichen für Schwangerschaft gewertet und machen den verborgenen Zustand, der sich mit gelebter Sexualität verbindet, öffentlich. Mit der Aussicht auf ein Kind verändern sich normative Sichtweisen und Orientierungen, indem andere normative Maßstäbe für weibliches Verhalten in Kraft treten. Das Eintreten einer Schwangerschaft wird sozial honoriert. Regeln zur normativen Zügelung weiblichen Verlangens in Verbindung mit Sexualität und Erotik werden in den Bereich der Nahrungsaufnahme verschoben. Die Formulierung „diese Gurken“ wird als eine Art Stichwort genutzt, als Metapher, deren Bedeutung als bekannt vorausgesetzt wird. Alltagssprachlich wird „Lust auf Gurken“ unausgesprochen mit Schwangerschaft in Verbindung gebracht, und es ist ein Signal für andere. In der frühen Phase sind Schwangerschaften für andere an dieser Art von Gelüsten zu erkennen, das ist allgemein bekannt. In dem plötzlichen Verlangen, eine Gurke essen zu wollen, in der Lust auf ein ungewöhnliches Nahrungsmittel, drückt sich die Schwangerschaft als körperliche Veränderung der Frau aus. Dieses Signal für Schwangerschaft ist für andere wahrnehmbar und eröffnet eine andere Perspektive auf Weiblichkeit. Wünsche von werdenden Müttern, auch wenn sie ungewöhnlich sind, werden sozial als berechtigt anerkannt. Individuelle Wünsche werden in soziale Normierung eingepasst und mit Anerkennung und Aufwertung als Person verbunden. Dieser Vorgang der Passung von Individualität und Gruppeninteressen durch Legitimation ist keine aktuelle Erfindung. T 3 positioniert sich in Bezug auf eine kulturelle Tradition, indem sie ihre Äußerung mit „ich meine“ als eigene Meinung ankündigt und verallgemeinernd anschließt: „diese Gurken sind nicht in den 90ern oder 2000ern erfunden“. Damit kennzeichnet T 3 sich als Person mit einer eigenen Meinung und in Zugehörigkeit zu einer Gruppierung. Ihre Sichtweise auf Gelüste in der Schwangerschaft reicht über den Zeitraum der 90er oder 2000er Jahre hinaus, hat Tradition.

T 3 deutet eine Gegenposition zu T 2 an, indem sie die von T 2 skizzierten „komischen Wege“ als Normalität in der Schwangerschaft markiert, als eine Regelhaftigkeit, die in kultureller Tradition verankert ist und deren Gültigkeit unstrittig ist. Während T 2 das Abweichen von Normalität in den Fokus nimmt, führt T 3 diese Abweichung in den Normbereich zurück, der für Schwangerschaft Gültigkeit hat. Parallel verändert sich die emotionale Färbung der Ausführungen. Während T 2 von der Bedürftigkeit, die ihr begegnet, angerührt ist und dafür nach einer Ausdrucksform sucht, nutzt T 3 wieder die Außenperspektive und rhetorisch gewendete Allgemeinplätze, um sich zu distanzieren. Ihre Art zu formulieren kann als ironisch verstanden und als Mittel der Distanzierung interpretiert werden.

Opposition von T 3 ist:

Gelüste von Schwangeren sind normal, denen durfte man schon immer nachgehen. Die oppositionelle Antwort von T 3 auf ihre Proposition beantwortet T 2 mit Lachen und verbindet sich mit T 3 im gemeinsamen Erfahrungsraum als Hebamme. Das Lachen kann als Hinweis auf eine Konklusion gelesen werden. T 2 teilt die Ergänzung von T 3 und kann deren Opposition ihrer Proposition integrierend zu ordnen. Die Diskursbewegung von T 2 und T 3 vollzieht sich im beruflichen Erfahrungsraum als Hebamme, der geteilt wird. Die Bewegungsfigur des sich Berühren Lassens und sich Distanzierens, die sich in Ironie und Lachen ausdrückt, wird geteilt und wirkt auf thematischer Ebene integrierend.

Konklusion zum Erfahrungsraum als Hebamme ist:

Die süße Flasche am Sofa wird als negativer Erfahrungshorizont geteilt. Hebammen begegnen Bedürftigkeit und Gelüsten, die durch Schwangerschaft und Geburt eine Normierung und Legitimation erfahren.

Transkription Abs. 83 - 91

Audio min. 17.33 – 19.31

Feininterpretation

OT Überfluss im Supermarkt (Abs. 83 – 91)

UT unbegrenztes Warenangebot

Abs. 83 T 3

T 3 wechselt die Perspektive und schildert eine Situation, die sie sprachlos macht, im Selbstbezug: „Was mich sprachlos macht, ist durch den Supermarkt mit den Süßigkeitenregalen zu gehen und zu denken, wieviel Anteil das in dem Supermarkt hat.

Dieser Überfluss.“

Das Label für die Situation ist „dieser Überfluss“, der an einem konkreten Ort „Süßigkeitenregale im Supermarkt“ lokalisiert wird und dem eine spezifische Wirkung als „sprachlos machend“ zugeschrieben wird.

UT Schlechtes macht krank

Abs. 85

„Das macht es einem selbst oft schwer zu nein sagen, weil es zu viel Kalorien sind oder ein

schlechtes Lebensmittel, das mich krank macht.“

T 2 wechselt von der Beschreibung in Argumentation. „Nein sagen“ fällt schwer, obwohl es rationale Gründe wie „zu viel Kalorien“ gibt. Gegenstände wie „Lebensmittel“ werden als „schlecht“ gekennzeichnet und als „das macht krank“ eingeordnet.

UT Verführungssituationen

„Weil wir es ein bisschen besser wissen, kämpfen wir 2,5 Sekunden länger.“

T 3 wechselt vom „ich“ ins „wir“. Sie bezieht sich auf eine Gruppierung, zu der sie gehört, die einen Wissensvorsprung zu anderen hat. Der vermeintliche Unterschied wird von T 3 in Ironisierung gebrochen, die Grundsituation des „Kämpfens“ ist unverändert, die Kraft zum Durchhalten wird als länger eingeschätzt, der Unterschied des Durchhaltevermögens bewegt sich allerdings nur im Sekundenbereich.

In Abs. 84 T 4 stimmt T 3 begleitend zu.

T 2, T 4 und Mo lachen im Anschluss an das Sprechen von T 3 in Abs. 86 + 87

In Abs. 88 beendet T 3 ihren Satz mit „geben dem dann oft nicht nach.“

Dann findet sie einen Anker für eine andere Situation, die ihr dazu einfällt:

„Aber dieses Bewusstsein.

Vor ganz vielen Jahren saß ich im Auto und dachte, ein Stück Schokolade ist nur Fett, rein chemisch gesehen Fett, das war für mich ein Augenöffner.

Es ist ganz schwer, sich nicht von diesen ganzen Werbegeschichten, von diesen bunten Schildchen, von der Dudelmusik beeinflussen zu lassen.

Ich bin total gestresst, ich möchte mir jetzt schnell etwas Gutes tun, und dann immer wieder nachzufragen, brauche ich das Lebensmittel.

Brauche ich das Handy, die teure Couch, den fetten Fernseher?

Manche Familien haben nichts Gutes zu essen, aber einen Fernseher, der wie ein Kino ist.“

T 3 beginnt mit einer Erzählung. Die Situation wird zeitlich verortet mit „vor ganz vielen Jahren“ und räumlich verortet mit „im Auto sitzen und denken“. Es geht um eine Erkenntnis, die als „Augenöffner“ gekennzeichnet wird. T 3 sieht „Schokolade“ als Gegenstand, der Begierde bei ihr auslöst, sie realisiert die „chemische“ Beschaffenheit und verweist Schokolade als „nur Fett“ auf ihren Platz. Es folgt ein Rückbezug auf die Situation im Supermarkt. Die Gemeinsamkeit beider Situationen liegt der Erzeugung von Bedürfnissen und Verführungssituationen, die anders eingeordnet werden können, wenn sie aus Distanz betrachtet werden. T 3 wechselt mit dem letzten Satz die Perspektive. Sie schaut vergleichend auf Familien, die ihr begegnen.

UT Maßlosigkeit

„Diese Maßlosigkeit, was uns über kurz oder lang, was ich immer wieder unglaublich finde.“

T 3 gibt dem, was sie sieht, ein neues Label mit „Maßlosigkeit“, zu der sie sich positioniert.

In Abs. 89 stimmt T 4 nonverbal zu. Dann folgt eine Pause.

In Abs. 90 bezieht sich T 1 zustimmend auf T 3 mit „Maßlosigkeit, ja, das stimmt“. Dies ist der Anker für T 1. Es schließt sich eine Erzählung an, mit der sich T 1 erstmals in der Fokusgruppe positioniert. Sie wird dazu wieder von T 2 nonverbal zustimmend ermuntert.

Reflektierende Interpretation zu „Überfluss im Supermarkt“

„aber wo ich denke, oder was mich immer sprachlos unglaublich macht, ist im Supermarkt durch die Süßigkeitenregale zu gehen und zu denken, wieviel Anteil das hat in diesem Supermarkt“

Die Ausdifferenzierung gemeinsamer Orientierungen wird fortgesetzt. T 3 beschreibt eine neue Situation. Sie verlässt die Verortung im beruflichen Kontext als Hebamme und erzählt von sich, wenn sie durch einen Supermarkt geht. Sie startet erzählend und verallgemeinert ihre Sichtweise. Ihre Perspektive ist die einer Konsumentin des reichhaltigen Angebots im Supermarkt und speziell in der Süßwarenabteilung. Die Verführungssituationen und Befriedigung möglicher Bedürfnisse bleiben weiter im Fokus. T 3 wählt die Lust auf Süßigkeiten, deren Befriedigung sich für Konsument_innen im Supermarkt anbietet. An diesem Ort wird eine Vielfalt von Produkten angeboten, die gekauft werden können, wenn man über Geld verfügt. Als kritisch gefärbte Frage wird aufgeworfen, welchen Anteil Süßigkeiten am Angebot von Lebensmitteln im Supermarkt haben. Die Frage ist selbstbezogen und wird rhetorisch an andere als Publikum gerichtet. Der Begriff „wieviel“ fängt mit „wie“ die Vielfalt ein und bindet sie an eine Mengenangabe zum „viel“. Vielzahl und Menge sind Eigenschaften, die zur Beschreibung von Markt und Konsum gehören. Es geht um Messen und Vergleichen. Das Angebot der Produkte erscheint grenzenlos und „macht sprachlos“. Das ist „unglaublich“ und bringt T 3 zum „Denken“. Glauben und Denken werden ebenso als Horizonte gegenüber gestellt wie sprechende Vielfalt und sprachlos machender Überfluss der angebotenen Produkte. T 4 kommentiert die Szene zustimmend mit „ja“, sie stimmt den Eindrücken zu, teilt diese Erfahrungen. Gemeinsame Orientierungen deuten sich an.

„dieser Überfluss und das macht es einem selbst ja oft schwer zu sagen, ööh nee, ist jetzt einfach zu viel Kalorien oder ist jetzt einfach ein schlechtes Lebensmittel, macht mich krank“

T 3 spricht weiter, ohne unterbrochen zu werden, und bringt ihre Wahrnehmung im Supermarkt auf den Punkt mit dem Begriff „dieser Überfluss“. Überfluss wird zur Metapher für die konkrete Situation im Supermarkt und für die aktuelle Lebenssituation in der Konsumgesellschaft in Deutschland. Die Menge der Kalorien ist „einfach zu viel“, die Bewegung zur Abgrenzung wird „schwer gemacht“, in den Situationen entwickelt sich Verführung als ein „Fluss“, der Begrenzungen überschreitet, der Fluss wird zum „Überfluss“. Im Supermarkt mit der Vielfalt und Menge der angebotenen Produkte überspülen optische und akustische Reize das Denken und Fühlen von Menschen. „das macht es schwer“, sich angemessen zu verhalten und zu wählen. Mögliche Argumente für eine Abwahl werden aufgeführt mit „zu viel Kalorien“ und „schlechte Lebensmittel, die krank machen“. Maßstab zur Bewertung ist, ob etwas als „krank machend“ eingeordnet wird, was sowohl „zu viel“ als auch „schlecht“ sein kann. Positive Gegenhorizonte werden weder angedeutet noch ausgeführt. Situationen der Verführung werden mit Bewertungen auf der Ebene der Vernunft aufgelöst. Gelüste und vernünftige Bewertung bilden ein Gegensatzpaar, zwischen denen sich Sichtweisen und Handlungspraxen bewegen.

„weil wir es vielleicht ein bisschen besser wissen, kämpfen wir noch zweieinhalb Sekunden länger und geben dem dann oft nach oder auch nicht“

Für die Situation im Supermarkt konstruiert T 3 eine Gruppierung „Wir“, die sich von andern

abgrenzt. Für diese Gruppierung gilt, „es vielleicht ein bisschen besser (zu) wissen“. Es gibt eine Gruppierung von Menschen, die über Wissen verfügen, das T 3 als „ein bisschen besser“ markiert. Zu dieser Gruppierung zählt sie sich selbst und formuliert: „wir wissen es“. „Wir“ kann als Hinweis auf Orientierungen im gemeinsamen Erfahrungsraum als Hebammen, gelesen werden, die sie mit anderen Hebammen teilt, sowie als Hinweis auf gemeinsame Orientierungen als kundige Mitglieder einer Konsumgesellschaft. In beiden Lesarten drückt sich Zugehörigkeit zu einer Gruppierung aus, die herausgehoben wird. Beide Lesarten bieten den Mitwirkenden der Fokusgruppe die Möglichkeit, sich dieser Sichtweise anzuschließen und sich mit diesen Orientierungen ebenfalls zugehörig zu fühlen und sich von andern distanzierend abzugrenzen. Auch die Gruppierung der besser Wissenden muss in Verführungssituation im Supermarkt „kämpfen“. Der Supermarkt wird als Ort des Kampfes für alle markiert. Im Vergleich ist nur die Dauer des Kampfes als Unterschied zwischen den Gruppierungen auszumachen. Der Unterschied wird gemessen mit „zweieinhalb Sekunden länger“, was in ironischer Brechung als Hinweis auf einen geringen Unterschied gelesen werden kann. Die Formulierung „besser Wissenden“ verleitet erst zu einem Eindruck der positiven Bewertung, der sich jedoch durch die Angabe „2,5 Sekunden“ relativiert. Die Distanz zwischen den Gruppierungen wird zurückgenommen, die Grenzen werden wieder unscharf, Differenzierungen werden außer Kraft gesetzt, die hervorgehobene Gruppierung fällt zurück in die Menge aller Menschen. Wissen ist in Verführungssituationen eine beliebige Größe. Für die Gruppierung der „besser Wissenden“ und andere gilt: Sie „geben dem dann oft nach oder auch nicht“.

Diese Ausführungen von T 3 werden durch Lachen von T2, T4 und Mo begleitet, was als Reaktion auf die ironische Brechung gelesen werden kann. Das Lachen kann auch als Zustimmung zu diesen Sichtweisen und als Hinweis auf gemeinsame Orientierungen interpretiert werden.

Differenzierende Elaboration im Modus der Exemplifikation zu Ernährung von T 3:

„Dieser Überfluss“ im Supermarkt „macht sprachlos“.

„Es ist schwer“, zu einer Einschätzung und Entscheidung zu kommen.

Handeln vollzieht sich als Bewegung zwischen Lust und Vernunft.

Situationen wie im „Supermarkt“ erfordern „kämpfen“, der Ausgang ist offen.

T 3 schildert eine andere Situation, die ihr in diesem Zusammenhang einfällt. Sie kennzeichnet diese Situation mit „so ein Augenöffner“. Sie nutzt ein körperbezogenes Motiv, ihre Augen wurden geöffnet. In dieser Situation ist etwas geschehen, das ihr ein Sehen ermöglicht hat, dass ein einordnendes Erkennen bewirkt. Dieses Erkennen wird als passiver Prozess gefasst, der mit ihr geschieht, während sie im Auto sitzt. Sie sieht „Schokolade“ und erkennt „eigentlich nur Fett“ und „so rein nominell chemisch gesehen ist es vor allem Fett“. Das Objekt der Begierde wird mit Hilfe von naturwissenschaftlichem Wissen in Bestandteile zerlegt. Durch diese Transformation verliert es seinen Glanz und die Kraft zur Verführung. Begehren wird so begrenzt, Bedürfnisse werden handhabbar. Das Verlangen nach Schokolade, über das T 3 spricht, ist ein Beispiel für Gelüste. Auf körperlich-sinnlicher Ebene findet ein dynamischer Prozess statt, der mit der Zuordnung des Gegenstandes zu „Fett“ auf der Ebene des Wissens abgebremst wird. Die Gefahr der Verführung durch Verlangen, die sich angesichts der Schokolade anbahnt, wird durch den Wechsel auf die Ebene des Wissens und der Vernunft gebannt. Wissen wird als Instrument der Zügelung von sinn-

lichem Verlangen eingesetzt, um es kontrollieren zu können. Das wissende Erkennen ermöglicht, aktiv zu werden, handlungsfähig zu werden und zu bleiben, um die Situation zu gestalten. In dem Beispiel von T 3 klingen Sichtweisen an, ohne im Detail erzählt zu werden, die als Hinweise auf eine Orientierung gelesen werden können. Der Bezug auf naturwissenschaftliches Wissen und Erkennen ermöglicht T 3 eine Distanzierung von der emotionalen Verführung der Situation mit überfließendem Verlangen. Es gelingt ihr, die Lust zu kontrollieren, indem sie das Objekt in einen anderen Kontext stellt und so entzaubert.

Propositionen von T 3 sind:

Verlangen kann beherrscht und kontrolliert werden.

Erkennen und Wissen sind Instrumente der Zügelung von Verlangen.

T 3 kehrt zur Situation im Supermarkt zurück mit „es ist einfach ganz schwer, sich da nicht“ und kennzeichnet die Situation jetzt mit „von diesen ganzen Werbegeschichten, von diesen bunten Schildchen, von der Dudelmusik“. Wieder geht es um eine Verführungssituation, es werden alle Sinnesebenen einbezogen und mit Reizen bespielt: Hören von Geschichten und Musik sowie Sehen von bunten Bildern, die Eindrücke überfluten. Das Ansprechen der körperlich-sinnlichen Ebene in dieser Situation ist umfassend und erzeugt Stress, der sich weiter aufbaut. Zum situativen Stress kommt Stress hinzu, der aus dem Alltag mitgebracht wird: „ich bin sowieso total gestresst“. Es entsteht ein drängendes Bedürfnis. T 3 formuliert: „ich möchte mir jetzt ganz schnell etwas Gutes tun“. Die Formulierung weist auf Dramatik und Steigerung hin. Befriedigung muss „jetzt“ und „ganz schnell“ erfolgen. Das Wie bleibt unbestimmt und beliebig mit „etwas Gutes tun“. Die Situation im Supermarkt löst durch einen Überfluss von Reizen aus Verlangen, das sich der Kontrolle entzieht.

„Da immer wieder nachfragen, brauche ich jetzt dieses Lebensmittel? Brauche ich jetzt dieses Handy? Brauche ich diese teure Couch oder den fetten Fernseher“

T 3 wechselt in eine Außenperspektive. Mit „da“ kennzeichnet sie sowohl den Ort des Supermarktes als auch Situationen des unkontrollierten Verlangens, in der es nachzufragen gilt. „Nachfragen“ wird als Lösung für solche schwierigen Situationen präsentiert. In rhetorischer Wendung bringt T 3 Beispiele für dieses Nachfragen. Es sind Fragen, die erst aus einer Außenperspektive möglich werden. Mit diesen Fragen reflektiert T 3 die Situation des Verlangens. Sie macht sich mit „brauche ich?“ zum Subjekt dieser Fragen und bezieht andere Fragende mit ein. „Ich“ markiert eine Person als Sprecherin, die gleichzeitig anderen Personen eine Stimme gibt, quasi stellvertretend für eine Gruppierung von Menschen, die sich in diesen Situationen befinden. Die Formulierung von Fragen wird mehrfach wiederholt und so in ihrer Dringlichkeit und Eindringlichkeit verdichtet. Die Fragen rücken Werte und Wahlmöglichkeit in den Fokus, Entscheidungen sind so möglich. Mögliche Entscheidungen werden von T 3 an Beispielen verdeutlicht, die mit Stichworten gefasst werden wie „Handy“, „teure Couch“, „großer Fernseher“. Zeichen von Wohlstand, die am Besitz spezifischer Güter festgemacht werden, werden als Metapher genutzt, die allgemein verständlich sind und nicht erläutert werden müssen. Die Bedeutung von materiellem Wohlstand in Verbindung mit Milieuzugehörigkeit klingt hier an und kann als Hinweis auf Orientierungen gelesen werden.

In den Ausführungen von T 3 verbinden sich Erzählen und Beschreiben von Situation zu einer Argumentation, die als Suche nach Erklärungen für „Kampfsituationen“ gelesen werden, um

Lösungen dafür zu finden. In einer Art Selbstbezug wird reflektiert. Der Gültigkeitsbereich der Lösungen wird indirekt ausgeweitet auf andere Personen in diesen spezifischen Situationen. Als Orientierung deutet sich an, dass eigene Normativität zum normativen Gebot für andere erhoben wird. Individuelle Sichtweisen werden im Bereich der Normalität verortet. Auf „andere“ wird mit einer Außenperspektive geschaut, sie werden mit einem normativen Raster bewertet, das auf den Orientierungen beruht, die bei T 3 mitschwingen.

Propositionen von T 3 sind:

Sich Fragen stellen hilft, mit Verführungssituationen umgehen zu können.

Bedürfnisse müssen einordnend bewertet werden.

Verführungssituationen werden so kontrollierbar.

„also ich meine, die haben ja, manche Familien haben nichts Gutes zu essen, aber haben dafür einen Fernseher wie ein Kino“

Eingeleitet durch „also“ kommt T 3 zu einer Bewertung von „Familien“. Sie kennzeichnet damit Situationen, denen sie als Hebamme begegnet, die zum beruflichen Erfahrungsraum von Hebammen gehören. T 3 begegnet Familien, die „nichts Gutes zu essen haben, aber“ einen großen Fernseher besitzen. Die Situation wird durch „haben“ gekennzeichnet. Das Haben wird mit normativen Regeln bewertet mit den Horizonten „nichts Gutes haben“ und „Gutes haben“. Mit „zu essen haben“ wird Ernährung als Perspektive markiert. Der Blick wandert durch den familiären Lebensraum und richtet sich auf Gegenstände wie „Fernseher haben“. Der Lebensraum wird mit „nichts Gutes zu essen haben“ und „Fernseher haben“ beschrieben. Die Formulierung „Fernseher wie ein Kino“ wird als Metapher verwendet und kann als Hinweis auf die Kombination von Überfluss und Unvernunft gelesen werden, die anschließend mit „Maßlosigkeit“ begrifflich auf den Punkt gebracht wird. T 3 geht davon aus, dass ihre Sichtweise von anderen geteilt wird und keiner Erklärung oder weiteren Erläuterung bedarf.

„also diese Maßlosigkeit ist, glaube ich, das, was uns über kurz oder lang, oder was ich immer unglaublich finde“

Mit „also“ wird ein Ergebnis markiert. Vom „Überfluss im Supermarkt“ ist T 3 bei „Maßlosigkeit“ angelangt, die in Verbindung mit „Gelüsten“ steht. Von der Maßlosigkeit, die ihr begegnet, ist T 3 beeindruckt. Die Formulierung wird mit „glaube ich“ als Einschätzung markiert. Die Formulierung „was uns über kurz oder lang“ kann als Hinweis auf mögliche Befürchtungen von T 3 gelesen werden. T 3 sieht sich in Zugehörigkeit zu einer Gruppierung. Es deuten sich Konsequenzen für „uns“ an, die jedoch nicht weiter konkretisiert oder begründet werden. Es wird ein zeitlicher Prozess angesprochen mit „über kurz oder lang“, was als Hinweis auf Begründungszusammenhänge in einer zeitlichen Dimension gelesen werden kann. T 3 kennzeichnet Maßlosigkeit mit „finde ich immer unglaublich“. Maßlosigkeit wird außerhalb von Wissen im Glauben verortet. T 3 nimmt eine Art übersinnliche Rahmung vor und bleibt inhaltlich unbestimmt. Durch diese Rahmung erfährt Maßlosigkeit eine Dramatik, die sich mit Befürchtungen verbinden kann.

In den Ausführungen entwickelt sich keine Perspektive der Solidarität, obwohl die „Kampfsituation“ im Supermarkt für alle Menschen in dieser Situation gilt. Die berufliche Situation als Hebamme spielt in Situationsdarstellungen von T 3 eine eher untergeordnete Rolle. Erst mit dem Bezug zu Familiensituationen wird ein Hinweis auf den beruflichen Erfahrungsraum von Hebammen gegeben.

Die Außenperspektive und Distanz sind vorherrschend. Die Frage, wie Hebammen mit eigenen Bedürfnissen nach beruflicher Anerkennung und Wertschätzung umgehen, wird nicht gestellt. Eine Öffnung zur Generalisierung der Frage wäre möglich: wie steht es mit Bedürfnissen nach Anerkennung und Wertschätzung von Frauen allgemein? Prozesse der Solidarisierung und Solidarität könnten sich in gemeinsamem Lernen entwickeln. Solche ausbaufähige Verbindungslinien zur eigenen beruflichen Situation als Hebamme klingen hier jedoch nicht an.

Differenzierende Proposition von T 3 ist:

**„Manche Familien haben nichts Gutes zu essen, aber einen Fernseher wie ein Kino.“
Überfluss und Unverstand verbinden sich zu Maßlosigkeit.**

Diese Maßlosigkeit ist unglaublich.

T 4 stimmt T 3 nonverbal mit „mhm“ zu. Sichtweisen von T 3 werden nicht weiter kommentiert und bleiben unwidersprochen. Es folgt eine kurze Gesprächspause, ehe sich T 1 zum ersten Mal mit einem längeren Beitrag in die Diskussion einbringt. Das Ende der Passage kann als Hinweis gelesen werden, dass Orientierungen konklusiv geteilt werden. Elemente von Orientierungen im gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen werden in der Textpassage sichtbar.

Zusammenfassung zum zweiten Beispiel

Die Proposition von T 2 ist, dass sich im Bereich Schwangerschaft und Geburt Bedürftigkeit von Frauen nach eigener Bemutterung in dynamischer Weise zeigt, die ungewohnt und ungewöhnlich ist. Die Proposition bezieht sich auf den beruflichen Erfahrungsraum von Hebammen. Von T 2 wird der Aspekt markiert, dass dort spezifische Begegnungen stattfinden, die Bereiche berühren, die außerhalb von Normalität liegen. T 3 geht dazu in Opposition, indem sie sagt: Gelüste von Schwangeren sind normal, denen durfte man schon immer nachgehen.

Als Konklusion zum Erfahrungsraum als Hebamme ergibt sich am Ende der Ausführungen von T 2, dass die süße Flasche am Sofa als negativer Erfahrungshorizont geteilt wird. Hebammen begegnen Bedürftigkeit und Gelüsten, die durch Schwangerschaft und Geburt eine Normierung und Legitimation erfahren.

T 3 schließt mit dem Erzählen von Beispielen an. Sie löst sich vom beruflichen Erfahrungsraum als Hebamme, bleibt jedoch beim Thema Ernährung und beschreibt eine spezifische Situation im Supermarkt. Propositionen sind: „Dieser Überfluss“ im Supermarkt „macht sprachlos“. „Es ist schwer“, zu einer Einschätzung und Entscheidung zu kommen. Handeln vollzieht sich als Bewegung zwischen Lust und Vernunft. Situationen im „Supermarkt“ erfordern „kämpfen“, der Ausgang ist offen.

Argumentativ entwickelt sie Lösungen für dieses Kämpfen. Propositionen sind, dass Verlangen kontrolliert werden kann und Erkennen und Wissen Instrumente der Zügelung von Verlangen sind. Die Situationen werden erzählt und explizierend in allgemeine Handlungspraxen transformiert, die einer Logik folgen und mit folgenden Propositionen gefasst werden: Sich Fragen stellen hilft, mit Verführungssituationen umgehen zu können. Bedürfnisse müssen einordnend bewertet werden. Verführungssituationen werden so kontrollierbar.

Der berufliche Erfahrungsraum von Hebammen kommt wieder in den Fokus: „Manche Familien haben nichts Gutes zu essen, aber einen Fernseher wie ein Kino.“ Als Propositionen schließen sich an: Überfluss und Unverstand verbinden sich zu Maßlosigkeit und diese Maßlosigkeit

ist unglaublich.

In der Textpassage verbindet sich der Modus des Erzählens mit Modi des Beschreibens und Argumentierens. In Elaboration und Differenzierungen mit Beispielsituationen werden mehrere Propositionen entwickelt, die in einem argumentativen Zusammenhang zu sehen sind. Die Form der Verhandlung weist auf einen inkludierenden Modus hin, in dem gemeinsame Orientierungen sichtbar werden, die in Verbindung mit Normativität und Normalität stehen. Mit den Beispielen dieser Textpassage konkretisiert sich der gemeinsame Erfahrungsraum von Hebammen.

5.6 Orientierungen im gemeinsamen Erfahrungsraum

Um auf die anfangs gestellten Fragen an das Material der Fokusgruppe zurück zu kommen, kann festgehalten werden, dass identische oder vergleichbare Erlebnisse in der Diskussion zur Sprache kommen und in inkludierendem Modus verhandelt werden. Propositionen werden elaboriert und differenziert. Orientierungen werden sichtbar, die auf einen gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen hinweisen. Die interpretierten Beispiele aus der ersten Diskussionsphase weisen bereits auf diese Orientierungen hin, die im weiteren Verlauf der Diskussion verdichtet werden.

Die Hebammen der Fokusgruppe konstruieren einen gemeinsamen Erfahrungsraum, der als beruflicher Erfahrungsraum von Hebammen allgemein gesehen werden kann. Sie exemplifizieren spezifische Situationen, Erfahrungen werden geteilt. Hebammen begegnen in ihrem beruflichen Alltag Bedürftigkeit und Maßlosigkeit von Bedürfnissen. Sie können davon überflutet werden. Sie begegnen anderen und sind befremdet. Sie erleben Verwunderung und Frustration. Es entstehen Bewegungen und Gegenbewegungen, die sich zwischen Normativität und Normalität entspannen. Im Material zeigen sich Hinweise auf Handlungspraxen, die als Lösungsversuche von konflikthaften Spannungen gelesen werden können. Um handlungsfähig zu sein, müssen Situationen kontrollierbar bleiben. Die Außenperspektive wird zum Instrument von Kontrolle und dient der Beherrschung. Distanz herstellen bietet sich als Strategie zur Lösung aus Situationen an, in denen Befremdung und Überflutung droht.

Aus einem breit angelegten Impuls wird als Thema für die Diskussion „Gesunde Ernährung“ gewählt und im Verlauf über mehrere Phasen verhandelt. „gesund leben lernen“ wird als „gesunde Ernährung“ konstruiert. Das Tun „leben lernen“ wird in einen Gegenstand „Ernährung“ transformiert. Die Flexibilität und Beweglichkeit als mögliche Handlungspraxis wird begrenzt und verfestigt. Ernährung gehört zur menschlichen Normalität und kann bewertet werden als gut oder schlecht. Zu Ernährung kann auf fachliche Wissensbestände, Maßstäbe und Messeinheiten zurückgegriffen werden. Es gibt Expert_innen für das Thema, die gefragt sind. Die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, mit denen Hebammen beruflich zu tun haben, werden direkt in Verbindung mit Nahrung und Ernährung gesetzt. Von Beginn an ist menschliche Existenz und Überleben an Nahrung und Ernährung gebunden. Im deutschen Lebensraum wird Ernährung gegenwärtig als Thema mit medizinischer oder ökologischer Orientierung allgemein diskutiert und hat eine spezifische Aufladung als bedeutsam. Die Bedeutsamkeit strahlt auch auf Berufsgruppen ab, die hierzu etwas sagen können, und hebt so Hebammen in den Status von Ex-

pertinnen. Das Thema hat Relevanz im Erfahrungsraum von Hebammen.

Handlungspraxen im Zusammenhang mit Ernährung dienen der Kontrolle von Verlangen und Maßlosigkeit. Spezifisches Wissen wird als ein Instrument der Zügelung angesehen, das allein jedoch nicht als ausreichend angesehen wird, um Situationen des Kämpfens gewinnen zu können. Normalität und Normativität bilden einen Korridor für mögliche Handlungspraxen. Innerhalb der Grenzen dieses Korridors werden Bewegungsfiguren entwickelt.

Erkenntnisse zu „gesund leben lernen“ und zu einer Feldlogik im Hebammenberuf aus dem Material der Fokusgruppe werden in Teil C aufgenommen und durch erweiterte komparative Analyse (vgl. Teil C Kapitel 2 und 3) vertieft.

Teil C: Einbettung der Erkenntnisse

1. Überlegungen zum Vorgehen

Im Material des Forschungsprojektes geht es um berufliche Situationen und Praxen von Hebammen oder Familienhebammen, über die in Interviews oder der Gruppendiskussion berichtet werden. Für die weitere Auswertung schließt sich die Frage an, wie ein gemeinsamer Erfahrungsraum im Beruf von Hebammen geteilt wird und wie „gesund leben lernen“ als berufliche Praxen für diesen Erfahrungsraum konstruiert wird (vgl. auch Teil B Kapitel 1.3, Kapitel 2.5, Kapitel 3.6, Kapitel 4.6, Kapitel 5.6).

In Teil C wird es nun darum gehen, die Erkenntnisse aus den einzelnen empirischen Bausteinen verbindend auf einander zu beziehen und ordnend nach Anschlüssen für eine theoretische Einbettung der Erkenntnisse auf der Basis der Materialien zu suchen. Auf einer theorieorientierten Ebene richtet sich diese Suche auf mögliche Verallgemeinerungen in Bezug auf Orientierungen und Orientierungsschemata, die sich in den Sichtweisen und beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen und zu „gesund leben lernen“ zeigen (vgl. auch Teil B Kapitel 1.3, Kapitel 3.6, Kapitel 4.8, Kapitel 5.6).

Die erneuten Suchbewegungen richten sich vom empirischen Material ausgehend auf eine Erkenntniserweiterung durch Orientierung an Theorien. Die Materialien der einzelnen Bausteine (vgl. Teil B Kapitel 2, 3, 4, 5) werden in Teil C als empirisches Material angesehen und als Basis für eine komparative Spurensuche zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden genutzt. Während in Teil B die Ebene des Vergleichens und Kontrastierens das Material des einzelnen empirischen Bausteins ist, erfolgt dies in Teil C alle Bausteine zu den Aspekten Feldlogik im Hebammenberuf und „gesund leben lernen“ einbeziehend.

Die Theorieorientierung in diesem Vorgehen wird als Prozess des erneuten Öffnens für Forschungsfragen verstanden. Fragen sind jetzt an das Material des Forschungsprojektes gerichtet

und themenbezogen zugespißt. Die forschende Perspektive auf das empirische Material verändert sich in Richtung einer Engführung oder einer vorläufigen Schließung in möglicher Differenzierung von Erkenntnissen. Im Forschungsprozess verbinden sich dieses Öffnen und Schließen zu einer erneuten Suchbewegung nach ergänzenden Erkenntnissen (vgl. Teil B Kapitel 1).

Durch kategoriales Dimensionieren und Relationieren entwickeln sich Konstruktionen bzw. Rekonstruktionen von Situationen und beruflichen Praxen von Hebammen und Familienhebammen. In rekonstruktiven Suchbewegungen zur Annäherung werden so unterschiedliche Perspektiven systematisch verbunden und thematisch an „gesund leben lernen“ expliziert.

In diesem Annäherungsprozess wird das Material komparativ mit methodischen Instrumenten in Orientierung an der Dokumentarischen Methode analysiert (vgl. Bohnsack 2013, 2014, Nohl 2012, Przyborski 2004 sowie Teil B Kapitel 3.5, Kapitel 4.7, Kapitel 5), um Erkenntnismöglichkeiten zu erweitern.

In der Theorieorientierung wird auf theoretische Rahmungen mit den Konzepten Habitus und Feld von Pierre Bourdieu (vgl. Bourdieu 1996) sowie mit den Konzepten Erfahrungsraum, Orientierungsschemata und Orientierungsrahmen von Ralf Bohnsack (vgl. Bohnsack 2014) Bezug genommen. Des Weiteren wird an das Konzept Resonanz als Weltbeziehung mit Resonanzsphären und Resonanzachsen, wie es von Hartmut Rosa (vgl. Rosa 2016) entwickelt wird, angeschlossen, um Subjekte in ihrer Weltbeziehung beschreiben zu können, die sich in Sichtweisen auf und in beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zu „gesund leben lernen“ zeigen.

Zu diesen theoretischen Anschlüssen und ihren Rahmungen folgen kurze zusammenfassende Einführungen. Auf der Basis von Beispielen werden daran anschließend aus dem Material Aspekte der Feldlogik in einer Spezifizierung auf den Beruf von Hebammen (vgl. Bourdieu und Teil C Kapitel 1.1) und Aspekte zu „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegungen (vgl. Rosa und Teil C Kapitel 1.2) herausgearbeitet.

1.1 Anschlüsse an Pierre Bourdieu und Ralf Bohnsack

In einem bereits 1988 geführten Interview mit Beate Kraus (vgl. Kraus 1988, S. 20 – 34) beschreibt Pierre Bourdieu in wissenschaftstheoretischer Reflexion, wie sich Forschen für ihn entwickelt hat. Ausgehend von eigenen Erfahrungen und einer philosophischen Ausbildung hat er sich sozialwissenschaftlichen Fragen zugewandt.

Nach Bourdieu (Kraus 1988, S. 22) ist es für die Soziologie wichtig,

„sich intensiv mit der Konstruktion zu befassen, weil sich die soziale Welt gewissermaßen selber konstruiert: Wir stecken voller Prä-Konstruktionen. Unausgesprochen und unbewusst werden in Alltagserfahrungen und auch in vielen sozialwissenschaftlichen Arbeiten Erkenntnisinstrumente für die Objektkonstruktion eingesetzt, die eigentlich selbst zum Objekt gemacht werden müssten.“

Für Bourdieu blendet Wissenschaft, die nicht als Konstruktion verstanden wird, Strukturen des sozialen Raums aus, in denen Diskurse sowohl produziert als auch begrenzt werden.

Diskurse finden in einem sozialen Raum statt, der durch Strukturen festgelegt ist, die es im Prozess des Forschens zu konstruieren gilt. Zur „Reflexion über die Art der wissenschaftlichen Ob-

jekte und die aktive Rolle des Wissenschaftlers bei der Produktion dieses Objektes“ sagt Bourdieu (Krais 1988, S. 23),

„dass Wissenschaft nicht möglich ist, wenn es dem Wissenschaftler nicht gelingt, auf Distanz zu sich selbst als interessiertem und handelnden Subjekt zu gehen.“

Für Bourdieu (Krais 1988, S. 24) „gibt es Dinge, die man nicht mehr versteht, wenn man den wissenschaftlichen Blick nicht selbst zum Objekt macht.“ Distanz zu halten bedeutet für ihn (Krais 1988, S. 25),

„die Würde der Leute zu respektieren“,

„Dinge mit Anteilnahme zu sehen, aber sich nicht hineinziehen zu lassen“,

„sich nicht zum Komplizen machen zu lassen“.

Er verwendet dafür den „Begriff Interesse“. In dem Interview (Krais 1988, S. 27) fragt Beate Krais ihn daraufhin: „Wie macht man das, ein wissenschaftliches Objekt konstruieren?“ und Pierre Bourdieu antwortet, dass sich diese Arbeit „im Verlauf der Untersuchung über viele kleine Schritte und über eine ganze Serie kleiner Korrekturen vollzieht“.

Nach Bourdieu wird die Aufteilung von Theorie und Empirie als Gegensatzpaar überwunden. Die Aufspaltung wird in wechselseitiger Verschränkung aufgehoben, Forschen als Prozess (vgl. Teil A Kapitel 7.6) rückt in den Fokus. Bourdieu sagt zum Schluss des Gesprächs (Krais 1988, S. 34):

„Wenn man wirklich die Welt wenigstens ein bisschen so sehen und so über sie reden will, wie sie ist, dann muss man akzeptieren, dass man sich immer im Komplizierten, Unklaren, Unreinen, Unscharfen usw. und also im Widerspruch zu den gewöhnlichen Vorstellungen von strenger Wissenschaft befindet.“

In diesem Verständnis erfolgt in Teil C eine erneute Auseinandersetzung mit dem Material des Forschungsprojektes zur theoretischen Einbettung von Erkenntnissen zu beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen.

In seinen Studien hat Bourdieu als soziologische Konstruktionen die Grundbegriffe Habitus, Feld und Kapital weiterentwickelt. Mit diesen Instrumenten lassen sich Erkenntnisse über die Logik der sozialen Welt als Feld der Relationen fassen.

Bourdieu betrachtet Habitus (Bourdieu 1992, S. 31) „als Verbindungsglied zwischen der Position oder Stellung innerhalb des sozialen Raums und spezifischen Praktiken, Vorlieben usw.“ und formuliert:

„das, was ich Habitus nenne, das ist eine allgemeine Grundhaltung, eine Disposition gegenüber der Welt, die zu systematischen Stellungnahmen führt.“

Bezogen auf die empirischen Bausteine des Forschungsprojektes zeigen sich Aspekte des Habitus in Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen als Dispositionen gegenüber der Welt.

Der Begriff Habitus bei Bourdieu bezieht sich auf Ebenen der Wahrnehmung, des Denkens und Handelns. Als Wahrnehmungsschemata strukturiert der Habitus die Wahrnehmung des Alltags. Er ist ein Denkschemata von Alltagstheorien, Klassifikationsmuster, Normen und Beurteilungskriterien. Als Handlungsschemata bringt er Praktiken des Handelns hervor. Als praktischer Sinn konstruiert der Habitus die Welt und ist dem Körper einverleibt. Elemente des Habitus von Hebammen oder Familienhebammen zeigen sich im Forschungsprojekt auf der Ebene von Wahrnehmung, Denken und Handeln in unterschiedlichen Perspektiven auf die beruflichen Praxen.

Nach Schwingel (vgl. Schwingel 2003) ist Habitus als das implizite Einverständnis zwi-

schen allen Akteur_innen zu verstehen, die das Produkt ähnlicher Bedingungen eines Feldes sind. Homogenität von Habitus-Formen bildet die Basis für gegenseitiges Verstehen und dieses Verstehen benötigt einen gemeinsamen Code in der Kommunikation und Interaktion. Sozialisation geht mit Habitualisierung einher. Die Position im sozialen Raum formt den individuellen Habitus als ein System von Grenzen. Zu Zielsetzungen der beruflichen Sozialisation als Hebamme oder Familienhebamme kann im Forschungsprojekt auf Dokumente zur Aus- und Weiterbildung Bezug genommen werden. Die Diskurse in der Fokusgruppe geben in der Interaktion weitere Hinweise auf einen gemeinsamen Code als Hebammen.

Nach Bourdieu steht der Habitus in Bezug zu einem spezifischen Feld. Soziale Praxis wird erklärt mit der Formel ((Habitus) (Kapital)) + Feld = Praxis (vgl. Bourdieu, 1992, S. 175). Habitus und Kapital der Akteur_innen sind Bestandteile des Feldes. Ein Feld verfügt über eine eigene Logik mit Spielregeln, Zielen und Einsätzen. Im Feld wirken Kräfteverhältnisse, die durch Strukturen der Machtverteilung definiert sind. Ein Feld existiert aufgrund der Ausführungen individueller und kollektiver Praktiken. Die Logik des jeweiligen Feldes begrenzt Handlungsmöglichkeiten von Akteur_innen.

Felder sind strukturierte Räume, in denen Praxis, die vom Habitus hervorgerufen werden, stattfindet. Im Feld legen Regeln Spielräume fest und bestimmen, was im Rahmen des Spiels möglich ist und was unmöglich ist. Im Feld wird um Positionen und Ansehen als symbolisches Kapital gekämpft. Nach Bourdieu (vgl. Bourdieu 1997, S. 9) ist das Feld der Ort, wo Menschen ihre Interessen bekunden, sich für etwas einsetzen und ihr Kapital akkumulieren. Während Habitus als leibliche Geschichte verstanden wird, wird Feld von Bourdieu als verdinglichte Geschichte aufgefasst.

Bourdieu (vgl. Fuchs-Heinritz, König 2003, S. 147 - 157) unterscheidet ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital, das für die zugehörigen Felder des sozialen Raums vorrangige Relevanz hat und die Logik des Feldes bestimmt. Im ökonomischen Feld hat sich die Marktökonomie als Logik herausgebildet, das kulturelle Feld ist an Verbreitung von Schriftlichkeit und Etablierung von Bildungssystemen gebunden, im politisch-staatlichen Feld kommt die Geschichte der Bürokratie und ihrer Machttechniken zum Tragen. Mit Kapital ist bei Bourdieu soziale Energie gemeint als gespeicherte und gesammelte Arbeit in materieller Form. Aneignung von Kapital bedeutet immer Aneignung sozialen Kapitals. Zum ökonomischen Kapital werden alle Formen des sächlichen Besitzes gezählt. Kulturelles Kapital ist an Verfügbarkeit von kulturellen Fähigkeiten und Bildung gebunden. Soziales Kapital besteht aus der Möglichkeit, Beziehungen zu anderen nutzen zu können, und dient dazu, ökonomisches und kulturelles Kapital sichern und ausbauen zu können. Beim symbolischen Kapital geht es um die Chance sozialer Anerkennung, Ansehen und gesellschaftlichem Prestige.

Als soziales Feld wird die Gesamtheit der gesellschaftlichen Interaktionen und Konstellationen definiert. Zur Konzeptualisierung des Dingcharakters gesellschaftlicher Verhältnisse werden Felder mit jeweils eigener Logik abgegrenzt. Felder können sich als Wirkungsraum überlappen, das Feld der Macht reicht in alle anderen Felder hinein. Bourdieu versteht Wirtschaft, Bildung, Kunst, Religion und Politik als Felder, wobei er die Anzahl möglicher Felder nicht abschließend bestimmt. Aus dem kulturellen Feld entwickelt Bourdieu das Sub-Feld Bildung mit Bezugnahme auf Institutionen wie Schule oder Universität. In einigen seiner Studien ist mit dem Begriff Feld

auch ein kleinerer Teilbereich des sozialen Lebens gemeint im Sinne eines Kräfteverhältnisses von Akteur_innen und Akteursgruppen. Reife Felder sind durch ein hohes Maß an Autonomie gekennzeichnet, es gelten spezifische Regeln, die in dem Feld selbst produziert werden und zur Disposition stehen. Wenn Akteur_innen die Sinnhaftigkeit der Regeln in Frage stellen, führt das zu Veränderungen des Feldes.

Im Unterschied zum Systembegriff (vgl. Fuchs-Heinritz, König 2003, S. 146), wie Luhmann ihn verwendet, geht Bourdieu davon aus, dass die Kohärenz eines bestimmten Zustandes des Feldes und seine eventuell eindeutige Gerichtetheit „ein Produkt von Konflikten und Konkurrenz und kein Produkt irgendeiner immanenten Eigenentwicklung der Struktur“ sind. Das Feld hat keine Elemente oder Bestandteile, die funktional auf System hin geordnet sind (vgl. Fuchs-Heinritz, König 2003, S. 146 zitiert Bourdieu: Reflexive Soziologie):

„Jedes Unterfeld hat seine eigene Logik, seine spezifischen Regeln und Regularitäten, und jeder weitere Schritt in der Untergliederung des Feldes bedeutet einen echten qualitativen Sprung. Jedes Feld bildet einen potentiell offenen Spiel-Raum mit dynamischen Grenzen, die ein im Feld selbst umkämpftes Interessenobjekt darstellen.“

Nach Fuchs-Heinritz und König (vgl. Fuchs-Heinritz, König 2003, S. 147 f) ist in jedem Unterfeld die Verfolgung eines spezifischen Bündels von Zielen charakteristisch, die geeignet sind, darauf hinzuwirken, dass die Akteur_innen des Feldes sich voll und ganz dafür einbringen. Die Logik des Spiels wird anerkannt, die Illusio des Feldes wird geteilt. Illusio meint den geteilten Glauben an die Sinnhaftigkeit des Spiels in einem bestimmten Feld. Grenzen des Feldes sind dort zu identifizieren, wo die jeweils geltenden Ziele nicht mehr als verlockend angesehen werden.

Bourdieu (vgl. Fuchs-Heinritz, König 2003, S. 140 zitiert Bourdieu: Reflexive Soziologie sowie Reflexive Anthropologie) formuliert dazu:

„Grenzen des Feldes liegen dort, wo Feldeffekte aufhören.“

Feldgrenzen sind so zu bestimmen oder so zu institutionalisieren, dass bestimmte Eintrittsbedingungen erfüllt werden müssen und von den Akteur_innen, die im Feld um Positionen und Anerkennung kämpfen, erfüllt werden.

In Bezugnahme auf das Forschungsprojekt schließt sich die Frage an, wie Illusio im Hebammenberuf sich in den Materialien der empirischen Bausteine zeigt, wie ein Sub-Feld sich unter Aspekten einer spezifischen Logik verorten lässt. Es geht auch um Bedingungen des Eintritts und der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe Hebamme oder Familienhebamme sowie um ein soziales Schließen des Sub-Feldes dieses Berufs gegenüber anderen Berufsgruppen oder beruflichen Feldern.

Feldabgrenzungen zeigen sich in wechselseitigen Verständnisbarrieren. Feldspezifische Illusio (vgl. ebenda S. 137 - 140) markiert die Zugehörigkeit und bleibt Außenstehenden mehr oder weniger unverständlich. In Bezug auf das Forschungsprojekt können Kontrastierungen der Sichtweisen auf berufliche Praxen, wie sie sich in Interviews mit Hebammen oder Familienhebammen und mit Supervisor_innen zeigen, Hinweise auf die Illusio im Beruf von Hebammen und Aspekte der feldspezifischen Logik geben. Die bisherigen Überlegungen geben bereits Hinweise darauf, dass sich mit Anschluss an Bourdieu die bisherigen Erkenntnisse aus dem Material erweitern werden, was zu einer erneuten Analyse des Materials führt (vgl. Teil C Kapitel 2).

Die Konzeptualisierungen von Bourdieu und Bohnsack stehen in Verbindung und bieten

Gemeinsamkeiten für die theoretische Einbettung von Erkenntnissen aus dem Forschungsprojekt. Die Methodologie von Ralf Bohnsack zur Dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack / Pfaff 2010 ?) ist die zweite Säule in der Suche zur theoretischen Einbettung und Anchlüsse für Erkenntnisse des Forschungsprojektes. Bohnsack hat sich mit seinen ursprünglichen Überlegungen zum Begriff Habitus von Pierre Bourdieu abgegrenzt. Inzwischen hat sich die Konzeptualisierung des Habitus in Bohnsacks Modell des Orientierungsrahmens (vgl. Bohnsack 2014) Bourdieu jedoch annähert.

Bohnsack geht es um Zugänge zu implizierten oder inkorporierten Wissensbeständen. Diese Wissensbestände sind in berufliche Praxen eingelassen. Durch Sozialforschung können Zugänge zu den in Praxen eingelassenen Wissensbeständen rekonstruktiv erschlossen werden. Er (Bohnsack 2013, S. 245) geht davon aus, dass sich Erfahrungswissen im Prozess der Sozialisation aufschichtet:

„Das die Handlungspraxis orientierende Wissen ist ein vorreflexives. Auf den vorreflexiven Charakter nimmt Mannheim mit dem Begriff des atheoretischen Wissens und Bourdieu mit demjenigen des inkorporierten Wissens Bezug.“

Handlungsleitendes Wissen steht für Bohnsack in einem Spannungsverhältnis von theoretischem Wissen und den jeweiligen Eigentheorien oder Common Sense-Theorien. Er (vgl. Bohnsack, Pfaff 2010? S. 4) unterscheidet „kommunikatives (gesellschaftliches) und konjunktives (milieuspezifisches) Wissen“ als „Doppelstruktur alltäglicher Verständigung und Interaktion“.

Beruflichen Praxen liegt habitualisiertes und zum Teil inkorporiertes Orientierungswissen zugrunde, welches das Handeln in einem Erfahrungsraum relativ unabhängig vom subjektiv gemeinten Sinn strukturiert. In Verbindung mit spezifischen Erfahrungsräumen ist Erfahrungswissen durch milieuspezifische Eigenschaften gekennzeichnet. Soziale Realität ist nach Bohnsack an Erfahrungsräume gebunden, die durch Dimensionen und Relationen bestimmt sind. Dimensionen von Erfahrungsräumen sind zum Beispiel Generation, Geschlecht, Kulturraum und Bildung.

Bohnsack nutzt die Begriffe Habitus, Norm und soziale Identität als mehrdimensionale Kategorien (vgl. Bohnsack 2013). Der Habitus steht in Relation zu den andern beiden Dimensionen. „Normen und institutionalisierte Verhaltenserwartungen“ sowie „Eigentheorien und Konstruktionen sozialer Identität“ fasst Bohnsack (vgl. Bohnsack 2013, S. 35) mit dem Begriff „Orientierungsschemata“ und grenzt ihn vom Begriff „Habitus“ als „Orientierungsrahmen im engeren Sinn“ ab, der als Struktur der Handlungspraxis selbst verstanden wird. Nach Bohnsack (vgl. Bohnsack 2013, S. 35) ist

„der Orientierungsrahmen im weiten Sinne“ dann als „übergeordneter Begriff zu demjenigen des Orientierungsschemata“ zu verstehen, da die Orientierungsschemata ihre eigentliche Bedeutung erst durch die Rahmung, d.h. die Integration und Brechung in und durch die fundamentale existenzielle Dimension der Handlungspraxis erhalten, wie sie sich im modus operandi des Habitus oder eben Orientierungsrahmens vollzieht.“

In dieser Konzeptualisierung des Orientierungsrahmens (vgl. Bohnsack 2013, S. 37 f) nimmt Bohnsack zustimmend Bezug auf Bourdieu und dessen Überlegungen zum „Verhältnis des Habitus zur Regel“ und zur „Illusion der Regel“. Innerhalb eines Orientierungsrahmens hat der Bezug auf die Norm eine jeweils spezifische Bedeutung. Zur Positionierung in einem spezifischen Erfahrungsraum gehört die Anerkennung der Gültigkeit spezifischer Regeln, um soziale Identität

durch Zugehörigkeit zu gewährleisten. Der Habitus konturiert sich in Auseinandersetzung mit der Norm. Die normative Dimension trifft die soziale Identität, es zeigen sich Identitätsnormen, die das „Phantom der Normalität“ als eine „virtuale soziale Identität“ konstituiert (Bohnsack bezieht sich hier auf Goffmann 1963), welche in der Diskursanalyse dann als „Subjektcode“ oder „Subjektposition“ bezeichnet werden (Bohnsack bezieht sich hier auf Kelle, Schneider und Viehöfer 2008).

Auseinandersetzung mit und in Abgrenzung von normativen Erwartungen und Zwängen der institutionalisierten Ablaufmuster im Beruf von Hebammen bilden den einen der beiden Horizonte, zwischen denen sich der kollektive Orientierungsrahmen in diesem Beruf aufspannt. In der Relation der Horizonte dokumentiert sich ein Spannungsverhältnis als implizite Reflexionsleistung oder auch Werterhaltung, die zum Orientierungsrahmen des Erfahrungsraums gehört. In der Frage nach der virtualen sozialen Identität als Hebamme geht es dann darum, wie eine richtige Hebamme zu handeln hat.

Im Material des Forschungsprojektes wird immer wieder auf Normalität und Normativität Bezug genommen. Normativität von Sichtweisen und beruflichen Praxen sowie soziale Identität im Beruf als Hebamme erschließen sich in Relation, sodass sich anbietet, in Teil C nach dem „exteriore Charakter normativer Erwartungen“ (vgl. Bohnsack 2013, S. 42 ff) im beruflichen Erfahrungsraum von Hebammen zu suchen.

Im Material des Forschungsprojektes zeigt sich das Spannungsverhältnis zwischen beruflichen Orientierungsschemata sowie virtualer sozialer Identität und Orientierungen. Hinweise auf berufliche Orientierungsschemata lassen sich insbesondere in Dokumenten zur Aus- und Fortbildung von Hebammen (vgl. auch Teil B Kapitel 2) finden, Hinweise auf Orientierungen in Interviews und Fokusgruppe (vgl. auch Teil B Kapitel 3, 4 und 5).

Nach Bohnsack (vgl. Bohnsack 2013, S. 46 ff) wird der Begriff Feld von Bourdieu als Konfiguration von objektiven Relationen zwischen Positionen definiert. Im sozialen Feld bilden Relationierungen und Überlagerungen die Basis des Habitus. Bohnsack sieht darin eine Verbindung zur Vergewisserung für den Forschungsprozess. Da der Forschungsgegenstand in ein Netz von Relationen eingebunden ist, schließt sich die Frage an, ob seine Eigenschaften nicht zu wesentlichen Teilen diesem Relationsnetz zu verdanken sind. In der Konzeptualisierung vom Feld sieht sich Bohnsack nicht in Übereinstimmung mit Bourdieu, jedoch in funktionaler Äquivalenz und geht davon aus, dass eine Analyse prinzipiell auf drei Ebenen erfolgen kann: als gemeinsamer Erfahrungsraum in Unterscheidung individueller und kollektiver Habitus, als gruppenspezifische oder milieuspezifische Erfahrungsräume in Differenzierung kollektiver Habitus, als Netz von Relationen in Differenzierung konjunktiver Erfahrungsräume, die mit „mehrdimensionaler Typenbildung“ zu rekonstruieren sind.

In der Analyse der Beispiele aus den Materialien des Forschungsprojektes, die in Teil C erfolgt, wird es also um den gemeinsamen Erfahrungsraum im Beruf Hebamme in Ausdifferenzierung kollektiver Aspekte von habituellen Orientierungen im Beruf gehen, die sich in Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen im Material zeigen.

1.2 Anschlüsse an Hartmut Rosa

In einem Thesenpapier zu Resonanz und Entfremdung fasst Hartmut Rosa (vgl. Rosa 2012) erste Überlegungen zusammen, die er zu „Resonanz als eine Soziologie der Weltbeziehung“ ausbaut (vgl. Rosa 2016). Nach Rosa sind moderne Gesellschaften durch die Notwendigkeit zu „fortwährendem Wachstum, Beschleunigung und Innovationsverdichtung“ gekennzeichnet, um sich zu stabilisieren. Der „Steigerungszwang“ (vgl. Rosa 2012) dient dazu, gesellschaftliche Strukturen zu erhalten und hat Folgen für Lebensorientierungen und Lebenserfahrungen von Subjekten. Ökonomisches Wachstum und soziale Beschleunigung werden zu „Voraussetzungen für eine Steigerung von Autonomie- und Authentizitätschancen“ von Subjekten. Die „Hoffnung auf ein selbstbestimmtes Leben als Grundversprechen der Moderne“, die Wachstum und Optimierungssteigerung legitimieren und motivierend wirken, ist in eine Krise geraten, da Optimierungen des Lebens für die nächste Generation aktuell in Frage steht.

Nachdem das Steigerungsgeschehen zunächst dazu diente, Autonomiespielräume und Vielfältigkeit der Lebensentwürfe zu erweitern, dient ein Lebensentwurf nach Rosa heute dazu, im Steigerungsspiel mithalten zu können und damit wettbewerbsfähig zu bleiben. Nach Rosa (vgl. Rosa 2012) entwickelt sich für das Subjekt ein Zwang, die Steigerungsfähigkeit zu erhalten und auszubauen:

„Wettbewerbslogik führt zu schrankenloser Dynamisierung aller konkurrenzförmig organisierten Gesellschaftssphären.“

„Die wettbewerbsförmig induzierte Steigerungsspirale ist unabschließbar.“

Daraus erwächst als Kehrseite ständige Überforderung. Es fehlen sinnhaft erfahrbare Zielhorizonte.

Die Welt wird fremd und als „äußerlich stumm“ erlebt, weil resonante Beziehungen zur Welt stabilitätsbedürftig und zeitintensiv sind und dem Steigerungszwang geopfert werden. Je schneller es im Leben geht, desto weniger Zeit bleibt, sich auf Wesentliches zu besinnen und Resonanz zu erleben. Mit dem Verstummen geht eine Entfremdung der Welt einher, da menschliches Bestreben auf den Wunsch gerichtet ist, gehört zu werden und antworten zu können.

Für Rosa ist „Resonanz der Gegenhorizont zu Entfremdung“. Denn wenn Beschleunigung als Steigerungslogik in der Moderne verstanden wird, ist für ihn die individuelle Entschleunigung nicht möglich in einem System, das auf permanenter Dynamik mit Zwang zur Steigerung beruht. Im Ersatz für das Autonomie-Ideal skizziert Rosa (vgl. Rosa 2012) drei alternative spätmoderne Lebensführungsmuster:

die Logik wird akzeptiert und es wird aktiv auf Gewinn gespielt,

die Logik wird akzeptiert und das Spiel wird mit seinen Konsequenzen erduldet, es wird nach einer Anti-Logik in transzendentaler Verankerung mit fundamentalistisch religiöser oder politischer Identität nach Stabilisierung, Orientierung und Perspektive gesucht.

Positive spätmoderne Lebensentwürfe müssten nach Rosa darauf gerichtet sein, Resonanzräume zu schaffen und zu sichern, die nicht der „Steigerungslogik“ folgen und „Dynamisierungsimperativen“ widerstehen. Die Ermöglichung von Resonanzerfahrungen und eine Abbau von Entfremdungserfahrungen könnte als Maßstab für ein gelingendes Leben und Lebensqualität gelten. In der Folge müssten sich normative Orientierungen wegbewegen vom Steigerungshorizont, der durch Vermehrung von Optionen gekennzeichnet ist, und sich auf Orientierung an Resonan-

zerfahrungen ausrichten.

Im Zusammenhang mit dem empirischen Material des Forschungsprojektes bieten sich die Überlegungen von Rosa als theoretische Anschlüsse zur Einbettung von Erkenntnissen aus dem Forschungsprojekt an. Erwartungen und Anforderungen im Hebammenberuf wären unter Aspekten der Steigerungslogik und Resonanzerfahrungen zu analysieren. Situationen von Schwangerschaft und Geburt könnten als identitätskonstituierende Erfahrungen des Berührt-Seins und des Ergriffen-Seins verstanden werden. Diese Situationen sind durch spezifisches Resonanzverlangen und Resonanzerleben gekennzeichnet. Hebammen und Familienhebammen sind Akteurinnen und Teilhaberinnen dieser Situationen, was sich in Resonanzerfahrungen im Beruf als Hebamme niederschlägt. Im Material ist für den Aspekt „gesund leben lernen“ danach zu suchen, wie Resonanz situativ definiert wird und wie Resonanzerfahrungen über jeweils intersubjektive Beziehungen hinausgehen und sich in Sichtweisen auf berufliche Praxen niederschlägt. Die Fragen zum Aspekt „gesund leben lernen“ lassen sich mit Fragen zur Ausrichtung normativer Orientierungen verbinden, die sich zwischen den Horizonten Resonanz und Entfremdung bewegen.

Rosa (vgl. Rosa 2016) differenziert Grundelemente der Weltbeziehungen durch einen Bezug zur Ebene des Körperlichen (vgl. ebenda S. 83 – 143), durch einen Bezug zur Ebene der Aneignung und Erfahrung (vgl. Rosa 2016, S. 144 – 186), durch einen Bezug auf der Ebene von Emotionen und kognitiven Landkarten (vgl. ebenda S. 187 – 245) sowie durch einen Bezug auf der Ebene von Resonanz und Entfremdung (vgl. ebenda S. 246 – 330). Er unterscheidet im Folgenden Resonanzsphären, in denen Subjekte jeweils verortet sind. Durch Resonanzachsen ist ihre Position in den sphärischen Räumen der Welt zu bestimmen. Die Positionen verändern sich im zeitlichen Verlauf, es zeigen sich Bewegungen und Bewegungsfiguren.

Die horizontale Achse (vgl. ebenda S. 341 - 380) wird von Rosa als Resonanzachse des Selbst in Familie, Freundschaft und Politik gekennzeichnet. Hier geht es um Themen der Anerkennung und Erwartungen von Selbstwirksamkeit. Die diagonale Achse (vgl. ebenda S. 381 - 434) kennzeichnet er als Resonanzachse der Dingwelt, der Objektbeziehungen in Arbeit, Schule, Sport, Konsum. Als Themen geht es hier um handelnde Selbstwirksamkeit, um Leisten und Beschleunigen, um ökonomisches Kapital. Die vertikale Achse (vgl. ebenda S. 435 - 514) bezeichnet Rosa als Resonanzachse der Kultur und des Spirituelles mit Religion, Natur, Kunst und Geschichte. Die Themen hier sind Glück, Zufriedenheit und kulturelles Kapital.

In der Resonanzsphäre der Arbeit geht es um die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, die sich im Umgang mit Dingen im Beruf zeigen. In der Objektbeziehung dieser Resonanzsphäre werden auch andere Menschen als Dinge angesehen. In der Gegenbewegung geht es um ein Berühren, Bewegen und Verändern dieser Dinge als handelndes Gestalten. Die Resonanzerfahrungen werden damit zu Erfahrungen der handelnden Selbstwirksamkeit. Im Beruf von Hebammen vollziehen sich Resonanzerfahrungen in Erfahrungen handelnder Selbstwirksamkeit in beruflichen Praxen.

Durch Arbeit vermittelt sich Weltbeziehung als Konstitution von sozialen Verhältnissen, von menschlicher Sozialität und Gesellschaftlichkeit. Menschliche Subjektivität entsteht für Rosa durch Abarbeiten an der Welt als aktives Wechselverhältnis von Mensch und Natur. Im Unterschied zu sozialen Beziehungen wie Freundschaften ist Arbeit als soziale Beziehung abhängig von den jeweiligen Materialien oder Tätigkeitsfeldern.

Arbeitsbeziehungen bedürfen immer der stofflichen Vermittlung des Abarbeitens und Auseinandersetzens mit den Dingen als Stoff. Dies gilt für berufliche Praxen von Hebammen in spezifischer Weise für die körper- und leibbezogenen Seite der Hebammenarbeit. Die Praxen werden mit handwerklichem Geschick am weiblichen Körper ausgeübt und stellen gleichzeitig eine Resonanzerfahrung durch Berühren eines anderen weiblichen Leibes dar. Eine Hebamme tritt als arbeitendes Subjekt primär in Wechselwirkung mit einem weiblichen Körper als Stoff und formt sich selbst daran. Standards der beruflichen Praxen von Hebammen sind sozial definiert. Im Material des Forschungsprojektes zeigen sich sowohl Hinweise auf Wechselverhältnisse der oben beschriebenen Art als auch Hinweise auf Resonanzerfahrungen im Beruf als Hebamme, die in Zufriedenheit und Begeisterung für diesen Beruf mündet.

Rosa gibt seinen Ausführungen zur Resonanzsphäre der Arbeit (ebenda S. 393) den Untertitel „wenn das Material zu arbeiten beginnt“. Die Grundbewegung von Resonanz wird von ihm (ebenda S. 396) als Prozess einer „Anverwandlung“ beschrieben:

„Die Anverwandlung als Grundbewegung der Resonanz ist hier so deutlich wie in keinem anderen Bereich eine doppelseitige Transformation: So wie sich die Hand und der Kopf - oder der Habitus und damit: die Weltbeziehung - des Subjekts durch den Erwerb und die Ausübung einer Fähigkeit verändert, verwandelt sich auch der bearbeitete Stoff, und diese zweifache Veränderung ist eine zweifache, sie entsteht aus und in einem Vorgang, bei dem sich Ursache und Wirkung nicht unterscheiden lassen, der sich also nicht kausalistisch oder instrumentell reduzieren lässt. Ganz so, wie es das Resonanzkonzept verlangt, impliziert dabei die Idee des antwortenden Materials immer auch die Möglichkeit und das Auftreten von Widerstand, von Unvorhergesehenem und von Überraschungen.“

Im Material des Forschungsprojektes ist im Anschluss an diese Überlegungen der Frage nachzugehen, wie Bewegungen dieser wechselseitigen Anverwandlung in beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sichtbar werden und welche Orientierungen sich dazu möglicherweise in Dokumenten der Aus- und Fortbildung von Hebammen finden lassen. Rosa (ebenda S. 398) formuliert als Position:

„Die Konsequenzen dieser multiplen Resonanzaufladung der Arbeitssphäre lassen sich sehr instruktiv an den aktuellen Konflikten um die Transformation der Arbeit und Arbeitsbeziehungen ablesen: Der Kampf um gute Arbeit – und nicht etwa nur um gute Bezahlung oder sichere Arbeitsbedingungen, der in Deutschland (...) seit geraumer Zeit intensiv geführt wird, bestätigt aus meiner Sicht das Verlangen, die stoffliche Resonanzbeziehung gegen die unterminierenden Imperative der Ökonomisierung zu verteidigen.“

Im Material des Forschungsprojektes sind mehrfach Hinweise auf konflikthafte Rahmenbedingungen im Beruf von Hebammen zu finden. Insofern ist der Frage nachzugehen, wie sich im Material Konsequenzen dieser multiplen Resonanzaufladung im Beruf und ein mögliches Verstummen dieser Resonanzachse zeigen. Das Thema „gesund leben lernen“ bietet sich für entsprechende Suchbewegungen als Beispiel an.

1.3 Methodische Überlegungen

Die Konzeptualisierungen von Bourdieu, Bohnsack und Rosa, auf die Bezug genommen wird, werden trotz Differenzen als geeignet angesehen zu theoretischen und methodischen Anschlüssen für eine Neuordnung von Erkenntnissen aus den Materialien des Forschungsprojektes, um die es in Teil C gehen wird. Nachdem Anchlüsse für diese Einbettung aufgezeigt und erneut Fragen aufgeworfen worden sind, ist zu klären, wie die bereits vorhandenen Erkenntnisse ergänzt und erweitert werden können.

In einer Präsentation zu Habitus und Feld (vgl. Basler, Jaberg Aufruf 09/2016) geben Ariane Basler und Andrea Jaberg zusammenfassend folgende Hinweise: Habitus und Feld beeinflusst sich gegenseitig, die Strukturen des Feldes begrenzen die Handlungsmöglichkeiten von Akteur_innen, das Feld existiert nur aufgrund der Ausführungen individueller und kollektiver Praktiken und der Habitus hat die Tendenz, die objektiven Bedingungen zu reproduzieren, deren Produkt er ist. In Anwendung dieser Überlegungen geht es um eine Fokussierung auf den Habitus im beruflichen Feld von Hebammen. Die Entstehung dieses Habitus ist eingebettet in ein Milieu, das sich in Interaktion der Felder Bildung, Politik, Wirtschaft, Kunst und Religion konstituiert. Die Interaktion der Felder verbindet sich zu einer Logik für das berufliche Feld von Hebammen.

Im Folgenden wird der Begriff Feld im Sinne von Bourdieu für einen Teilbereich des sozialen Lebens verwendet. Bei diesem spezifischen Feld geht es um Kräfteverhältnisse, in denen Hebammen Akteurinnen sind, um das berufliche Feld von Hebammen als ein spezifisches Subfeld. Aus- und Fortbildung und Berufsausübung sozialisiert in einer spezifischen feldgebundenen Handlungslogik, die habitualisiert wird und sich in kollektiven Orientierungen für berufliche Praxen von Hebammen zeigt. Orientierungsschemata und Habitus im Sinne von Bohnsack begrenzen berufliche Praxen von Hebammen. Hinweise auf die Logik im beruflichen Feld von Hebammen sind in den Materialien des Forschungsprojektes zu finden und werden im Folgenden unter den Aspekten Selbst und Welt, Norm und soziale Identität sowie Machtverhältnisse in Beziehungen und Strukturen an Beispielen aus dem Material expliziert (vgl. Teil C Kapitel 2).

In einem weiteren Schritt geht es noch einmal um die spezifische Orientierungsschemata und beruflichen Praxen von Hebammen, die mit dem thematischen Aspekt „gesund leben lernen“ in Verbindung stehen. Wenn „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegungen im Sinne von Rosa gefasst werden, bilden sich solche Bewegungen im Material des Forschungsprojektes ab, Hinweise auf Rahmungen und Strukturen können an Beispielen aus dem Material konkretisiert werden (vgl. Teil C Kapitel 3).

2. Feldlogik im Beruf Hebamme

Die komparativen Analysen (vgl. Teil C Kapitel 1) werden ausgeweitet. Im Material des Forschungsprojektes wird nach Belegen gesucht, die als Beispiele analysiert werden. Die Suchbewegungen erfolgen thematisch fokussiert und richtet sich auf Hinweise zur Feldlogik im Beruf von Hebammen im Anschluss an Bourdieu und Bohnsack (vgl. Teil C Kapitel 2) sowie auf Hinweise zum Thema „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegungen im Anschluss an Rosa (vgl. Teil C Kapitel 3). Beispiele aus dem Material werden im Folgenden kommentiert dargestellt.

2.1 Selbst und Welt

Ausgehend von den Überlegungen Rosas zum „Selbst in Weltbeziehung“ (Rosa 2016, S. 37 – 79) werden Anknüpfungspunkte im Material des Forschungsprojektes gesucht. Dazu wird erneut auf die anfängliche Codierung der Materialien der einzelnen empirischen Bausteine zurückgegriffen, um Beispiele für eine solche Analyse zu finden. Die ausgewählten Textpassagen werden thematisch geordnet dargestellt und diesmal in ihrem Bezug zur Logik von Feldern von der Forscherin kommentiert. Mit Beispielen aus dem gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen und Sichtweisen auf berufliche Praxen geht es um eine Annäherung an das berufliche Selbst in Weltbeziehung. Elemente der Feldlogik im Hebammenberuf werden an Material-Beispielen herauskristallisiert.

Die Beispiele sind ihrer Zugehörigkeit zu den einzelnen empirischen Bausteinen des Forschungsprojektes gekennzeichnet. In den Zitaten stehen Unterstreichungen für Betonungen, Großbuchstaben für lautes Sprechen (vgl. auch Materialband Kapitel 3.3, Kapitel 4.3, Kapitel 5.3). Die ausgewählten Textpassagen geben jeweils der Interviewpartner_in als Sprecher_in eine Stimme. Mit den Kommentierungen wird in Perspektive der theoretischen Einbettungen auf das Material Bezug genommen. Die Formulierungen der Zwischenüberschriften sind am Material orientiert, die Zuordnung einzelner Textpassagen als Beispiele sind bereits Ergebnisse der rekonstruktiven Auseinandersetzung mit dem Material. Zwischenüberschriften sind: Hebamme geworden sein, Fachfrauen, Einzelkämpferin, Weltenretterin und Weltbeziehung im Beruf.

Hebamme geworden sein

„Ja, ich bin Hebamme geworden.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In dem Zitat geht es um ein Subjekt, das von sich sagt: ich bin geworden. In Retrospektive wird ein Zustand des Seins festgestellt. Das Subjekt befindet sich in einem Prozess, dessen einer Horizont es ist, Hebamme zu sein. Das Subjekt entwickelt sich als Selbst in Weltbeziehung (vgl. Rosa). Dieses Subjekt „ich“ hat die Fähigkeit zur Reflexion, es kann zeitliche Dimensionen erkennen, unterschiedliche Perspektiven einnehmen, es kann unterscheiden und beobachten.

„Ich musste lernen, einfach nur zu zuhören und nicht direkt mit irgendwelchen Tipps, die so aus mir raussprudeln sondern so: super! Kommt!“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat geht es um berufliche Praxen als Hebamme, die gelernt werden müssen. Das Subjekt „ich“ wird als lernenden Subjekts gekennzeichnet. Das Selbst des Subjektes hat die Ten-

denz, mit der Welt in Beziehung zu treten, schnell auf Anrufungen zu antworten, indem es die Anwendung von beruflichen Praxen als Hebamme abwägt. Wissen wird als Kapital eingesetzt, um als Hebamme mit einer sprachlichen Aktion in die Welt zu treten „Tipps, die so aus mir rausprudeln“. Zu dieser spezifischen Form wird der Gegenhorizont „zuhören können“ gesetzt. Als lernendes Subjekt hat es gelernt, sein „rausprudeln“ zu kontrollieren. In Interaktion mit der Welt ist die Kontrollierbarkeit lebendiger Prozesse für das Subjekt normative Orientierung für berufliche Praxen als Hebamme. Der Logik des Feldes Bildung folgend entwickelt das lernende Subjekt die Fähigkeit, sich in Ausübung beruflicher Praxen gemäß der kollektiven Orientierung als Hebamme zu steuern.

„(Hebamme) geworden bin ich das durch Zufall, das war das größte Glück meines Lebens.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat hat die Weltbeziehung des Selbst eine andere Färbung, „Zufall“ kann als Gegenhorizont zur Kontrollierbarkeit gelesen werden. Zufall bestimmt hier die Berufswahl und damit das Geworden-Sein des Subjektes. Der Prozess des Werdens vollzieht sich in Interaktion mit glücklichen und unglücklichen Zufällen, die außerhalb des Einflussbereichs des Subjektes liegen und nicht von ihm kontrolliert werden. In der Retrospektive hebt das Subjekt „ich“ seine Berufswahl hervor und bestimmt damit die Weltbeziehung des Selbst und seine Position in der Welt. Die zufällige Berufswahl „war das größte Glück des Lebens“. Glück wird zum Kapital, das die Position in der Welt bestimmt. Die Logik des Feldes Bildung und Logik des spirituellen Feldes überlagern sich hier.

„Also ich habe da echt Glück gehabt“

„37 Jahren Hebamme und nach wie vor mit Leib und Seele“

(aus Interviews mit Hebammen)

In diesem Zitat steht Kapital als ein Haben im Fokus. „Glück haben“ wird zum Kapital, das Chancen erschließt. Retrospektiv wird der Beruf als Chance angesehen und mit „Glück haben“ verbunden. Erst im Rückblick bestätigt sich, dass dieses Kapital sich als vorteilhaft erwiesen hat. Zukunft bleibt mit dieser Sichtweise unplanbar. Der Beruf als Hebamme wird „mit Leib und Seele“ ausgeübt. Das Selbst als Hebamme wird als Einheit von „Leib und Seele“ konstruiert. In der langen Berufsausübung wird diese Einheit zur Erfahrung und das wird als Glück erlebt. Der Bezug des Selbst zur Welt erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen. Weltbeziehung zeigt sich als Bündel von Bewegungen, die Leib und Seele einbeziehen.

Fachfrauen

„So würde ich uns als Hebammen definieren, die Fachfrauen für gesunde Schwangere und da auch wirklich meine Position zu behaupten.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

Die Weltbeziehung des Selbst wird hier durch Definition bestimmt. Das Subjekt „ich“ definiert und behauptet seine Position. In dem Zitat spricht das Subjekt für eine Gruppierung, der es angehört, „als Hebamme“. Das Subjekt erstarkt zum „wir Hebammen“ in Zugehörigkeit zur Gruppe und zeigt sich durch die konjunktive Einschränkung der Formulierung „ich würde definieren“

gleichzeitig in Schwäche. Das Subjekt bestimmt mit dieser Bewegungsfigur seine Position in der Welt. Es kann unterscheiden, was zu ihm gehört, welcher Gruppierung es zuordnet ist, was seine Position in der Welt ist. Als Position wird „Fachfrau für gesunde Schwangere“ gekennzeichnet. Diese Definition ist Element der beruflichen Orientierungsschemata von Hebammen. Hebammen unterscheiden sich von anderen durch eine spezifische Fachlichkeit. Das Subjekt präsentiert sich der Welt mit beruflicher Kompetenz. Als Definition wird der Geltungsbereich der fachlichen Expertise mit „für gesunde Schwangere“ markiert. Die Zuständigkeit „für gesunde Schwangere“ ist ein Horizont, mögliche Gegenhorizonte sind Zuständigkeiten für andere Gruppierungen wie Personen, die krank sind, oder Frauen, die sich nicht in schwangerem Zustand befinden. Definitions- und Geltungsbereiche sind ausschlaggebend für Positionen in der Welt, die sich im Spiel des beruflichen Feldes verändern können. Positionen müssen „behauptet“ werden. Das Spiel (vgl. Bourdieu) heißt Kampf um Positionen und folgt der Logik des Feldes Bildung und des ökonomischen Feldes.

„brauchen die (Frauen) ganz ganz viel Unterstützung“
„kein Helfersyndrom, aber ein Stück weit vielleicht schon“
„also dieses sogenannte (lachend) Helfersyndrom bisschen abzuspecken.“
(aus Interviews mit Hebammen)

Im ersten Zitat setzt das sprechende Subjekt sich in Bezug zu anderen, die ganz viel Unterstützung brauchen. Es grenzt sich von anderen ab. Von diesen anderen ergeht eine Anrufung zum Handeln. Das Subjekt ist aufgerufen zu helfen. In der Welt der Arbeit können Kapitalressourcen eingesetzt werden, um Defizite bei andern ausgleichen. Berufliche Praxen von Hebammen befähigen zu „unterstützen“ und zu „helfen“. Als Gegenhorizont wird „kein Helfersyndrom“ und „Helfersyndrom abspecken“ formuliert. Der Begriff „Helfersyndrom“ kennzeichnet ein Zuviel, das bereits dem Krankhaften zugeordnet wird. Die Anrufungen der Welt wirken als Impuls. Berufliche Praxen von Hebammen als Antwort bewegen sich zwischen zu viel und zu wenig. Als Orientierungsschemata zeigt die Abwendung eines „Helfersyndroms“, der Logik des Feldes Bildung folgend. Auch die Logik des spirituellen Feldes klingt hier als moralisch-ethische Orientierung von Hebammen an, zu unterstützen wenn andere es brauchen.

„Ne, also ich hole ein Kind oder helfe einem Kind, aus dem Leib der Mutter zu kommen, zu rutschen, wie auch immer. Das ist eine hochsensible Geschichte.“
„Die gehen in den Körper“
(aus Interviews mit Supervisor_innen)

In diesen Zitaten wird in anderer Form Bezug auf berufliche Praxen von Hebammen genommen. Die Sichtweise richtet sich auf eine „hochsensible Geschichte“. Berufliche Praxen werden beschrieben: „ich hole ein Kind aus dem Leib der Mutter“. Das Subjekt „ich“ greift mit holender Hand in den weiblichen Leib und „hilft dem Kind zu rutschen“. In dem zweiten Zitat zeigt sich eine Sichtweise auf berufliche Praxen von Hebammen als Außenperspektive: „die gehen in den Körper“. Es wird ein Subjekt „die“ beschrieben, das „in den Körper anderer geht“. In den Zitaten gibt es ein handelndes Subjekt in Identifikation als „ich“ und in Distanzierung mit „die“. Berufliche Praxen von Hebammen vollziehen sich am Körper. Ein Subjekt greift leiblich in den weiblichen Leib einer anderen hinein. In der Beschreibung beruflicher Praxen von Hebammen

kommt neben der Logik des Feldes Bildung auch wieder die Logik des spirituellen Feldes zum Tragen. Im Hinblick auf die Herkunft der Zitate ist bemerkenswert, wie die Sichtweisen auf die beruflichen Praxen von Hebammen hier versprachlicht werden.

„Natürlich immer mit dem Blick in der ersten Zeit, ob es eben auch physiologisch alles normal läuft, also den medizinischen Blick vergisst man natürlich nicht dabei.“

„Ich habe natürlich als Hebamme trotzdem einen gewissen Blick auf Ernährung oder auch Suchtmittel oder Gesunderhaltung.“

(aus Interviews mit Hebammen)

In diesen Zitaten zeigt sich eine Spezifizierung des Fachwissens als medizinisches Wissen, über das im Beruf als Kapital verfügt wird. Es werden berufliche Praxen von Hebammen beschrieben. Mit dem Begriff „Blick“ wird ein Prozess der Überprüfung gekennzeichnet, der sich auf körperbezogene Abläufe gerichtet ist und zu einem Ergebnis kommt: „physiologisch alles normal“. Selbst und Welt sind in Distanz, die Weltbeziehung ist der prüfende Blick. Die Prüfung erfolgt nach Kriterien des medizinischen Wissens über menschliche Körper und deren „Gesunderhaltung“ durch „Ernährung“. Die Logik dieser spezifischen Fachlichkeit ist Basis für Orientierungsschemata für berufliche Praxen von Hebammen, auf die sie verpflichtet sind und denen sie in moralisch-ethischer Orientierung folgen.

„Also ich bin niemand, der irgendwie mit einem Haufen Info-Blättern ankommt, sondern ich horche erst mal, was die (Frauen) erzählen.“

„Und bestenfalls kann ich natürlich mein (lachend) ganzes Programm auffahren.“

„Ich kann da auch immer nur aus meinen eigenen Erfahrungen so weitergeben, vielleicht hilft das manchmal.“

(aus Interviews mit Hebammen)

In diesen Zitaten sind Hinweise enthalten, wie das Subjekt „ich“ sein Wissen und seine Erfahrungen als Kapital einsetzt. Im ersten Zitat wird das Subjekt in Abgrenzung zu einem Gegenhorizont „ich bin niemand“ konstruiert. Als „Niemand, der mit einem Haufen schriftlicher Informationen ankommt“ wäre Beziehung zur Welt eine „stumme Weltbeziehung“ (vgl. Rosa). Das sprechende Subjekt grenzt sich davon ab. Der andere Horizont des Selbst in Weltbeziehung ist ein Subjekt, das „horchen“ kann auf das „Erzählen“ anderer Frauen. Dieses Selbst ist eingebunden in eine „klingende Weltbeziehung“ (vgl. Rosa). Auf der einen Seite können berufliche Praxen von Hebammen darin bestehen, sich mit Hören und Sprechen in Beziehung zur Welt zu setzen, auf der anderen Seite ist die Weltbeziehung durch Objekte wie „Haufen Info-Blätter“ bestimmt. Berufliche Praxen bewegen sich zwischen diesen Horizonten. Das zweite Zitat ist getragen von einer freudigen Orientierung am Können. Es gibt Situationen, in denen ein „Programm auffahren“ werden kann. Ein Programm zu haben, ist das Kapital, das in der Interaktion mit der Welt eingesetzt wird. Die berufliche Interaktion mit einem Programm kann Ausdruck einer stummen oder klingenden Weltbeziehung sein. Im dritten Zitat geht es um „Erfahrungen, die weitergegeben“ werden können. Solche Erfahrungen werden ebenfalls als Kapital angesehen, über den Wert im beruflichen Feld besteht jedoch Unsicherheit: „vielleicht hilft das manchmal“. Im Beruf basiert die Weltbeziehung auf der Logik des Feldes Bildung in Verbindung mit der Logik des ökonomischen Feldes.

Einzelkämpferin

„Es gibt ganz viele Hebammen, die sind quasi Einzelkämpfer und kommen an ihre Grenzen.“ „Ja, Einzelkämpferin, das sind ja viele, auch gerade Hebammen, die in der Freiberuflichkeit arbeiten. Das sind ja doch sehr viele, dass sie einfach als einzelne arbeiten, ja. Und das ist oftmals eine Schwierigkeit.“

(aus Interviews mit Hebammen)

In diesen Zitaten wird der tägliche Kampf um Positionen vom jeweils sprechenden Subjekt mit dem Begriff „Einzelkämpferin“ gefasst. Ein Horizont zur Kennzeichnung der Weltbeziehung ist, Einzelkämpferin zu sein. Das Subjekt ist vereinzelt, es ist in der Welt der Arbeit auf sich allein gestellt und muss fortwährend um seine Position kämpfen. Gegenhorizont wäre dann ein Subjekt, dessen Weltbezug im Beruf durch Zugehörigkeit zu einer Gruppierung und friedvolle Beziehungen zu anderen gekennzeichnet ist. Einzelkämpferin im Beruf zu sein, gehört zum gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen, insbesondere wenn der berufliche Kontext Freiberuflichkeit ist und die Logik des ökonomischen Feldes spezifische Wirkkraft entfaltet. Bemerkenswert an diesen Sichtweisen ist die sprachliche Distanz. In diesen Zitaten gibt es kein Subjekt „ich“, es ist von den anderen die Rede, die „ganz vielen Hebammen“, die als Einzelkämpferinnen kategorisiert werden.

„Ja und auch Vernetzung innerhalb, dadurch dass man eben nicht mehr alleine. Aber nun das ist ja schon der Trend der Hebammen deutlich mehr als vor dreißig Jahren, oder vor dreißig Jahren gab es das überhaupt nicht. Da war jeder sein Einzelkämpfer und gerade die Freiberuflichen: ich bin die Beste.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

Auch in diesem Zitat findet sich ein Hinweis auf die Logik des Kämpfens. Es geht um die Position „Beste-Sein“, um die gerungen wird. Die Weltbeziehung ist leistungsorientiert und auf Messbarkeit gerichtet. Der Kontext der Freiberuflichkeit befördert dieses Kampfgeschehen. Auch wenn heute Netzwerke vorhanden sind, wird in der Retrospektive die historische Dimension dieser Logik als Tradition ersichtlich, im Beruf als Hebamme für sich allein kämpfen zu müssen.

„Oft habe ich gesagt, ich fühle mich wie in so einem Piranha-Becken, alle fressen sie mich auf, ob Familie, Frauen, alle und ich selber bleibe auf der Strecke, mir bleibt nix mehr über. Und wenn ich nicht augenblicklich raus springe, ist (lachend) alles vorbei.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat ist das Subjekt „ich“ einer feindlichen Welt von gefräßigen Tieren schutzlos ausgesetzt. Es droht aufgefressen zu werden. Es „bleibt auf der Strecke“, wird vollständig einverleibt von anderen. Vom Selbst „bleibt nix über“. Die Auslöschung des Selbst im Beruf ist der eine Horizont, Gegenhorizont wäre ein Selbst, das sich vor diesen Angriffen schützen kann, indem es aus dem Becken „rausspringt“, sich aus der Kampfarena entfernt, sich dem Gefressen-Werden entzieht und sich damit Spielen widersetzt, die Übergriffe sind. Aber auch dann „ist alles vorbei“. Der Weg führt in jedem Fall unausweichlich ins Dilemma des „nix mehr übrig“. Die Kämpfe finden in allen Lebensbereichen statt, im Beruf und im privaten Bereich. Eine Gefahr ist, dass das Subjekt sich im Kämpfen oder Fliehen verliert und verschwindet.

Weltenretterin

„Ich kann niemanden retten!“

„Ich werde die Welt (lachend) nicht retten können so ungefähr.“

„Ich hab heute nicht den Anspruch, für jede Frau der Retter der Nation zu sein. Das will ich gar nicht. Ich will sie unterstützen.“

(aus Interviews mit Hebammen)

In diesen Zitaten geht es den Subjekten „ich“ um Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen, das negativ formuliert werden als „niemanden retten können“, „Welt nicht retten können“, „nicht Anspruch haben, der Retter der Nation zu sein“. Diese Sichtweisen beschreiben eine Weltbeziehung, von der sich das Subjekt als Hebamme abgrenzt. Im ersten Zitat wird ein Unvermögen festgestellt, im zweiten Zitat wird eine Zielorientierung abgelehnt, im dritten Zitat geht es um die Ablehnung eines Anspruchs, der als Anrufung an das Subjekt gerichtet wird. Die Weltbeziehung des Selbst besteht zu „niemanden“, zur „Welt“ und zur „Nation“. Die Weltbeziehung besteht in Verbindung zu unbestimmten Objekten, nicht zu konkreten Personen oder Gruppierung. Der positive Horizont in dieser Abgrenzungsbewegung wäre ein Können, das auf ein Retten aller, der ganzen Nation, der ganzen Welt richtet, eine utopische Vorstellung, die außerhalb menschlichen Vermögens liegt. Es zeigen sich Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen, die von menschlicher Normalität abrücken. Für berufliche Situationen wird Distanz herstellen, um handlungsfähig zu bleiben. Spezifische Machtverhältnisse klingen in Verbindung mit Hinweisen auf die Logik des spirituellen Feldes als spezifische Herleitung von Macht an.

Weltbeziehung im Beruf

„Und ich gehe auch nicht da hin zum Kaffeetrinken (lacht), sondern um zu arbeiten.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat ist ein Hinweis auf die Einbindung des Selbst in unterschiedliche Resonanzsphären (vgl. Rosa) zu finden. Der eine Horizont ist „Kaffeetrinken“, der andere „Arbeiten“. Berufliche Praxen als Hebamme bewegen sich als Weltbeziehung im Raum zwischen der horizontalen und diagonalen Resonanzachse, zwischen dem vermeidlichen Hafen entspannter Gemeinsamkeit und dem bewegten Meer der Arbeit. Berufliche Praxen werden unterschiedlich zugeordnet. Die Erfahrungen machen für das Subjekt „ich“ eine abgrenzende Positionierung erforderlich: berufliche Praxen als Hebamme werden im Feld der Arbeit verortet. Die Logik des ökonomischen Feldes kommt für berufliche Praxen zum Tragen und zeigt Wirkung für Interaktionen.

„Und das macht noch mal im Selbstverständnis, was kann ich als Hebamme leisten und nicht leisten, die Grenzen anzuerkennen.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In dem Zitat geht es um das Subjekt „ich“ als Selbst in Weltbeziehung. Es setzt sich mit beruflichen Leistungen in Beziehung zur Welt. Die möglichen Leistungen sind begrenzt und das Selbst hat die Fähigkeit, diese Grenzen zu erkennen. Die Position der Weltbeziehung ist mit der Anerkennung von Grenzen verbunden. In dieser Weltbeziehung entsteht „Selbstverständnis“.

„Für die Frau würde ich mir wünschen, dass sie sich in meiner Betreuung sicher fühlt, also dass ich ihr Sicherheit geben kann, die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett (.) gut durchstehen zu können.“

„Ich gebe ihr (der Frau) die Kraft, das zu tun und ihr Ding durchzuziehen“
(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesen Zitaten richtet sich das Subjekt „ich“ mit Gaben an die Welt. Es will „Sicherheit geben“ und „Kraft geben“. Die Gaben beziehen sich auf andere Frauen in Verbindung mit körperlichen Wachstumsprozessen wie Schwangerschaft und Geburt. Es geht um Prozesse der Natur, die „durchstanden werden“ müssen. Diese Fähigkeit kommt erst unter bestimmten Voraussetzungen zum Tragen. Berufliche Praxen von Hebammen werden damit gekennzeichnet, andere Frauen in der Begleitung dieser Prozesse der Natur Sicherheit geben zu können. Das Subjekt ist als Hebamme zu diesen Gaben an andere Frauen befähigt, ihm wird die Macht zugeschrieben, Prozesse der Natur zu ermöglichen. Die Logik von Fachlichkeit und die Logik des spirituellen Feldes verbinden sich hier zu Machtverhältnissen zwischen Frauen als Weltbeziehung.

„Und man fühlt sich, ich fühle mich manchmal wie ein Chamäleon, anpassungsfähig! Und ich glaube, wenn Menschen einfach sehr anpassungsfähig sind, können sie auch sehr erfolgreich als Hebamme arbeiten.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat wird von dem Subjekt „ich“ auf die Eigenschaft des Selbst in der Weltbeziehung hingewiesen, sich in Bezug auf die Welt anpassen zu können. Berufliche Praxen von Hebammen bewegen zwischen einer Anpassung an Bedingungen und einem Unvermögen, dies zu tun. Eine Orientierung, sich anpassen zu können, wird als nützlich eingeschätzt, um als Hebamme erfolgreich zu arbeiten. Die Fähigkeit, sich an Bedingungen anzupassen und im Beruf Erfolg zu haben, wird hier in Verbindung gesetzt, und kann als Hinweis auf die Logik des ökonomischen Feldes gelesen werden.

„Aus tiefer Neigung tun, aber noch mal, eben auch die Neigung für diese Art von Hebammentätigkeit.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat klingt eine spezifische Weltbeziehung des Selbst an, die als „tiefe Neigung“ gekennzeichnet wird. Das Wort „Neigung“ erfährt so eine positive emotionale Aufladung und ist in Verbindung mit Liebesgefühlen zu sehen, die eher in der horizontalen Resonanzsphäre anzusiedeln sind. Das Selbst als Hebamme wird in einem Überlappungsraum von horizontaler, diagonaler und vertikaler Resonanzsphäre verortet. Mit dem Selbst in tiefer Neigung wird eine klingende Weltbeziehung als Horizont hervorgehoben. Bewegungsfiguren des Selbst als Hebamme werden im Raum zwischen den Resonanzachsen verortet und erfahren eine romantische anmutende Aufladung. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Herkunft des Zitats als Sichtweise auf berufliche Praxen von Hebammen in Außenperspektive.

2.2 Norm und soziale Identität

Ausgehend von den Überlegungen Bohnsacks zu Norm und sozialer Identität (vgl. Bohnsack

2014, S. 38 – 51) werden im Material des Forschungsprojektes Anknüpfungspunkte gesucht. Für die Auswahl der Beispiele wird wieder auf die anfängliche Codierung der Materialien einzelner empirischer Bausteine des Forschungsprojektes zurückgegriffen.

Die Zitate werden nach Themen geordnet und in Bezugnahme zur Logik von Feldern von der Forscherin kommentiert. Themen sind Regeln des Berufs, der Berufung, der Kultur, der Natur und der berufliche Ethik. Die Beispiele aus dem gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen und den Sichtweisen auf berufliche Praxen zeigen Zusammenhänge von Norm und sozialer Identität im beruflichen Feld als weitere Elemente einer Feldlogik im Hebammenberuf, die mit Zitaten aus dem Material belegt werden. In den Zitaten stehen Unterstreichungen für Betonungen, Großbuchstaben für lautes Sprechen. Die ausgewählten Textpassagen geben jeweils der Interviewpartner_in als Sprecher_in eine Stimme. Mit den jeweiligen Kommentierungen wird in Perspektive der theoretischen Einbettungen darauf Bezug genommen.

Regeln des Berufs

„Mit dieser professionellen Rolle gehe ich in diesen Haushalt. (.) So. Und da gehört mir, gehören mir bestimmt Themen und bestimmte Themen gehören mir nicht.“
(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat begibt sich das Subjekt in eine ihm fremde Welt. Es bewegt sich in einem Raum, der als nicht zugehörig gekennzeichnet wird. Es geht um eine räumliche Expansion in Verbindung mit Themen, die an andere herangetragen werden. Mit dem Begriff „gehören“ erfolgt ein Hinweis auf Machtverhältnisse und normative Regeln, die bei Bewegungen im Beruf zu beachten sind. Das Subjekt verfügt über die Macht, mit seinen Themen an andere heranzutreten. Es gelten normative Regeln, wie diese Annäherung erfolgen kann. Die Logik der Macht, die darauf zielt, Einflussbereiche zu vergrößern und Positionen in thematischen Bereiche zu besetzen, verschmilzt hier mit Logik des Feldes Bildung und Kultur, die darauf gerichtet ist, anderen mit Wertschätzung zu begegnen, ihre Eigenheiten zu beachten und sich mit beruflichen Praxen an ethischen Regeln zu orientieren.

„Also es ist ein, ein Beruf, der (.) mich alleine in diese Situation bringt, die ich dann zu bewerkstelligen habe.“
(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat steht die berufliche Situation im Fokus, die allein gemeistert werden muss. Das handelnde Subjekt ist in der beruflichen Situation allein und muss aus sich heraus entscheiden und angemessen handeln. Die normative Erwartung ist, dass das berufliche Können auch für schwierige Situationen ausreicht. Alleinige Verantwortung für die Situation ist ein Merkmal dieses Berufs, an das Erwartungen und Anforderungen geknüpft sind, die sich mit Qualität der Dienstleistung verbinden. Nach Situationen des Versagens oder bei Verstößen gegen berufliche Regeln sind Konsequenzen zu erwarten.

„Also so, ganz klare Anweisungen. Das sind sie ja von ihrer Ursprungsausbildung her und Praxis auch teilweise so gewohnt oder auch schon als Habitus.“
(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird der Hinweis auf die berufliche Kompetenz gegeben, die sich darin zeigt,

anderen Anweisungen geben zu können. Diese Fähigkeit wird dem Habitus zugeordnet, der sich durch Ausbildung und Berufstätigkeit entwickelt hat. Erfahrungen führen zum beruflichen Habitus und der berufliche Habitus produziert berufliche Praxen von Hebammen. Die Interaktion erfordert eine eindeutige Kommunikation zwischen Akteur_innen im beruflichen Feld. Hebammen gehören zu den Akteurinnen, die befähigt sind, Weisungen zu geben, Orientierung für andere zu sein.

Regeln der Berufung

„Aber ich erlebe da auch immer, dass das quasi die Geburtshilfe der Kern der Tätigkeit ist. Und der quasi auch so eine Art Berufung ist.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird Geburtshilfe als Kern beruflicher Tätigkeit markiert und in Verbindung mit Berufung gebracht. Aus der Beteiligung am Geburtsgeschehen leitet sich die Berufung als Hebamme ab. Dieser Kern macht den Unterschied zu anderen Berufen aus und wird hoch geschätzt. In Verbindung mit dieser normativen Bewertung von Geburtshilfe entwickelt sich berufliche Identität als Hebamme, der Beruf exponiert zur Berufung. An diesem Prozess sind unterschiedliche Akteur_innen im beruflichen Feld beteiligt und transportieren Erwartungen und Anforderungen, die sich daraus ergeben und eine spezifische Logik im beruflichen Feld von Hebammen begründen.

„Das ist eine hochsensible Geschichte. Das verstehe ich auch, dass das da viel Idealismus und Berufung dran geknüpft wird.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird Berufung mit Idealismus in Verbindung gesehen. Es handelt sich um eine Sichtweise in Außenperspektive. Die Ausübung der beruflichen Tätigkeit als Hebamme wird als „hochsensible Geschichte“ im Zusammenhang mit Geburtshilfe markiert und ebenso exponiert wie im vorigen Zitat. Angesichts dieser Hervorhebung ist es folgerichtig, dass sich Idealismus und Berufung zur beruflichen Identität als Hebamme verbinden.

„Also hoher Idealismus, (.) eine, eine hohe Ansprüchlichkeit an sich selbst und an dieses System.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

Auch in diesem Zitat geht es um eine Sichtweise in Außenperspektive, die einen Hinweis auf normative Regeln des Idealismus als eine Form der Überhöhung gibt. Erwartungen und Anforderungen werden mit normativen Regeln begründet und werden zu einer Ansprüchlichkeit, die zwingenden wird. Der Zwang der normativen Erwartungen richtet sich sowohl auf Orientierungen der beruflichen Praxen von Hebammen als auch auf Orientierungsschemata des beruflichen Feldes. Diesem Zwang kann als Ausdruck von Machtverhältnissen gelesen werden.

Regeln der Kultur

„Und der Vorteil ist, ich habe ja mittlerweile Großmutterstatus, wo ich jetzt nicht Großmutter bin, aber ich bin im Alter, habe graue Haare und ich werde einfach so gesehen.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat wird auf Erfahrungen mit persönlichen Merkmalen hingewiesen, die in Verbin-

derung mit einem sozialen Status erscheinen und für berufliche Praxen von Hebamme als vorteilhaft bewertet werden. Merkmale der Person verbinden sich mit Merkmalen der beruflichen Identität. Das Aussehen der Hebamme als großmütterlich ruft normative Vorstellungen von Weisheit und Autorität wach, denen Folge zu leisten ist und geleistet wird. Der Großmutterstatus wird zum Kapital im beruflichen Feld, weil sich kulturelle soziale Regeln für berufliche Praxen nutzen lassen. Die Wirkung des Großmutterstatus ist exponierend und stärkt die berufliche Identität als soziale Autorität. Hebamme, Mutter und Großmutter vereinen sich als Perlen zu einer generativen Kette in der Kulturgeschichte.

„Und ich bin nicht beste Freundin und Babysitter und Aufräumer und was weiß ich noch alles gleichzeitig, sondern ich bin nur Hebamme. (lacht) Und das reicht auch völlig.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

Auch in diesem Zitat geht es um die berufliche Identität, diesmal in Abgrenzung zu anderen möglichen Rollen. Gegenhorizont ist Freundin, Babysitter oder Aufräumer. Diese Personen übernehmen Tätigkeiten im familiären Umfeld, die in Beziehung zur Mutter für Entlastung sorgen, jedoch keinen Berufsstatus haben. In dem Zitat wird mit dem Spannungsfeld der Horizonte ein Hinweis auf das Ringen der Akteurinnen gegeben, die in dem beruflichen Feld aufeinandertreffen. Gegenseitige Erwartungen und Anforderungen basieren auf unterschiedlicher Logik, der familiären und der beruflichen Logik, auf der die Interaktion der Akteurinnen basiert. Für die Interaktion gibt es keine allgemeingültigen Regeln, Regeln müssen situativ ausgehandelt werden, Machtverhältnisse werden sichtbar.

„Und ich sage denen auch immer, ihr werdet das, die Kinder sind insofern ein Geschenk, weil sie euch das Chaos lehren werden (lacht). Ihr werdet eure Tage nicht mehr so durchstrukturiert und durch getaktet bekommen wie vorher. Und dann gibt es oft große entsetzte Augen in der Geburtsvorbereitung, und ich sage dann immer: nehmt es als Geschenk, es macht euch kreativer, es macht euch flexibler, es macht euch geschmeidiger, mit den Wirren des Lebens umzugehen.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

Dieses Zitat gleicht einer Weissagung. Die Sprecherin verfügt über die Fähigkeit, in die Zukunft zu sehen. Es gibt ein Chaos des Lebens außerhalb von Norm und Normalität, das eigenen Regeln folgt. Zur beruflichen Identität als Hebamme gehört es, Zugang zu und Erfahrungen mit diesen Bereichen zu haben und sich berufen zu fühlen, anderen das zu vermitteln. In diesem Zitat verbindet sich die Logik des kulturellen Feldes mit der spirituellen Logik.

Regeln der Natur

„Ja, ich glaube schon, dass die Hebammen in einem besonderen Maß eine hohe Identifikation haben mit diesem gesamten Prozess rund ums Gebären und ums Geboren werden und umsorgen das Kind. Und das ist sehr ganzheitlich. Das umfasst irgendwie ja alles.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird die berufliche Identität von Hebammen als Identifikation mit Prozessen der Geburt gesehen. Diese Prozesse folgen Regeln der Natur, sind ganzheitlich und alles umfassend.

Hebammen haben an diesem an Leiblichkeit orientierten Geschehen teil. Hervorgehoben wird in diesem Zitat das Umsorgen des Kindes. Diese Art der Sorge umhüllt das Kind nach der Geburt und wirkt als Fortsetzung der vorgeburtlichen leiblichen Umhüllung durch den weiblichen Körper der Mutter. Das Tun der Hebamme vollzieht sich am Leib und knüpft an Regeln der Prozesse der Natur an. Identifikation kann verstanden so werden, dass Hebammen sich an diese Regeln binden, sie zu ihren eigenen machen. Sie werden als normative Orientierung Teil der beruflichen Identität. Diese Orientierung unterscheidet sich von „medizinischen Blick“, von dem in anderen Zitaten die Rede ist.

„Ich glaub, ich habe eine Fähigkeit einfach auch zwischen den Zeilen zu spüren, zu lesen und ich benenne dann Dinge.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat geht es um eine Fähigkeit, die für berufliche Praxen positiv gesehen wird. Diese Fähigkeit wird als „zwischen den Zeilen spüren“ gekennzeichnet und kann als Suchbewegung verstanden werden in einem Bereich zwischen Horizonten. Die Position ist nicht defintorisch festgelegt, sondern ist leiblich zu erspüren. Erst wenn die Zeichen gelesen werden können, können die Dinge benannt werden. Die Weltbeziehung des Selbst ist eine dingliche Beziehung. Der spürende Leib wird zum Draht zur Welt, die den Regeln der Natur folgt. Lesen und benennen können sind dagegen Techniken der Kultur, die der Verständigung mit anderen menschlichen Wesen dienen. Zwischen Regeln der Natur und Regeln der Kultur ist Transformation gefragt. Dazu befähigen berufliche Praxen Hebammen. Die berufliche Identifikation verbindet sich mit einer spezifischen Fähigkeit, Regeln der Natur zu erkennen und Regeln der Kultur für andere transparent machen zu können.

„Vielleicht sind die auch sehr blumig in ihrer Art.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat geht es um eine spezifische Weltbeziehung, die mit „blumig“ gekennzeichnet und Hebammen als Eigenschaft zugeordnet wird. Der Begriff, der dafür gewählt wird, kann dem Bereich der Natur zugeordnet werden. Das kann als Hinweis gelesen werden, dass Hebammen in enger Verbindung mit Natur stehend gesehen werden. Den Regeln der Kultur folgend bedienen sie sich in der Interaktion einer Sprache, die jedoch von besonderer Art ist. Diese eigene Sprache unterscheidet von anderen und bestimmt die Position im sozialen Feld. Die Sichtweise in diesem Zitat verbindet berufliche Identität von Hebammen in Außenperspektive mit einer Überhöhung, die in der Logik des spirituellen Feldes gegründet ist.

Regeln der beruflichen Ethik

„Wenn Menschen einfach sehr anpassungsfähig sind, können sie auch sehr erfolgreich als Hebamme arbeiten, aber besonders als Familienhebamme, und bestimmte ethische Aspekte sind einfach immer hilfreich.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat ist im Zusammenhang mit beruflicher Identität von der Fähigkeit, sich anzupassen, die Rede und von ethischen Aspekten. Der Hinweis auf Regeln der beruflichen Ethik weist auf Spannungsfelder hin, deren Dynamik mit diesen Regeln kontrollierbar gemacht wird.

Die berufliche Identität ist mit Anpassung an Strukturen und Regeln verbunden. Der Logik des ökonomischen Feldes folgend geht es um Erfolg, der bewertet wird. Ethische Regeln begrenzen diese Logik im beruflichen Feld. Die Anpassung an ökonomische Regeln wird durch Regeln der beruflichen Ethik reguliert.

„Ich versuche zu mindestens als Hebamme den jungen Müttern den Druck zu nehmen und ihren eigenen Weg zu finden.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In dem Zitat wird auf Druck als Weltbeziehung der Moderne hingewiesen. Es geht um das Ermöglichen eines eigenen Weges und die Minderung von Druck. Berufliche Praxen von Hebammen orientieren sich an Aufgaben mütterlicher Erziehung. Die berufliche Identität verbindet sich mit dem Bild der guten Mutter. Regeln aus der familiären Resonanzsphäre werden in die berufliche Sphäre transformiert und finden sich als Regeln der beruflichen Ethik in den Orientierungen von Hebammen wieder.

„Da gibt es ein hohes, einen hohen Idealismus und eine, eine Vision, ja, von, von dem Menschen (.) sozusagen ins Leben zu verhelfen oder (.) eben mit der Geburt wirklich auch verbunden zu sein und nicht daraus nur ein (.), einen mechanischen oder mechanisierten klinischen AKT zu sehen.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird berufliche Identifikation mit Idealismus und Vision gekennzeichnet. Dies kann als Hinweis auf die spezifische Illusio (vgl. Bourdieu) im beruflichen Feld von Hebammen gelesen werden. Die Beteiligung am Geburtsgeschehen verbindet sich mit dem göttlichen Schöpfungsakt. Aus dieser Verbindung leitet sich eine ethische Verpflichtung ab, wie dieses Geschehen zu gestalten ist. Der Gegenhorizont zum Schöpfungsakt ist die Technik eines medizinischen Vorgangs. Menschliches Leben wird in der Klinik produziert. Die Logik des spirituellen Feldes trifft auf die Logik der Ökonomie. Die Wirkung wird auch hier durch Regeln der beruflichen Ethik eingegrenzt und reguliert. Berufliche Identität von Hebammen bewegt sich zwischen diesen Horizonten.

2.3 Machtverhältnisse in Beziehungen und Strukturen

Ausgehend von den Überlegungen Bourdieus zu Strategien im Feld (vgl. Fuchs-Heinritz, König 2003, S. 160 - 198) werden im Material des Forschungsprojektes Anknüpfungspunkte zu Beziehungen und Strukturen gesucht. Für die Auswahl der Beispiele wird wieder auf die anfängliche Codierung der Materialien zurückgegriffen. Nach einer thematischen Einordnung werden Zitate unter dem Aspekt der Feldlogik kommentiert. Die Beispiele aus dem gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen weisen auf Machtverhältnisse in Beziehungen und Strukturen hin, die als Elemente einer Feldlogik im Hebammenberuf angesehen werden können. Im Folgenden werden Beispiele thematisch zusammengestellt unter den Aspekten Beziehungen und Strukturen, Spielarten der Macht und Machtverlust. Unterstreichungen stehen in den Zitaten für Betonungen, Großbuchstaben für lautes Sprechen (vgl. auch Materialband Kapitel 3.3, Kapitel 4.3, Kapitel 5.3). Die ausgewählten Textpassagen rücken jeweils Interviewpartner_innen als Stimme in den Fokus. Mit den jeweiligen Kommentierungen der Forscherin wird wieder in Perspektive der the-

oretischen Einbettungen darauf Bezug genommen.

Beziehungen und Strukturen

„Eine Duftmarke, die hier, die sie immer wieder betonen, ist: wir, wir verstehen uns als

Angebot! Für die Frauen.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird Hebammen aus der Außenperspektive eine Stimme gegeben. Akteur_innen des Feldes kennzeichnet die berufliche Identität von Hebammen als „eine Duftmarke“. Der Duft, der von der beruflichen Identität ausgeht, ist an einen Wirkungsraum gebunden und kennzeichnet die Ebene der Beziehungen zu anderen über sensorische Kanäle. Duft markiert und legt eine Spur, von der eine machtvolle Wirkung der Verführung ausgeht, ihr zu folgen. Die Beziehung zu anderen wird zu einem Machtverhältnis, Raum wird besetzen mit „wir sind“ und anderen Akteur_innen im Feld wird ihr Platz zu gewiesen mit „für Frauen“. Das Machtverhältnis ist gekennzeichnet durch die Verbindung zur Logik des ökonomischen Feldes. Es geht um „Angebot sein“ und damit um eine Verdinglichung der Beziehungen. Das „Angebot für“ wird eine „Nachfrage von“ als Gegenhorizont aufwerfen. Zwischen diesen Horizonten bewegen sich die Akteurinnen im Feld. Machtverhältnisse werden auf Ebene der Beziehungen und auf struktureller Ebene des Feldes abgebildet. Die Stimme der Außenperspektive identifiziert sich mit dieser beruflichen Identität von Hebammen. Sie verbindet sich hier zu einer gemeinsamen Erfahrung im beruflichen Feld und mit ökonomischer Logik.

„(Hebammen) als die Fachfrauen für den medizinischen Bereich geben machen Vorgaben.“ (aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat geht es um die berufliche Identität von Hebammen als Fachfrauen für einen spezifischen Bereich. Die berufliche Identität wird mit Macht in Verbindung gebracht. Die Machtaufladung erfolgt hier durch Wissenskapital für Expertise und Zugehörigkeit zu einer beruflichen Gruppierung. Hebammen bestimmen ihre Position als Fachfrauen in Bezugnahme auf den „medizinischen Bereich“, der sich als berufliches Feld von anderen unterscheidet. Es erfolgt der Hinweis auf ein spezifisches Können, das daran gebunden ist, „Vorgaben zu machen“, im Sinne von anderen Anweisungen zu geben. Aufgrund dieser Aufladung wird die berufliche Beziehung zu anderen als ein Machtverhältnis gekennzeichnet, das in die berufliche Identität einfließt. In der Außenperspektive des Zitates weisen andere Akteur_innen Hebammen diese Position zu und kennzeichnen so strukturelle Machtverhältnisse, die sich in Sichtweisen auf berufliche Identität von Hebammen abbilden.

„Also ich bin berufen, fühle mich berufen, da etwas zu tun, aber setze mich letztendlich ja gleichzeitig auf die eigenständige, freiberufliche Ebene.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird der beruflichen Identität von Hebammen in Außenperspektive eine Stimme gegeben, was bereits Ausdruck für ein Machtverhältnis sein kann. Es wird ein Raum eröffnet zwischen den Horizonten „berufen sein“ und „eigenständig handeln“, in dem sich berufliche Praxen von Hebammen bewegen. Die Orientierung der Berufung stützt sich auf normativen Regeln, die

mit spezifischen sozialen Leistungen und deren gesellschaftlichen Gratifikation verbunden sind. Die Orientierung der Eigenständigkeit basiert auf normative Regeln, die in Bezug zu Autonomie, subjektiven Freiheiten und Eigensinn stehen. Die Logik im beruflichen Feld von Hebammen entspannt sich zwischen diese Orientierungen. Strukturelle Machtverhältnisse und normative Regeln bestimmen das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Aus Orientierungen leiten sich Positionen im beruflichen Feld ab. Die Zuordnung erfolgt sowohl durch die Hebammen selbst als auch durch andere Akteur_innen des Feldes und findet Eingang in Sichtweisen auf berufliche Identität.

Spielarten der Macht

„Weil das bedeutet für mich einfach, dass ich einen bestimmten Zugang brauche, um Vertrauen, Vertrauen einfach zu erhalten.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat geht es um berufliche Identität als Weltbeziehung. Der „Zugang“ zu anderen wird als Voraussetzung für berufliches Handeln angesehen. Die Beschreibung des Motivs mit „brauchen, um zu erhalten“ kennzeichnet die Beziehung als ein Machtverhältnis. In diesem beruflichen Feld ist ein bestimmtes Kapital erforderlich, über das zu verfügen ist und das Zugänge eröffnet. Die Zugänge haben Dingcharakter. Sie eröffnen Chancen zur Positionierung im beruflichen Feld und die Möglichkeit, über andere zu verfügen. Das Kapital wird als „Vertrauen“ gekennzeichnet, was sowohl in der Resonanzsphäre von persönlichen Beziehungen als auch in der Sphäre der Arbeit von Bedeutung ist, jedoch auf unterschiedlicher Logik basiert. Zwischen Vertrauen „erhalten“ und „nicht erhalten“ als Horizonte geht es um Spiele der Macht im beruflichen Feld.

„Und ich sage einfach: die Entscheidung nehme ich dir nicht ab oder Ihnen ab! sondern einfach: du darfst aber auch einfach sagen, du willst es nicht!“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat zeigen sich zwei mögliche Spielzüge in beruflichen Praxen von Hebammen. Im ersten Satz wird anderen etwas abgesprochen, wird anderen machtvoll die Position des Nicht-Habens zugewiesen. Die Akteurin nimmt für sich das Recht in Anspruch, darüber zu entscheiden, wie das Gegenüber zu positionieren ist zwischen den Horizonten „glaubhaft“ oder „nicht glaubhaft“, „zuverlässig“ in seiner Entscheidung oder „unzuverlässig“, „fähig“ oder „unfähig“, Entscheidungen zu treffen. Die Akteurin beansprucht die Macht der Beurteilung, die Beziehung wird als Machtverhältnis gestaltet. Ein Kampf um Macht wird eröffnet. Im zweiten Satz wird anderen eine Erlaubnis erteilt. Das Gegenüber darf sagen, dass es etwas ablehnt. Auch hier befindet sich die Akteurin auf der Seite des Rechtes, sie legitimiert mögliches Handeln. Sie ist die Autorität, über „richtig“ und „falsch“ entscheidet. Sie ist eine Instanz in Machtverhältnissen, die anderen Positionen zuweist. In der Interaktion beruflicher Praxen wird sich zeigen, wie diese Spielart der Macht sich fortsetzt. Die Kombination beider Sätze könnte der Logik folgen, durch eigenes Positionieren neue Perspektiven und Positionierungen des Gegenübers anzuregen. Es wird in dieser Spielart jedoch ordentlich aufgetrumpft und Machtverhältnisse zusätzlich befeuern.

„Also mir geht es nicht da drum, die Frau zu bevormunden, ne, sondern sie zu bestärken.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat werden berufliche Praxen des Bestärkens durch den Gegenhorizont „bevormunden“ gefasst. Bestärken und Bevormunden sind Horizonte, zwischen denen sich berufliche Praxen von Hebammen bewegen. Es geht um Zugewinn von Stärke. Hebammen bieten eine Dienstleistung an, die Frauen den Zugewinn von Stärke in Aussicht stellt, wenn der Logik des ökonomischen Feldes gefolgt wird. Der Blick auf das Kapital der anderer ergibt eine defizitäre Lage, ein Angebot zum Bestärken und Bevormunden erscheint angezeigt. Die berufliche Identität basiert auf dem Angebot einer entsprechenden Dienstleistung, für die es eine Nachfrage gibt. Der Gegenhorizont der Bevormundung ist in gesellschaftlichen Normen und gesetzlichen Regeln verankert und geht von einer Person aus, die selbst nicht sprechen kann und darf und eine andere Person zur Seite gestellt bekommt, die die legitimierte Aufgabe hat, die Rechte zu vertreten. Es wird zwischen mündiger und unmündiger Person unterschieden. Die zugehörigen Machtverhältnisse werden gesellschaftlich durch Gesetze festgeschrieben. Durch diesen Gegenhorizont bekommt die berufliche Identität von Hebammen eine spezifische Färbung. In diesen Strukturen wird die berufliche Identität von Hebammen mit der Autorität einer mündigen Person in Verbindung gesetzt, die für andere Frauen spricht und sprechen darf, weil deren Möglichkeit zum Sprechen in eigener Sache eingeschränkt ist. Die berufliche Identität basiert auf der Sichtweise, legitimiert zu sein, basiert auf strukturellen Machtverhältnissen.

„Also, ich selber habe ja die ersten Jahre hier alleine als Beleghebamme gearbeitet mit sehr viel älteren Kolleginnen, also das viel bezieht sich auf alt (lacht) und ich war eben die jüngste mit 30 und die nächste war dann 50. Und die waren eben schon sehr konservativ und ich war dann der Eindringling in ihre Hoheitsgebiet, das war also sehr sehr schwer.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat stehen generative Veränderungen der Machtverhältnisse im Fokus. Die berufliche Identität ist mit einem Begriff „Hoheitsgebiet“ verbunden. Sie ist machtvoll aufgeladen eine „Hohheit“, die über ein Gebiet verfügt und über anderen steht. Eine Hoheit zu sein, wird ererbt, ist auf Recht gegründet und erwirkt Rechte. Hohheiten verfügen über einen Machtraum, in dem ihr Recht gilt. Dieses Gebiet wird gegenüber „Eindringlingen“ verteidigt. Um Zugehörigkeit im beruflichen Feld wird gekämpft, die entsprechende Auszeichnung ist „schwer“ zu erringen. Alter und Berufsjahre als Hebamme sind Kapital in diesem Spiel. In diesem Zitat erinnert sich einer älteren Hebamme an ihre Zeit als junge Beleghebamme. Erfahrungen mit Machtverhältnissen haben das Einspuren in den Beruf als Hebamme bestimmt. Die Erfahrungen leben in Erinnerungen fort und zeigen sich gegenwärtig in Orientierungen für berufliche Praxen als Hebamme.

Machtverlust

„Und da (.) also ob das, also ich würde vermuten, dass das für die Identität von Hebammen ganz schrecklich ist, wenn dieser, wenn diese Möglichkeit (Geburtshilfe) ihnen nicht mehr zusteht oder nicht mehr ihnen zugebilligt wird, weil das ist ihre Identität. Ja, so sind die auch sozialisiert in ihrem Beruf. Und wenn das weg fallen würde, dann würde irgendwie auch, dann müsste sich der Beruf neu finden.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird in Außenperspektive einer Vision der Bedrohung von Hebammen die Stim-

me gegeben. Es geht um die berufliche Identität, die „zusteht“ und „zugebilligt wird“ und bedroht ist, indem die Legitimation dafür entzogen wird. Hintergrund ist die gesetzliche Regelung der Hinzuziehungspflicht von Hebammen bei Geburten. Die berufliche Identität von Hebammen hat eine gesetzliche Basis. Dem Beruf wird Macht durch staatliche Macht verliehen, die jedoch auch wieder ab erkannt werden kann. Der Beruf von Hebammen ist eingebunden in strukturelle gesellschaftliche Machtverhältnisse, die sowohl schützen als auch bedrohen. Spiele der strukturellen Macht bestimmen das berufliche Feld von Hebammen. Die Positionen von einzelnen Berufen verändern sich durch die Spiele der Macht. Die berufliche Identität kann Macht gewinnen oder verlieren. Machtverlust wird als eine Bedrohung der beruflichen Identität von Hebammen angesehen. Eine Veränderung der Machtverhältnisse wird als weitreichend angesehen. Die Tendenz findet sich in anderen Formulierungen auch in Äußerungen von Hebammen, wenn sie über berufliche Rahmenbedingungen wie Bezahlung und Berufshaftpflicht sprechen, die bereits an anderer Stelle thematisiert werden.

2.4 Erkenntnisse zur Feldlogik

Das berufliche Feld von Hebammen ist Teil des sozialen Feldes, in dem es eine spezifische Verortung hat. In dem Forschungsprojekt wird dieses Feld in Begrenzung auf Deutschland mit Gegenwartsbezug untersucht. In diesem Ausschnitt wird das berufliche Feld von Hebammen durch Wirkkräfte der großen Felder Bildung, Ökonomie, Politik, Kunst und Religion (vgl. Bourdieu) bestimmt oder in Überschneidungsbereichen der Resonanzsphären von Personen, Dingen und Spirituellem (vgl. Rosa) verortet.

Feldüberlappungen dieser Art nehmen auch Villa u.a. in den Blick und führen das aus am Beispiel Geburt (Villa, Moebius, Thiessen 2011, S. 15). Sie fassen Geburt als „biopolitisches Feld“, in dem Geschlechterverhältnisse und „Formen des post-disziplinärer Gouvernementalitätsregiments“ differenzierend zu betrachten sind unter der Fragestellung, wie am Geburtsgeschehen beteiligte Menschen die jeweilige „Praxis erleben zum Beispiel körperlich und wie sie diese in ihrem spezifischen Kontext deuten“. Die Fragestellung des Forschungsprojektes geht in eine ähnliche Richtung, auch wenn die Situation Geburt eine zeitliche Erweiterung erfährt, indem Zeiten der Vor- und Nachbereitung explizit einbezogen werden und der Fokus auf beruflichen Praxen von Hebammen in diesen Situationen gerichtet ist.

Mit den Beispielen aus dem Material des Forschungsprojektes werden Hinweise gegeben, wie Praxen im beruflichen Erfahrungsraum von Hebammen gesehen werden, wie sich die Logik von Feldern verbindet, wie sich Bewegungen in Sichtweisen und beruflichen Praxen abbilden.

Berufliche Orientierungen bewegen sich zwischen Horizonten der Normierung. In der Dimensionierung ergeben sich Spielräume. Berufliche Praxen nähern sich prozesshaft Positionen an, verfestigen sich oder werden wieder flexibel und verändern ihre Verortung in Machtverhältnissen auf struktureller Ebene. In Verbindung mit Normalität und Normativität entwickelt und verfestigt sich berufliche Identität von Hebammen als Teil der sozialen Identität.

Elemente der beruflichen Identität von Hebammen werden in der Ausbildung vermittelt. Die Ausbildung findet im klinischen Kontext eines ökonomisch orientierten Gesundheitssektors statt.

Bildungsprozesse in dieser Rahmung spuren Orientierungsschemata des medizinischen Feldes ein. In der Ausbildung werden bereits vorhandene Orientierungen von diesen Orientierungsschemata überlagert und beginnen sich zum beruflichen Habitus als Hebamme zu verbinden. Während der Berufstätigkeit in Auseinandersetzungen mit Anrufungen der jeweiligen beruflichen Kontexte setzt sich dieser Prozess fort.

Das Material des Forschungsprojektes insbesondere in Form der Dokumente zur Aus- und Fortbildung enthält vielfältige konkrete Hinweise auf Orientierungsschemata (vgl. Bohnsack) im beruflichen Feld von Hebammen (vgl. Teil B Kapitel 2). Ausbildungsziele und fachliche Standards werden zu Orientierungsschemata im Beruf und finden Eingang in die Orientierung (vgl. Bohnsack) für berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen. Konstitution und Reproduktion der beruflichen Identität werden so wechselseitig bestimmt.

In den hier dargestellten Beispielen werden Elemente der Orientierung gefasst als Selbst in der Weltbeziehung (vgl. Rosa), die sprachlich mit „Fachfrauen“, „Einzelkämpferin“, „Weltretterin“ oder „gute Mutter“ gefasst werden. Spuren der Postmoderne sind in den Beispielen ebenso auszumachen wie Hinweise auf eine Logik differierender Relationen und spezifische Formen der Überlagerungen von Feldern. Die Feldlogik von Hebammen verbindet Perspektiven der Ökonomie, der Natur und der Kultur. Orientierungen sind auf differente Regeln und Regelsysteme bezogen. Ethik im Beruf von Hebammen hat als Orientierungsschemata bereits in der Ausbildung ihren Platz und findet als Selbstverpflichtung in Zugehörigkeit zur beruflichen Community Verfestigung.

Die Beispiele zu „Fachfrauen“ weisen bereits auf Ambivalenzen hin. Der Begriff „Fachfrauen“ wird im Material gesetzt, die Formulierungen bleiben vage in ihrer fachlichen Konturierung und Bestimmtheit. Die Community der Hebammen bezieht mit der Selbstdefinition „Fachfrauen“ eine Position im aktuellen öffentlichen Diskurs, die mit der unbestimmten inhaltlichen Füllung gleichzeitig eine Verschleierung erfährt. Die Argumentationen im Material enthalten Drehungen und Richtungswechsel. Orientierung für „Fachfrauen“ ist, in die berufliche Rolle reingehen und sich davon distanzieren zu können, indem ein Hinweis auf „Helfersyndrom“ als negative Bewertung von beruflichen Praxen gegeben wird. Grenzen anzuerkennen entspricht nicht den Vorstellungen einer glorifizierten Helfenden, wie sich die Illusio im Hebammenberuf vielleicht begrifflich fassen ließe. Diese Illusio, die nach Bourdieu das Spiel des Feldes leitet, wird durch Regeln, die für „Fachfrauen“ gelten abgeschwächt und gebrochen. Auch in Bezug auf die körperliche Ebene zeigen sich Ambivalenzen. Körperliche Nähe in den beruflichen Praxen von Hebammen wird als hochsensibel angesehen und in Zusammenhang mit natürlichen Prozessen gesetzt, die der spirituellen Resonanzsphäre nach Rosa zuzuordnen sind. Während im Feld der Medizin der Körper als Objekt erscheint, an dem technisierte Verrichtungen vorgenommen werden, bewegt sich die Orientierung der beruflichen Praxen von Hebammen in andere Richtung und weist dem menschlichen Körper, an dem sich Praxen vollziehen, eine andere Verortung zu und führt so zu Ambivalenzen als „Fachfrauen“.

In den Beispielen zu „Einzelkämpferin“ oder „Weltenretterin“ zeigen sich andere Widersprüchlichkeiten der Orientierung für berufliche Praxen von Hebammen. Wenn diese Metapher aus dem Material wieder als Ausdruck der Illusio im Hebammenberuf gelesen werden, ist hierzu

der Hinweis zu geben, dass diese Vorstellungen mit dem Bild „gute Mutter“, das ebenfalls als eine Illusio im Hebammenberuf gelesen werden kann, möglicher Weise kollidiert. Gemeinsames Element ist die Erhöhung, die sowohl in den Metaphern „Einzelkämpferin“, „Weltenretterin“ und „gute Mutter“ zum Ausdruck kommt und auf einer legitimierten Verbindung zur spirituellen Resonanzsphäre basiert, die spezifischen Machtverhältnisse begründet. Gegenwärtige berufliche Praxen von Hebammen bewegen sich insofern in einem Bereich der Überlagerung sozialer und kultureller Traditionen.

In den Beispielen zur „Weltbeziehung“ ist von „anpassen“ die Rede. Hier schließen sich Fragen an, die aus dem Material heraus nicht zu beantworten sind und einer Konkretisierung bedürfen. Ist damit gemeint, dass sich Hebammen mit ihren beruflichen Praxen anpassen sollen an die Frauen, an Familien oder an bestimmte Situationen? Das Anpassen wird im Material als Element beruflicher Praxen von Hebammen dargestellt. In Kontrastierung mit ärztlichen Praxen, für die das in dieser Weise wahrscheinlich nicht formuliert würde, erscheint die Fähigkeit zum Anpassen als spezifisches Merkmal für beruflichen Praxen von Hebammen, die sich möglicher Weise von Merkmalen des medizinischen Feldes unterscheiden. Gleichzeitig wird auf eine „Palette“ von beruflichen Praxen hingewiesen, die Hebammen geläufig sind und als „Programm“ angepasst zur Anwendung gebracht werden können. Als Frage schließt sich an: Welche konkreten beruflichen Praxen passen dann zu welcher konkreten Situationen? Dazu gibt das vorliegende Material keine konkreten Hinweise.

In den Beispielen erfolgt der Hinweis, dass Hebammen etwas anbieten. „Angebote“ können als Verschleierung dafür gelesen werden, wie und durch wen Handlungsermächtigungen für berufliche Praxen von Hebammen eigentlich erfolgen. Die Orientierung von Hebammen ist, das „richtige“ Angebot zu machen. Es zeigen sich wieder Ambivalenzen, indem sowohl die Logik des Marktes als auch die Logik des Rechts für die Positionierung in der Argumentation herangezogen werden. Mit dieser Dopplung wird die Wirkkraft der beruflichen Praxen von Hebammen gesteigert, was möglicher Weise notwendig ist, um dem Machtverlust durch soziale Entwertung der beruflichen Praxen entgegenzuwirken. Veränderungen der Machtverhältnisse können so in die berufliche Identität von Hebammen integriert werden. Der Rückgriff auf eine Handlungsermächtigung mit Marktlogik als Identifikation mit einer der Illusio im Hebammenberuf ursprünglich fremden Logik ermöglicht es, Entwertungen auszuhalten und Handlungsmacht des Berufes zu erhalten.

Die Regelsysteme im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen basieren auf strukturellen Rahmenbedingungen und reproduzieren diese. Wenn diese Rahmenbedingungen als Machtverhältnisse gekennzeichnet werden, geben die Beispiele des Materials vielfältige Hinweise auf Machtverhältnisse in Beziehungen und Strukturen, die sich wechselseitig erzeugen.

Spielarten der Macht werden ebenso sichtbar wie die Bedrohung durch Machtverlust. Im Material ist auch eine Art Wiederhall des öffentlichen Diskurses zur Lage von Hebammen zu finden, wie er gegenwärtig stattfindet, auch wenn diesem Diskurs am Material des Forschungsprojektes nicht vertiefend nachgegangen wird. Hieran schließen sich Fragen an, wie die soziale Gemeinschaft Hebammen als Vermittlerinnen in Übergangssituationen sieht (vgl. Nadig 2011), welche Macht ihnen sozial zugewiesen wird und wie Macht in die berufliche Identität von Heb-

ammen als Handlungsermächtigungen sozial eingebunden wird. Auf diese Fragen wird im abschließenden Ausblick zurückzukommen sein.

3. „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegungen

3.1 Resonanzbewegungen und ihre Reflexion

Ausgehend von den Überlegungen Rosas zum Konzept Resonanz als Weltbeziehung (vgl. Rosa 2016, S. 83 – 245 sowie S. 331 - 514) werden im Material des Forschungsprojektes Anknüpfungspunkte zu „gesund leben lernen“ gesucht, wie sich dies in Sichtweisen und beruflichen Praxen von Hebammen zeigt.

Im Rückgriff auf die anfängliche Codierung des Materials der einzelnen empirischen Bausteine werden Beispiele gewählt, in denen Bewegungen sichtbar werden, die als Resonanzbewegungen und ihre Reflexion gelesen werden können. Im gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen werden diese Bewegungen thematisch an „gesund leben lernen“ als Bewegungsfigur abgehandelt. Die jeweiligen Zitate werden in Bezugnahme auf das Konzept von Rosa durch die Forscherin kommentiert.

Die vierzehn Beispiele aus dem Material bilden Vielfalt und Differenzen der Sichtweisen auf berufliche Praxen und Resonanzbewegungen ab. Auf eine Zuordnung der Beispiele zu Themenschwerpunkten wird verzichtet, um den Sinn-Container „gesund leben lernen“ hier in seiner thematischen Breite zu füllen. Die einzelnen Zitate sind in ihrer Zugehörigkeit zum Material gekennzeichnet, Unterstreichungen stehen für Betonungen, Großbuchstaben für lautes Sprechen (vgl. auch Materialband Kapitel 3.3, Kapitel 4.3, Kapitel 5.3). Bei dem abschließenden Beispiel handelt es sich um einen Dialog zwischen Interviewerin und Interviewpartner_in, in dem Aspekte von „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegungen verhandelt werden. Die anderen Textpassagen geben jeweils der Sprecher_in eine Stimme. In Perspektive der theoretischen Einbettungen werden die Zitate kommentiert.

„Also gesund leben ist, glaube ich, erst mal was, was die Frau definiert für sich, und was von jeder Frau unterschiedlich definiert werden würde. Ich habe natürlich als Hebamme trotzdem einen gewissen Blick auf Ernährung oder auch Suchtmittel oder Gesunderhaltung. Aber das ist sehr umfassend. Und erst mal gucke ich über einen sehr langen Zeitraum, wie die Frau eigentlich in so einer Art Homöostase praktisch lebt. Also wie die Frau in ihrer Umwelt und in ihrem Familiensystem wie sie da agiert. Und wenn ich dann merke, da sind Elemente, die dann auch die Frau krank machen, weil das wäre dann ja irgendwann mal das Gegenteil von gesund sein, würde ich versuchen, auf diese Aspekte ja aufmerksam zu machen und die zu thematisieren. Wobei ich da auch nicht alles, was ich sehe und was ich als krankmachend für mich definieren würde, dann auch der Frau spiegeln würde. Also das ist schon, ich, ich, ich gebe da jeder Frau ein, einen sehr großen Freiraum von dem, wie ich sie einfach lasse, wie sie ist, bevor ich dann ja in irgend einer Art eine Intervention mache durch Ansprechen, durch Tipps, durch Anleitung.“
(aus einem Interview mit Hebammen)

Das Zitat nimmt Bezug auf berufliche Praxen von Hebammen und Weltbeziehung. Mit Hinweis auf „Umwelt“ und „Familiensystem“ wird die horizontale Dimension von Resonanzsphären der Frau angesprochen als soziale Beziehungen zu anderen Menschen. Die Weltbeziehung der Frau wird mit dem Begriff „Homöostase“ gekennzeichnet als Fachbegriff aus dem medizinisch-na-

turwissenschaftlichen Bereich für Prozesse, die mit Fließen und Stillstand von Körperflüssigkeit verbunden sind. Die Sprecherin bewegt sich als Hebamme in der diagonalen Dimension von Weltbeziehung. Beziehungen werden als Dinge gesehen, die definiert werden. Das Subjekt steht in Resonanzbeziehung zur Dingwelt. Es beobachtet die Dinge, die antworten. Die Weltaneignung erfolgt durch Schauen in einer spezifischen Perspektive, die krank und gesund unterscheidet. Der Blick ist auf „krankmachende Elemente“ gerichtet, die es zu identifizieren gilt. Die Resonanzbeziehung der Hebamme zur Welt wird als „spiegeln“ beschrieben. Die berufliche Beziehung der Hebamme zur Frau ist Teil der Dingwelt. Der Blick auf die Welt wird beantwortet, die Antwort führt zu weiteren Bewegungen in der Weltaneignung. Das handelnde Subjekt kann differenzieren, wie es sich in Resonanz mit der Welt bewegt. Als Dimensionen der Orientierung für berufliche Praxen klingt an, andere „einfach lassen“ oder durch pädagogische Interventionen wie „ansprechen“ oder „anleiten“ auf sie einwirken. In diesem Zitat wird „gesund leben lernen“ als Resonanzbewegung verstanden. Die Perspektive auf krankmachende Elemente und Orientierung an machtvoller Kontrolle stehen in Verbindung mit der diagonalen Dimension von Weltbeziehung. Die Weltaneignung erfolgt mit dem Körper und richtet sich auf Körper anderer als Elemente der Objektwelt. In dieser Sichtweise gehört „gesund leben“ zu den beruflichen Praxen von Hebammen.

„Gesundheit ist Freunde, Gesundheit ist (.), kann ich meinen Neigungen nachgehen, hab, kann ich einen Beruf, habe, also habe ich einen Beruf, in dem ich froh bin, in dem ich aufgehe, in dem meine Neigungen, meine Talente, meine Gaben irgendwie, glaube ich, also (.) ich finde, Glauben (lachend) sehr gesundheitsförderlich zum Beispiel, bin ich mit Gott, (.), habe ich nette Nachbarn (.), habe ich Zugang zur Natur (.).“

(aus einem Interview mit Hebammen)

Die Wahl des Begriffs Gesundheit weist auf einen Bezug zur Welt als Objektwelt hin. Im Unterschied zum vorigen Zitat klingt hier jedoch Weltbeziehung als Bereich von unterschiedlichen Resonanzsphären an. In horizontaler Dimension geht es um soziale Beziehungen, andere werden als „Freunde“ gekennzeichnet. In diagonalen Dimension geht es um einen „Beruf, der froh macht“. In vertikaler Dimension kommt es zu Bewegungen mit „Gott“ und „Natur“, mit denen sich das Selbst in Resonanz verbindet. Das Selbst in Weltbeziehung bewegt sich in Resonanz. Die Welt antwortet und hat eine Stimme. Die Sichtweise auf „gesund leben“ ist von Erfahrungen mit Resonanz insbesondere in Verbindung mit Religion und Natur geprägt.

„Fürmichja, also Körper, also Körpergefühle entwickeln, Körperwahrnehmung. Das ist auch etwas, das ich versuche zum Beispiel im, in den Geburtsvorbereitungskursen zu vermitteln, dass ich (.), also viele Frauen, habe ich das Gefühl, haben ein gutes Körpergefühl, haben ein gutes Gefühl dafür, was ihnen gut tut und was nicht und ich versuche sie da drin zu bestärken, dass sie das, dass sie sich selber das glauben sozusagen.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat wird der Hinweis auf eine Weltaneignung mit dem Körper gegeben. Hier räumt die berufliche Orientierung dem Körper einen spezifischen Wert ein. Es geht um körperliche Wahrnehmungen und Gefühle, deren Erleben als „gut“ gekennzeichnet werden. Körper und Welt bewegen sich in Resonanz. Erfahrungen mit dieser Resonanzbeziehung wird mit „guten Gefüh-

len“ in Verbindung gebracht. Berufliche Orientierung ist, dass Erfahrungen mit Resonanzbewegungen auf die Situation und den Prozess einer Geburt vorbereiten. „Geburtsvorbereitungskurse“ werden als geeignete Orte für diese Erfahrungen markiert. Die beruflichen Praxen von Hebammen, die als Vermittlerinnen der Resonanzbewegungen wirken, sind auf Bewegungen zwischen Körpern gerichtet, die anfänglich ungewohnt und irritierend sein können. In dieser Sichtweise wird „gesund leben“ als körperbezogene Resonanzbewegung verstanden.

„Na ja, das Körpergefühl in sich, sicherlich in der Schwangerschaft, wobei ich meine, dass die Frauen heute ihren Körper nicht so gut kennen oder deuten können wie vor zwanzig Jahren, dass Frauen durch die Veränderungen in der Schwangerschaft häufig verängstigt sind und, wenn man das so flapp ausdrückt, jedes Zwicklein schon Angst macht, ist das auch alles in Ordnung, während das Frauen früher, glaube ich, eher hingenommen haben oder auch dadurch, dass sie mehr Mama gefragt haben oder wie auch immer, ne. Also nicht unbedingt bei jedem, bei jeder Veränderung zum Arzt oder zur Hebamme gehen. Leider Gottes gehen immer noch mehr zum Arzt, der das dann oft nicht weiß und das dann pathologisiert. Und das finde ich dann schon schwierig dieses, sich auf den Körper achten oder wahrnehmen, das hört auf nach der Geburt. Da haben alle, da hat der Körper nicht mehr so viel Vorrang.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat wird auf den schwangeren Körper in der Weltaneignung Bezug genommen. Die Sprecherin konstruiert die Weltbeziehung der schwangeren Frauen. Die Weltbeziehung dieser Subjekte erfährt durch körperliche Veränderungen in der Schwangerschaft Irritationen, die „ängstigen“. Antworten des Körpers zeigen sich in Resonanzbewegungen, die nicht einzuordnen sind. Erfahrungen sind nicht eindeutig und bewirken Emotionen. Auch hier gibt es einen Hinweis auf die Notwendigkeit von sozialer Vermittlung in diesen Situationen. Als Vermittlungspersonen werden „Mama“, „Arzt“ oder „Hebamme“ angeführt und verglichen. Die Verortung der Vermittlungsinstanz hat sich verändert. Während in der Vergangenheit bei solchen Irritationen die „Mama“ als Vermittlungsinstanz genutzt wurde, die Teil der Resonanzsphäre Familie ist, wird aktuell in Dimension der medizinischen Fachlichkeit nach Antworten gesucht, um Irritationen zu überwinden. Die Sprecherin hat Zweifel, dass dort Antworten zu finden sind, die der Welt eine Stimme geben, die Resonanzbeziehungen begründet. Die Orientierung für berufliche Praxen ist an Tradition ausgerichtet. Zeit für Resonanzbewegungen im Sinne von „gesund leben lernen“ wird als begrenzt gesehen. In dieser Sichtweise tritt die Weltaneignung durch körperbezogene Aufmerksamkeit nach der Geburt zurück. Im Bemühen um Resonanz in der Weltbeziehung wird dem „Körper nicht mehr so viel Vorrang“ eingeräumt.

„Ich glaube, für viele Frauen spielt es eine große Rolle, weniger, glaube ich, für die, wo es gut, also wo es gut gelaufen ist, die können vielleicht danach sagen, o.k. meine Vorbereitung war gut, es hat mir geholfen, dass ich, weiß ich nicht, dass ich vielleicht regelmäßig beim Yoga war und so. Aber meistens hat es einen größeren Effekt für die, wo es nicht gut gelaufen ist. Also grad vielleicht noch mal für spätere Schwangerschaften, dass die da dann halt sagen, da will ich was machen, da will ich was anders machen. Da will ich vielleicht bestimmte Sachen auch nicht mehr, die dann unter der Geburt so passieren. Beim (.) ja also grad

wo so ganz viel Interventionen unter der Geburt stattgefunden haben, wo die Frau dann einfach auch unglücklich war mit dem Geburtsverlauf oder mit dem Geburtsausgang. Da hat es, glaube ich, wirklich einen ganz großen Effekt auf folgende Schwangerschaften noch mal. Das da ganz viel anders gemacht wird. Also da passiert dann wirklich ganz viel.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat erfolgt ein Hinweis darauf, wie vorherige Erfahrungen auf den Prozess des Lernens wirken. Für „gesund leben lernen“ wird ein Spannungsverhältnis markiert zwischen Erfahrungen der Geburtssituation und den Vorstellungen, wie diese Situation hätte sein sollen. Das Abweichen vom Ideal führt zu einer negativen Bewertung der Realität. In der Situation der Geburt hat die Welt dem Selbst nicht in der Weise geantwortet, wie gewünscht. Die Situation der Geburt wird als eine Situation der Selbstentfremdung erlebt, in der „Sachen passieren“. Suchbewegungen nach Resonanz sind in dieser Situation ins Leere gelaufen und verstärken im Nachhinein die Sehnsucht nach Resonanzerfahrung. Die Erfahrung einer stummen Welt wird transformiert in die Verstärkung des Wunsches nach einer antwortenden Welt. Wünsche wurden enttäuscht, Wiedergutmachung in einer vergleichbaren Situation wird angestrebt. In dieser Sichtweise wird fehlende Resonanz zum Motor für erneute Suchbewegungen nach Resonanz in vertikaler Dimension als eine Hoffnung auf bessere Zukunft und „gesund leben lernen“ als Suchbewegung nach Resonanz verstanden. Die berufliche Orientierung für berufliche Praxen von Hebammen weist auf ein Spannungsverhältnis zwischen „können“ und „müssen“, auf eine Bewegung zwischen „sich vorbereiten“ und „passieren lassen“ hin, die auch für „gesund leben lernen“ gilt.

„Natürlich, klar muss man darauf achten, dass man sich gesund ernährt, aber (veränderter Tonfall) aha, das traue ich eigentlich jedem zu, das irgendwie zu (lachend) schaffen. So schwer ist es nicht. (lacht) (..) Und gesund ist für mich ein gutes Selbstbewusstsein, ein gutes Selbstvertrauen vor allem, so, sich selber zu mögen und genau, sich sicher sein auch, dass man das Richtige tut. Also dahinter zu stehen, was man macht, und auch zu sagen: nein, also ich gehe halt nicht joggen, aber das ist o.k. für mich! und nicht: nein, (veränderte Tonlage) hähähä ich gehe jetzt (Klatschgeräusch) nicht joggen, mmh, haah, ich weiß, es ist nicht gut! sondern einfach dazu zu stehen, was man macht und damit zufrieden zu sein, so. Also Zufriedenheit, nicht glücklich sein, weil glücklich, man ist nicht immer glücklich. Es gibt Momente, da ist man einfach nicht glücklich, da finde ich, gesund leben ist, das zu akzeptieren, dass es grad nicht so ist, und irgendwie zu überlegen, was kann ich denn tun, damit es mir besser geht. Aber keine Wunder erhoffen, dass es einem direkt wieder gut geht. Das funktioniert nicht. Also jeder hat Phasen im Leben, die sind nicht toll. Und da, finde ich, gesund leben bedeutet, Unterstützung von Freunden zu haben, Familie und JA, einfach das Beste aus der Situation zu machen und sie zu akzeptieren, so. Und darauf hoffen, dass es Phasen gibt, in der man, in denen man besser (Klatschgeräusch) zufrieden ist, so. (.....)“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat geht es um Weltbeziehung in Verbindung von Norm und sozialer Identität. In Resonanzbewegungen wird der Raum von Normativität eingegrenzt. Die Eigenschaft „gesund“ wird mit der Bewertung „gut“ verbunden. Gegenstand der Bewertung ist Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. Damit wird das Selbst in Weltbeziehung zum Objekt, das als gut oder schlecht

bewertet werden kann. Die Bewegung der Weltaneignung ist eine Suche nach Verortung und Resonanz. Zwischen „dazu stehen, was man macht“ und unsicher sein, „das Richtige zu tun“, wird ein normatives Spannungsverhältnis sichtbar, das Suchbewegungen zur Folge hat. Als Indikator für Resonanz wird in Abgrenzung von „Glück“ auf „Zufriedenheit“ verwiesen. Bei der Suche nach Resonanz gibt es keinen Anspruch auf Glück und keine Anrecht auf ein glückliches Sein, während Zufriedenheit eine Option ist, die für das handelnde Subjekt erreichbar scheint. Diese Begrenzung der Reichweite ist zu akzeptieren. In dieser Sichtweise wird „gesund leben“ der Resonanzsphäre Arbeit und Familie zugewiesen. Suchbewegungen nach Resonanz finden im Raum der horizontalen Dimension und der vertikalen Dimension statt. „Freunden und Familie“ federn schwierige Situationen. Das Selbst in Weltbeziehung orientiert sich an der Hoffnung auf Optimierung und zukünftige Chancen.

„(lachend) Das ist eh eine Frage, die mich schon gewisse Zeit umtreibt und (veränderte Stimme) ich bin ja nun schon recht lang Hebamme und wie sich das verändert hat und wie wichtig das auch (.) in den Gesprächen ist, mit den Frauen, die immer wieder auf gesunde Ernährung hinzuweisen. Also es nimmt einen ziemlich großen Platz bei mir ein (.) und natürlich kann man nicht oder erreicht man nicht immer alle (.), DAS find ich manchmal (.) sehr frustrierend oder da (.) auch wenn man immer wieder erzählt (Bewegungsgeräusch) und die Ernährungstipps und Unterlagen mitreicht, es gibt wunderbare Sachen von der BZgA, die ich immer in Petto habe, und so weiter und das treibt mich schon immer um. Wenn man auch so perspektivisch sieht, (Bewegungsgeräusch) was mit dem Diabetes schon in jungen Jahren und das sehen wir auch bei den Schwangeren, bei den Vorsorgeuntersuchungen. Und wieviel Zeit und Raum das (.) einnimmt ja steigend in den letzten zehn Jahren. (leiser) So würd ich das sehen, (leise) das ist als also DA BIN ich schon manchmal angespannt oder (atmet mit Ton ein) gespannt, ja, wie sich das dann weiter verhält im Laufe so einer Betreuung (.) und da bin ich auch immer da hinter her, mich selber weiterzubilden (.)“

(aus der Fokusgruppe mit Hebammen)

Das Zitat steht im Kontext der Eröffnung der Gruppendiskussion und kann als Antwort der Sprecherin auf eine fragende Anrufung gelesen werden. In der Interaktion der Situation bewegt sich das Selbst in resonanter Weltbeziehung. Die Frage wird eingeordnet und als teilbar bewertet. Das Thema „gesund leben lernen“ wird mit „einer Frage“ verbunden, die die Sprecherin als Subjekt „ich“ in Bewegung bringt und umtreibt. Die Weltbeziehung wird mit „getrieben werden“ beschrieben. Die Sichtweise der Sprecherin weist „gesund leben lernen“ eine exponierte Bedeutung für die Weltbeziehung zu. Es geht um die Resonanzsphäre Arbeit und um berufliche Praxen von Hebammen in diesem Zusammenhang, die mit der Formulierung „Gespräche mit den Frauen“ gefasst werden. Das Subjekt spricht hier mit der Welt der anderen. Dieses Sprechen wird spezifiziert als „immer wieder auf gesunde Ernährung hinweisen“. In dieser Resonanzsphäre wird die Weltbeziehung als permanenter Akt des Einwirkens gefasst, das nicht zwangsläufig in Resonanz einmündet. Denn trotz „wunderbaren Sachen“, die als Ressourcen zum Einsatz kommen, bleibt die Welt oft stumm, die anderen antworten nicht in der Weise wie gewünscht. Und das ist „sehr frustrierend“ und führt dazu, dass sich das Gefühl von Getrieben-Werden fortsetzt. Die Weltbeziehung wird als „angespannt sein“ gekennzeichnet und erfährt dann eine neue Färbung mit „gespannt sein“.

Damit wird der Blick auf eine Hoffnung für die Zukunft gerichtet, dass mit beruflichen Praxen als Hebamme Resonanzbeziehungen zu erreichen sind. Das Subjekt wird als handelndes Subjekt konstruiert mit Entscheidungsmöglichkeiten und Chancen, wenn es sich „weiterbildet“. Normativen Erwartungen ist nachgekommen und so wird das Subjekt zu Bewegungen des Lernens getrieben. Es muss „immer hinter her“ sein und ist es in Erfüllung der sozialen Erwartungen auch. Bewegungen in der Weltbeziehung haben einen normativen Motor, der antreibt. Bewegungen entspannen sich zwischen Erwartungen auf zukünftige Resonanz und Erfahrungen des Fehlens von Resonanz, die als „sehr frustrierend“ erlebt werden. Ernährung kann als Beispiel für solche Bewegungsabläufe angesehen werden. In diesem Zitat wird die Resonanzsphäre Arbeit als Raum zwischen horizontaler und diagonaler Dimension entfaltet. In dieser Sichtweise wird „gesund leben lernen“ wird mit Erziehungs- und Bildungsarbeit verbunden, die Hebammen leisten.

„Ich erlebe die Frauen als so (.) bedürftig oft und so, die sind so ausgehungert nach, also nicht, nicht nur nach Essen und Zucker und so, sondern die sind so bedürftig, die haben, also auch egal aus welcher Schicht kriegen die, glaube ich (.), (Bewegungsgeräusch) zu wenig Aufmerksamkeit oder es ist so wenig Fürsorge füreinander da. Und ich glaube, da kommt das manchmal auch her, dass man sich mit irgendwas füllen will, weil man das, irgendwas braucht, was einen irgendwie schnell zufrieden stellt (.) und das, dass das da auch her kommt und das man auch, dass eh vielfach dann die Annahme da ist, ich tue meinem Kind etwas Gutes, wenn ich dem jetzt (.) Milchschnitte gebe oder irgendwie so oder was Süßes, da stelle ich es schnell zufrieden und dann diese diese Bedürftigkeit ist soo stark und das ist, das drückt sich, glaube ich, also in, in darin aus, auch in der Ernährung, also das ist so ein Teilaspekt davon, ne, noch mal unabhängig davon, was auch anerzogen ist, was du dir leisten kannst und so. Und das sieht man, oder meine ich auch in anderen Bereichen zu sehen. Ne, so dieses zum Beispiel, wenn eine Frau in die Klinik kommt mit (.) Grippe oder so. Das (richtet sich direkt an eine andere aus der Gruppe) also das siehst du auch, oder bei euch? Die kommen und haben irgend eine Grunderkrankung, irgendwas, was man halt mal so hat, Husten, Schnupfen, Heiserkeit und müssen stationär bleiben dann, bei uns bleiben die dann stationär, ne, bei uns in (Ortsname), kleines Krankenhaus, da wird noch gehätschelt und getätschelt. Da bleiben die erst mal eine Woche. Und dann kommen die ganzen Familien, alle stehen ums Bett rum, und dann ist man endlich mal eine Person mit Bedeutung, habe ich den Eindruck, dass das auch so sich über so komische Wege ausdrückt (..) und DA also, ich glaube, Schwangerschaft und Geburt ist so ein Bereich, wo das irgendwie sich, wo das rauskommen will, wo das, so diese Bedürftigkeit nach (.) auch selbst vielleicht bemuttert werden und sich was Gutes tun und sich was Gutes tun lassen und das ist gesellschaftlich nicht unbedingt gegeben. Und das, das treibt dann so komische Blüten oft. So erleb ich das.“
(aus der Fokusgruppe mit Hebammen)

In diesem Zitat wird Bedürftigkeit als Ausprägung von Weltbeziehung in den Fokus genommen. Menschliche Grundbedürfnisse nach Nahrung und fürsorgliche Aufmerksamkeit werden abgewogen und in Beziehung gesetzt. Die Sprecherin konstruiert Subjekte. Diese Subjekte treten mit Suchbewegungen in die Welt. Es geht um Nahrung und Leere, die sich „mit irgendwas füllen“ will. Erst nährende Resonanzbeziehungen mit fürsorglicher Aufmerksamkeit machen zufrieden satt. Im zweiten Teil des Zitates wird diese Erkenntnis über Ernährung ausgeweitet, die Subjektkonst-

ruktion bezieht sich auf Frauen. Die Anerkennung von Schwangerschaft als defizitärem Zustand, der einer medizinischen Behandlung bedarf, macht den Weg für ersehnte Resonanzbeziehungen frei. Das erwachsene weibliche Subjekt wird mit einem kindlichen Subjekt verglichen, das der bemutternden Fürsorge bedarf. Weltbeziehung wird hier machtvoll und hierarchisch konstruiert. Die Welt antwortet dem weiblichen Subjekt nicht, ihm wird soziale Anerkennung als „Person“ vorenthalten. Das Bedürfnis nach Resonanz ist für das weibliche Subjekt so stark, dass „rauskommen“ will, was untergründig wirkt. Die Suche nach Resonanz in der Weltbeziehung drückt sich in Schwangerschaft und bei Geburt dann „über so komische Wege“ aus. Schwangerschaft und Geburt verändern die Weltbeziehung des weiblichen Subjektes in Bezug auf Norm und Normativität. Der „schwangere Körper“ macht die Frau zur „Person“. Auch die Weltbeziehung von Hebammen ist an eine hierarchische Ordnung und Machtverhältnisse gebunden. Andere Frauen werden als defizitär konstruiert, um die eigene Position zu stärken und zu festigen. In dieser Sichtweise auf „gesund leben lernen“ wird das Leiden an fehlender Resonanz durch einen Mangel an sozialer Anerkennung zwar geteilt, hat jedoch keine verändernde Wirkung auf Machtverhältnisse und Beziehungen zwischen Frauen. Das Beispiel ist in vielfältiger Weise gehaltvoll und könnte unter den Perspektiven Frauen, Ernährung, Machtverhältnisse und beruflicher Kontext von Hebammen weitergeführt werden, die hier nur angerissen sind.

„Ja, und dann gibt es, aber jetzt haben wir ja immer die, die so Gesundheit, naja, nicht so wahrnehmen, und dann gibt es welche, die sagen so: oh, aber wenn ich jetzt das und das mache, was sagst du dann zu dem und dem (.) Käse oder zu dem und dem Fisch oder zu, wenn in der Schwangerschaft, ja dann denke ich immer so (atmet mit lang gezogenem Ton ein): JA, lesen wir es noch mal nach (lacht, atmet mit Ton aus und atmet ein)! Wo ich dann immer denke, es gibt auch die, die auf der andern Seite runterfallen, die alles so siebenundneunzig prozentig genau wissen und dann noch wissen, aber dieses, (veränderte Stimmlage) ich weiß gar nicht mehr, wo drauf ich da angesprochen worden bin, aber wo ich dachte so (veränderte Stimmlage): ohu darüber hab ich mir noch nie Gedanken gemacht! NEVER! (.) Und ich mache mir viel Gedanken übers Essen. (.) Wo ich dann auch denke so, da machen sich es Leute auch wieder sehr schwer. Und trotzdem glaube ich, haben wir eigentlich noch eine gute Ansatzstelle, weil oft ist es ja auch so, dass man mit Baby, mit schwanger sich dann doch mal noch ein bisschen auseinandersetzt und auch offener vielleicht etwas zu ändern, ja. (..) Wenn es nur fürs Kind ist. Und wenn sie nur fürs Kind dann gut kochen und dann vielleicht die Reste essen und so, (leise) das (.). Da sehe ich schon auch eine Chance drinne, aber letztendlich kann man immer nur (.) Häppchen hinwerfen, und was dann damit passiert, was die Leute dann daraus machen, (.) wieviele von den Anregungen sie da weiter machen, das ist ja dann auch nicht mehr unsere Baustelle.“

(aus der Fokusgruppe mit Hebammen)

In diesem Zitat werden berufliche Praxen von Hebammen auf der diagonalen Resonanzachse verortet. Die Weltbeziehung wird mit der Formulierung „wir haben die“ als Objektbeziehung konstruiert. Andere werden mit „die“ und Eigenschaft wie „alles siebenundneunzigprozentig genau zu wissen und wissen zu wollen“ als Objekte beschrieben. Weltbeziehung wird hier mit dem Hinweis auf Verfügungsmacht über Wissen und Informationen allgemein gekennzeichnet. Auf der Basis von Informationen erfolgt eine Orientierung in der Welt im Bestreben, Risiken

zu vermeiden und Gefahren abzuwenden. Die Welt antwortet dem Subjekt mit einer Flut von Informationen. Die Vielfalt der Option und Verpflichtung auf verantwortungsvolle Entscheidung bewegen das Selbst in seiner Weltbeziehung zwischen Sicherheit und Risiko. Hebammen verfügen über Informationen, die sie von anderen unterscheiden. Wissen ist ihr Kapital. Sie haben über Ernährung „eine gute Ansatzstelle“ einwirken zu können. Die Weltbeziehung von Hebammen wird hier wieder konstruiert als machtvoll instrumentelles Einwirken auf die Welt als Material. In der Sichtweise der Sprecherin hat die Weltbeziehung eine spezifische Färbung. Andere werden auf die Stufe von Tieren gestellt, sie werden durch „Häppchen hinwerfen“ mit Wissen gefüttert. Grenzen der Wirkmacht beruflicher Praxen von Hebammen werden gesehen. Der Machtbereich wird als „unsere Baustelle“ bezeichnet und Ausdruck der Illusio einer machtvollen Resonanzbeziehung gelesen werden, die Zuständigkeiten kennt und argumentativ nutzt. Auch dieses Beispiel wird als gehaltvoll für Interpretationen unter der Perspektive Frauen, Ernährung, Machtverhältnisse und beruflicher Kontext von Hebammen angesehen, die an dieser Stelle nicht ausgeführt werden. Dieser Sichtweise auf „gesund leben lernen“ verbindet sich mit einer Orientierung an Machtverhältnissen.

„Ich fand es (.) interessant (.) so von euch das zu hören, dass das auf alle Fälle immer ein Thema in unsrer Arbeit (ist Bewegungsgeräusch) und es ist immer ein bisschen: was bringe ich selber mit, wo sind meine Schwerpunkte, mit wem habe ich als Gegenüber (.) zu verhandeln oder zu tun (.). Wieviel Zeit verbringe ich mit den Menschen, ist ja auch immer so die Geschichte. Sehe ich die jetzt nur für meine Schicht im Kreißaal oder (.) sehe ich die über viele Monate (...) (tiefere Stimme) ja (normale Stimme) und eh trotz alledem denke ich immer so: ich kann da Anregungen geben, aber (.) (tiefere Stimme) was die Leute draus machen, müssen sie selber entscheiden. (.....)“

(aus der Fokusgruppe mit Hebammen)

In diesem Zitat wird ein gemeinsamer Erfahrungsraum im beruflichen Kontext als Hebamme konstruiert, der mit anderen Hebammen geteilt werden kann und in der Formulierung „unsere Arbeit“ Ausdruck findet. Weltbeziehung wird für diesen Erfahrungsraum mit „verhandeln“ beschrieben gekennzeichnet. Die Weltbeziehung bewegt sich zwischen Selbst und Gegenüber für andere, das Selbst wird „als Gegenüber“ gesehen. Die Bewegungen erfahren eine Rahmung durch den Faktor Zeit, Zeit, die zusammen verbracht werden können und kontextabhängig sind, Zeit zum Kapital, über das verfügt werden kann. Die Wirkkraft beruflicher Praxen wird als „Anregungen geben“ konstruiert und mit der Verpflichtung zur Selbstentscheidung des Gegenübers verbunden. Das Selbst ist in seiner Weltbeziehung zu Entscheidungen verpflichtet, die nicht abgenommen werden können. In dieser Sichtweise wird unausgesprochenen auf die Illusio als Gegenhorizont genommen, mit beruflichen Praxen machtvoll einwirken zu müssen und zu können.

„Und kann ich meine (.) meine Fähigkeiten, das, was ich mitbringe auf Grund meiner biologischen Voraussetzungen, kann ich die, ja nutzen und will ich die nutzen? Oder will mich, die auch ein Stück, ja möglicherweise auch vielleicht zum Teil erst mal abspalten und nicht zur Verfügung stellen? Ich bin gar nicht Mutter in diesem Kontext. Und ich bin auch als Supervisorin nicht Mutter und gleichzeitig werde ich manchmal (lachend) dahin gehend befragt, auch genau in

dieser Haltung mit dem Erlauben, das habe ich ganz bewusst auch gesagt, weil da, da kommt die an, alte Konstellation zum Tragen und da kommen alte Muster (Bewegungsgeräusch) (.) an die Oberfläche. Und das dann auch wiederum, ne, zu zu thematisieren. Also und das beginnt ja mit der, mit dem Thema häufig auch, da muss eine der, der Teilnehmerinnen muss, aus welchen Gründen auch immer, früher gehen und stellt die Frage: darf ich? (.) Und da sage ich: an wen ist diese Frage gestellt? Wer soll es Ihnen erlauben? Geht es nicht eher darum, lediglich mitzuteilen? Ich habe die und die Entscheidung getroffen und bin gezwungen worden möglicherweise auch den Termin wahrzunehmen, weil ich den nicht alleine zur Verantwortung hatte zu terminieren. Also Sie haben die Entscheidung getroffen, dann teilen Sie es doch mit! Wer soll Ihnen jetzt noch was dazu, also was soll ich da erlauben, ne? Und damit gibt es schon eben eine Einladung auch, das noch einmal zu thematisieren für das Gegenüber auch: was mach ich da mit mir? Und wie weit, also grad auch um auf den Aspekt der Selbstfürsorge zurück zu kommen, findet Gesundheits (.) ja prävention, die Sorge um die eigene Gesundheit ist im Großen, im, im ganz großen weiten ja das Selbstfürsorgethema. Das ist damit auf dem Tisch! Hole ich mir ausschließlich Erlaubnis oder aber organisiere ich mir mein Leben so, indem ich nämlich meine Gesundheit als das höchste Gut überhaupt auch ernsthaft (.) ja (lachend) realisieren und dafür sorgen, dass es so ist, ja, dass es das höchste Gut ist. (veränderte Stimme) Und das ist ja gerade bei den Hebammen auch so, ja. Also wie oft gehen die über ihre Grenzen, wenn sie im Grunde krank sind.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

Im ersten Teil des Zitates ist eine Suchbewegung zu verzeichnen, die den Kontext der Sprecherin markiert und als Hinweis auf die Weltbeziehung zwischen horizontaler und diagonaler Dimension gelesen werden kann. Die Suchbewegung endet in der Abgrenzung „nicht Mutter“. In Exemplikation und Argumentation für diese Abgrenzung wird Weltbeziehung zwischen „sich erlauben lassen“ und „selbst bestimmen“ konstruiert und als „alte Muster“ definiert, die sich als Erfahrungen aufgeschichtet haben. Im zweiten Teil des Zitates wird der Bogen zu Gesundheit als „höchstes Gut“ und „Selbstfürsorge“ geschlagen, die auf diese Weise als Thema „auf dem Tisch ist“. Das Thema wird öffentlich und ist sozial verortet. Gesundheit als höchstes Gut wird mit der Verpflichtung zur Selbstfürsorge verbunden und ist eine normative Anrufung der postmodernen westlichen Gesellschaft. Gesundheit ist ein Kapital, das in Eigenverantwortung zu erhalten und zu mehren ist. In Bezug auf Hebammen wird festgestellt, dass diese Regeln für dieses berufliche Feld allgemeine Gültigkeit haben, von Hebammen jedoch häufig missachtet werden, indem sie in beruflichen Situationen keine Selbstfürsorge betreiben. Die These der Sprecherin ist, dass die normative Verpflichtung zur Selbstfürsorge für Hebammen in der Weltbeziehung nicht greift. In der Sichtweise wird „gesund leben lernen“ als Selbstsorge für Gesundheit in Auseinandersetzung mit widersprüchlichen normativen Erwartungen und Anforderungen verstanden und ein „über die Grenzen gehen“ als Ausdruck mangelnder Selbstsorge gefasst. In einer Weltbeziehung mit Resonanz gelingt Selbstsorge als Selbstfürsorge.

„Also wenn ich weiß, dass es nötig ist, (.) Pausen zu machen, wenn ich weiß, es ist nötig, mich zu begrenzen, dann heißt es noch nicht, dass ich das immer jeden Tag in den Alltag umsetze. Und wenn ich so sozialisiert bin wie, ich erlebe viele Hebammen nämlich wirklich in dieser Fürsorge sehr schnell, sehr klar zu sein, sehr

klare Muster haben zu haben, ist die Abgrenzung die andere Seite der Medaille und die ist nicht so gut geübt. Und die Fürsorge für den andern ist ja etwas, was, auch dann moralisch, ethisch zum Teil motiviert, auch eher vor die eigene Person gestellt wird. Und wenn ich nur ge erlebt habe, dass Selbstfürsorge gleichgesetzt wird mit einem negativen Egoismus, dann muss ich daran sehr (veränderte Stimme) arbeiten, dass das nicht der Fall ist. Und dass ich eher, im Grunde anders herum, nämlich nur wenn ich wirklich für mich selber Sorge, gut für mich Sorge, auch eine gute Hebamme sein kann oder eine gute Familienhebamme sein kann, und ich habe geschmunzelt, weil: auch dann kann ich nur eine gute Supervisorin sein. Und wenn ich meine Grenzen auch immer wieder mal überschreite, dann ist das gut in der Selbstreflexion das zu bearbeiten und dann kann ich das auch wieder zur Verfügung stellen. Ich muss es gleichwohl tun und nicht nur darüber reden. Und wirklich für mich sorgen. Und da ist sicher ganz viel, immer auch ganz Aktuelles in den Supervisionen Thema. (.)“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

Auch in dem Zitat geht es um Selbstsorge und Selbstfürsorge. Weltbeziehung wird konstruiert als Relation zwischen Selbstsorge und Sorge für andere. Die Weltbeziehung von Hebammen in der Resonanzsphäre des Berufs wird in Verbindung mit ethischen Regeln gebracht, die Selbstfürsorge als negativen Horizont markieren. Zu dieser Orientierung bezieht die Sprecherin eine argumentative Position, indem sie berufliche Leistungsfähigkeit mit ausreichender Selbstsorge verknüpft. Für die Sprecherin hat allumfassender Fürsorge als Orientierung in die Resonanzsphäre Arbeit Grenzen. Verpflichtung zur beruflichen Leistungsfähigkeit ist höher zu bewerten als das ethische Prinzip der allumfassenden Fürsorge. Zwischen diesen unterschiedlichen Prinzipien ist abzuwägen. In Reflexion der Sprecherin wird eine Position bezogen, an der sich andere reiben können.

„Wenn man dann zu viel Nähe, zu viel (Bewegungsgeräusch) existenzielle Themen an den Hals kriegt, muss man zwar sehr nahe rangehen, sehr tief, aber auch gut wegtreten können.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird die Relation des Selbst zur Welt als Distanzfrage thematisiert. Weltbeziehung entspannt sich in dieser Sichtweise zwischen zu viel und zu wenig, zu nah und zu fern. Die Formulierung „existenzielle Themen an den Hals gehen“ weist auf eine körperliche Weltbeziehung im Zusammenhang mit der Resonanzsphäre Arbeit hin. Das berufliche Handwerk einer Hebamme erfordert, „nahe“ an den schwangeren Körper zu gehen und „sehr tief“ in diesen Körper einzugreifen. Der Verlauf einer Geburt entscheidet über Leben und Tod. Berufliche Praxen von Hebammen stehen in Verbindung mit „existenziellen Themen“, auch wenn sich Risiken und Gefahrenlagen verändert haben. Die Nähe zum Körper und zu menschlicher Existenz ist Teil der Weltbeziehung von Hebammen. Die Sichtweise konstruiert „gesund leben lernen“ als resonante Beweglichkeit in der Weltbeziehung, sich annähern und wegtreten zu können.

„S: Das ist die Bandbreite (von Situationen in Familien)! Und da eine Flexibilität zu halten! Und da und da gucken zu können, ist auch hoch anspruchsvoll. Ja und genau diese Bandbreite haben sie ja auch in ihren Kursen, in der Vorbereitung, in der Rückbildung, in diesen Kursen, die sie dann zum Teil (.) Babyschwimmen und Pekip und sonstige Angebote, die sie machen. (.) Haben sie immer diese

Bandbreite drin. Nicht immer ganz EXTREM. Ja?

I: Also ich habe gerade noch einmal gedacht, das macht mir noch einmal deutlich, wie wichtig diese Beweglichkeit ist, sich auf diesem, auf dieser Strecke auch hin und her zu bewegen, und wie hinderlich eine Verengung und ein eigenes Starrsein auch dann sein kann, weil ich dann eigentlich dann gar nicht in der Lage bin, mich so auf diesem Band zu bewegen.

S: Zeigt aber, also es zeigt beides wieder. Es zeigt genau das und es zeigt: das ist eine so hohe Anforderung, dass ich manchmal auch meine Norm oder meine Fixierung brauche, um das überhaupt noch auszuhalten. Ja? Also (atmet mit Ton aus) (.) Wenn ich ständig nur hin und her schwanken muss und gucken muss und an bestimmten Stellen nicht für mich auch sage: und jetzt mal in die Richtung! Dann wird es auch für mich immens viel. (.) Und um meiner eigenen Gesundheit und meiner eigenen Form muss ich irgendwie auch eingrenzen, um auch selber noch Form zu behalten. Ja? Was verdaue ich denn alles? (.)

I: Also das heißt auch, eine gewisse Haltung haben zu können, ist eine Berufsvoraussetzung genauso wie eine bestimmte Form von Flexibilität zu haben. Ich brauche im Grunde beide Seiten

S: (sehr leise) so ist es. Ich brauche sie beide.

I: um diesen Beruf ausüben zu können

S: und gesund zu bleiben.

(gegenseitige verbale und nonverbale Zustimmung dann Pause)“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

Dieses Zitat ist entnommen aus einer dialogischen Passage des Interviews. Als Proposition geht es um die Bandbreite von familiären Situationen, denen Hebammen im Beruf begegnen und die als Herausforderung gesehen werden. Die Weltbeziehung von Hebammen wird konstruiert als „sich für diese Bandbreite flexibel zu halten“, was normativ als „hoch anspruchsvoll“ aufgeladen wird. Für Flexibilität wird „Beweglichkeit“ als Lesart angeboten und ein negativer Horizont gesetzt mit „Verengung“ und „eigenes Starrsein“. Die Proposition erfährt so eine ergänzende Zuspitzung. Die Bandbreite der beruflichen Situationen wird als strukturelle Bedingung gesehen, die das Subjekt in der Beweglichkeit der Weltbeziehung behindern. Diese Zuspitzung wird als bestätigendes Argument für die normative Aufladung der „hohen Anforderung“ aufgenommen, an die sich die Setzung eines Gegenhorizonts anschließt. Herausfordernde Situationen benötigen Flexibilität und Fixierung in der Norm, damit sie vom Subjekt ausgehalten werden können. Weltbeziehung wird nun als Bewegung zwischen normativer Flexibilität und Fixierung konstruiert. Die Position des Subjekts ändert sich ständig, eine „schwankende“ Bewegung entsteht, das als Anforderung mit „müssen“ und „immens viel“ gekennzeichnet wird. Normen geben dem Subjekt Orientierung und Sicherheit in einer schwankenden Welt. Auf Gesundheit bezogen geht es um „eingrenzen“ und um ein „Behalten der eigenen Form“. Die Weltbeziehung wird zum Verdauungsprozess und mündet in der Frage, was da alles zu verdauen ist. Konklusion ist, dass die Menge und Vielfalt der zur Verdauung anstehenden Dinge in der Resonanzsphäre Arbeit eine spezifische Konsistenz des Selbst erfordern, die in Bewegungen zwischen „fest“ und „starr“, zwischen „halten“ und „lösen“ besteht. Die Entwicklung einer solchen Haltung ermöglicht, im Beruf als Hebamme gesund bleiben zu können. In Auseinandersetzung von Norm und sozialer Identität kann sich eine resonante Weltbeziehung entwickelt, die in Verbindung mit der Sichtweise auf „gesund leben lernen“ gebracht wird.

3.2 Rahmungen und Strukturen von Bewegungen

Ausgehend von den Überlegungen Rosas zur Resonanz und Entfremdung als Basiskategorien einer Weltbeziehung (vgl. Rosa 2016, S. 246 – 328 sowie S. 517 - 630) werden im Material des Forschungsprojektes Anknüpfungspunkte zu Rahmungen und Strukturen gesucht, die sich mit „gesund leben lernen“ verbinden lassen. Im Rückgriff auf die anfängliche Codierung der Materialien werden dazu Beispiele ausgewählt. Die jeweiligen Zitate werden in Bezugnahme auf das Konzept von Rosa durch die Forscherin kommentiert. Die dreizehn Beispiele bilden Vielfalt und Differenzen von Sichtweisen im Material ab. Die einzelnen Zitate sind in ihrer Zugehörigkeit zum jeweiligen Material gekennzeichnet. In den Zitaten stehen Unterstreichungen für Betonungen, Großbuchstaben für lautes Sprechen, Pausen sind in Klammern gesetzt.

„Und ich glaube, unser System ist gar nicht für gesund leben. Das ist gar nicht gewollt. Es ist einfach, da steckt einfach zum Beispiel auch die Pharmaindustrie steckt natürlich halt eben sehr stark dahinter. Und die möchten nicht, dass wir gesund leben. Ich sage das einfach mal so, wie es ist. Es ist in allen Bereichen unseres Lebens, ob ich jetzt einfach Apotheken, es ist gut, dass es Apotheken gibt, aber dass, es gibt viele frei verkäufliche Medikamente, ja. Dann ist es einfach auch so, was die Werbung angeht, im Fernsehen, Rundfunk und Fernsehen, ne. Also es ist ja oft abends vor sieben, ne, also auch dann bei uns in den Programmen, was bestimmte Schichten angeht oder Altersstufen, die angesprochen werden, ja. Es ist einfach die Apothekenumschau, die eine der beliebtesten Zeitschriften ist, bei Jung und Alt. Es ist einfach so. Die eben gesponsert und gefördert wird von Pharmaindustrie. Und ich glaube, unser System ist ja defizitorientiert, wie all viele andere Systeme ja auch und, ja, es wird einfach ein Defizit, wenn ich, wird einfach, (Bewegungsgeräusch) wenn ich zum Arzt gehe, wird die einfach die, sag mal so, das Problem wird ja einfach halt eben dann. Ich brauche ja eine ICD, ich brauche ja eine Erkrankung, ein Diagnoseschlüssel und dann bekomme ich Geld dafür. Und es ist immer noch nicht halt eben durch, es gibt das Präventionsgesetz immer noch nicht. Und es wird auch noch nicht kommen, weil einfach halt eben es nicht politisch gewollt ist. Die Lobbyisten sind noch (Bewegungsgeräusch) zu gut in Berlin. Das ist einfach, glaube ich, einfach ein riesengroßes Problem, was gesellschaftlich, was gesund leben einfach wirklich mal angeht. Und ich glaube, das ist einfach auch, was ich als Krankenschwester eben auch gesehen habe, ich (Bewegungsgeräusch) sage mal, zwischen Anfang und Ende, das ist ganz klar und das ist definitiv, aber dazwischen ist alles offen. Und es ja auch so, mit dem Sterben ist es ja auch schon sehr schwierig geworden. Und so ist es beim Anfang des Lebens ja auch schon, ja. Es ist, die Natürlichkeit ist nicht mehr so gegeben. Es wird nicht mehr zugestanden. Das ist im Alter auch so, oder überhaupt am Lebensende. Es ist ja auch schon sehr schwierig, ja. Es wird auch nicht mehr in den Familien gestorben. Es wird ja hauptsächlich, 80 Prozent in Institutionen verstorben. Es es es es ist einfach was ganz Schreckhaftes. Und ich glaube, das ist einfach auch was, dass der Beginn des Lebens einfach halt in Familien, dass das nicht mehr natürlich halt eben geschieht. Oder man glaubt es nicht mehr, dass es passieren kann. Aber im Endeffekt, der eine kommt, der andere geht. Also, dieses Existenzielle im Endeffekt. Das ist das gleiche. Und ich glaube, das macht es eben auch, in der (Bewegungsgeräusch) Krankenpflege habe ich das dort eben gesehen und als Hebamme eben oft, hauptsächlich eben der Anfang des Lebens

(Bewegungsgeräusch). Und es ist beiden, darf, es ist keine Natürlichkeit mehr gegeben, ja. Und wir verdienen alle alle viel Geld davon. Und ich sage es mal ganz ehrlich, so wie es ist, ja. Und es ist, viele Leistungserbringer verdienen ihr Geld, weil diese Natürlichkeit nicht mehr da ist. Unser System ist aber auch so aufgebaut. Und es ist auch so gewollt.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

Das Zitat nimmt auf strukturelle Rahmungen Bezug, die in Verbindung mit „gesund leben“ gebracht werden. „Unser System“ wird als Gegenhorizont gekennzeichnet wo „gesund leben“ nicht möglich ist. Weltbeziehung wird als System konstruiert, das einer anderen Logik folgt. Im Feld ökonomisierter Naturwissenschaften wird diese Logik sichtbar und am Beispiel der Pharmaindustrie ausgeführt. Die Steigerungsdynamik bei Angebot von und Werbung für Medikamente braucht keine gesunden Individuen. Das System im Gesundheitssektor ist auf Defizite ausgerichtet und in seinem Erhalt darauf angewiesen. Die Zugänge zum System sind geregelt und erfolgen auf Zuweisung durch eine medizinische Diagnose mit Maßeinheiten, die sich am Gegenhorizont zu gesund orientieren. Menschliche Existenz hat einen definierten Anfang und ein definiertes Ende. Beide Situationen liegen außerhalb des alltäglichen Erfahrungsraums und sind mit Vorstellungen des Schreckens verbunden. Positionierung sind im Leben offen und müssen permanent mit den Instanzen des Systems verhandelt werden. Die Sprecherin weist auf Erfahrungen mit dem Verlust von Natürlichkeit hin, die Befürchtung einer Entfremdung wird angesprochen. Situationen des Sterbens und der Geburt werden kulturell ausgegrenzt, finden in der Resonanzsphäre der Familien keinen Platz mehr. Sterben und Gebären wurde in institutionelle Räume unter die Regie von Fachleuten überführt. Resonante Weltbeziehung von Hebammen schließt diese existenziellen Situationen ein. Durch Ökonomisierung verändert sich jedoch die Weltbeziehung von Hebammen und wird auf Geld verdienen ausgerichtet. Hebammen werden zu Leistungserbringerinnen gemacht und auf die Steigerungs- und Dynamisierungslogik verpflichtet. Die Sprecherin kennzeichnet Natürlichkeit als Gegenhorizont. Der Verlust der Natürlichkeit verändert die Weltbeziehung. In dieser Sichtweise führt Verlust zu fehlender Resonanz.

„Und da gehört zum gesunden Leben auch eine gesunde Ernährung, gesundes Lebensumfeld und auch eventuell, ja, wenn das nicht ist, die eigenen Ressourcen abstecken, dass sie, dass junge Mütter nicht meinen, sie müssen für die Gesellschaft funktionieren, sondern nur für ihr Kind oder für die Familie und sich eben auch ihre Ruhephasen gönnen.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat wird „gesundes Leben“ durch eine Rahmung definiert. Zum Rahmen gehören Ernährung und Lebensumfeld in gesunder Qualität, was keiner weiteren Erläuterung bedarf. In beruflichen Situationen von Hebamme zeigen sich Unterschiede der Rahmenbedingungen. Es wird von einem Subjekt ausgegangen, das zum Handeln befähigt und gefordert ist, eigene Ressourcen abzustecken. Die Weltbeziehung besteht darin, Ressourcen zu haben, um sich einen Weltausschnitt verfügbar und damit berechenbar für ein „gesundes Leben“ zu machen. Die gesellschaftliche Dynamisierungs- und Steigerungslogik hat Konsequenzen, wie Subjekte in die Welt gestellt sind und welche Art von Beziehung sie zur Welt ausbilden. Normative Erwartungen werden aufgespannt zwischen dem Horizont, für die Gesellschaft zu funktionieren, und dem Horizont, sich

Ruhephasen zu gönnen für Kind und Familie. Junge Mütter sind eingebunden in die Steigerungsdynamik der Resonanzsphäre Arbeit, sie leisten und müssen funktionieren. Die Sprecherin bezieht eine Gegenposition, die sie mit der Autorität als Hebamme legitimiert und mit traditionellem Bezug auf die Resonanzsphäre Familie auflädt. Sie grenzt sich von der nachfolgenden Generation ab, sieht aktuelle strukturelle Rahmungen kritisch, tritt für eine Verlangsamung und für eine situative Beschränkung der Weltreichweite in der Zeit nach der Geburt ein.

„Also es erfordert einfach Zeit, selber zu kochen, ist klar, und das ist natürlich auch, dann braucht man natürlich auch Zeit, wenn man darauf Wert legt, irgendwie Sport zu machen oder so, dass man, also dass man sich wirklich den Raum dafür holt und auch einplant im Alltag. Also dass es nicht immer so hinten runter fällt sondern dass es fester Bestandteil wird sozusagen.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In dem Zitat geht es um die Verfügbarkeit über Zeit und um Alltagsplanung. Damit „gesund leben lernen“ funktioniert, muss es einen Platz in Situationen des alltäglichen Lebens zugewiesen bekommen. Die Sprecherin konstruiert ein Subjekt, dessen Weltbeziehung durch planvolles verantwortliches Einteilen von Zeit bestimmt wird. Es ist eingebunden in die gesellschaftliche Steigerungsdynamik, denn Zeit ist ein sich verknappendes Gut. „Gesund leben“ steht in Konkurrenz zu anderen Aktivitäten im sozialen Leben. Es ist auszugehen von einem Zwang zu entscheiden, wie Zeit ertragreich genutzt werden kann. In dieser Sichtweise auf „gesund leben lernen“ geht es um Bewegungen zwischen „den Raum dafür holen“ und „hinten runter fallen“.

„Also für mich ist sozusagen, gesund leben hat viel damit zu tun, (tiefere Tonlage) ich weiß gar nicht, wo das Modell herkommt mit, wenn ich mir so einen Kreis vorstelle. Und dann teile ich ein, was gibt es eigentlich für Lebensaspekte bei mir, was ist mir wichtig (.) bezüglich zu (lachend) meinem Sohn, eigene Bedürfnisse, Arbeiten, Sport, was weiß ich. Also da sozusagen einteilen, was ist. Ernährung ist auf jeden Fall auch noch (Bewegungsgeräusch) so ein Tortenstück. Dass ich selber für mich sozusagen klar mache, wie (Bewegungsgeräusch) groß ist mein Wunsch, dass die sind, und dass ich es schaffe, mit der Realität da einigermassen in diese Richtung zu kommen. Und sozusagen, also das ist eher, das ist ein Modell, aber also, mir geht es darum, dass sozusagen Wunsch und Realität nicht zu weit auseinander liegen, und dass ich (Bewegungsgeräusch) sozusagen hier Räume, die ich brauche, mir auch, mir auch organisiere.“

(aus einem Interview mit Hebammen)

In diesem Zitat wird ein Subjekt konstruiert, dessen Weltbeziehung sich in Modellen und Plänen ausdrückt. Die Welt wird zu einem „Tortenstück“, das verteilbar ist. Weltausschnitte werden festgelegt, um über sie verfügen zu können, um sich orientieren zu können in der Vielfalt von Optionen. Das Subjekt muss die Fähigkeit entwickeln, Interessen abwägen zu können und Entscheidungen zu treffen, die sich für die Zukunft als richtig erweisen. Die Weltbeziehung ist eine Bewegung zwischen Wunsch und Realität als Ab- und Angleichen von Perspektiven, die sich nach innen und außen richten. Das Subjekt ist in eine Welt gestellt, in der es darum geht, sich „Räume zu organisieren“ und sie gegenüber Interessen anderer zu verteidigen. In dieser Sichtweise wird „gesund leben lernen“ zu einem Kuchen und die Weltbeziehung besteht darin, sich ein

passendes Tortenstück auf den Teller zu bringen.

„Maßlosigkeit, ja das stimmt, was Tolles erlebt, da bin ich mit einer Frau aus Somalia, wollte sie mit mir ein kaufen fahren und dann sind wir zum Türken gefahren, gibt ja unten beim (Name eines anderen Geschäfts) so einen der Halal-Fleisch hat, und dann wollte sie für zwei Wochen einkaufen und die hat so viel Fleisch eingekauft, SO viel Fleisch, dass er uns eine Mülltüte gegeben hat, eine blaue Mülltüte voll (lachend) Fleisch und das war wirklich so eine halbe Ziege da drin, ich weiß nicht, wie viel Gehacktes sie gekauft hat, ich weiß nicht, nicht wie viel Rindfleisch und Hähnchen, keine Ahnung. Auf jeden Fall war es eine ganze Mülltüte voll Fleisch, die war SO schwer, dass wir die selber gar nicht mehr tragen konnten (.) ja? Und (.) und ich habe ihr gesagt: ja, wie lange willst du denn jetzt davon essen? Och nicht lange, weiß nicht, ob das zwei Wochen reicht. Ja? So. (.) (Bewegungsgeräusch) Aber ich weiß, ich war selber schon in Afrika, da gibt es halt nicht viel an Gemüse, da gibt es nicht viel an Obst, es Hauptsache, die sie da essen, ist Fleisch, und ich weiß auch, als sie hier hingekommen ist, habe ich sie auch betreut, vor vielen, vielen Jahren, da war sie noch im (Name einer Einrichtung), und da hat sie gar nichts gegessen, also egal, was wir ihr hingestellt haben zum Mittagessen, das mochte sie alles nicht. So. Ja und (.) ja manchmal sind es auch so kulturelle Sachen, die einem dann begegnen, wo man so denkt, das kann ja nicht sein, dass ein Mensch so viel Fleisch isst, ist ja unglaublich, ne halbe Ziege, Wahnsinn (..). Und ich hab sie nachher gefragt: und? ist noch was vom Fleisch übrig? (tieferer Stimmlage) Nö, ist alles weg. (lacht). (lachend) Da würde ich wahrscheinlich ein ganzes Jahr von essen. (lacht)“
(aus der Fokusgruppe mit Hebammen)

In diesem Zitat geht es um Maßlosigkeit als Weltbeziehung. Die Sprecherin begegnet in ihrem beruflichen Kontext Menschen aus anderen Kulturen. Sie erlebt Andersartigkeit und Befremdung. Ihre Weltbeziehung ist geprägt durch strukturelle Rahmenbedingungen in Deutschland, als weiße Frau in gesicherter Lebenslage. Sie begegnet im beruflichen Kontext einer anderen Frau, deren Weltbeziehung geprägt ist durch schwarze Hautfarbe, durch Erfahrungen von Nahrungsknappheit oder Hunger, durch Flucht und Verlust von heimatlicher Kultur sowie durch Herausforderungen eines anderen Kultur- und Sprachraums. Die strukturellen Rahmungen für die Entwicklung der jeweiligen Weltbeziehungen weisen Differenzen auf, Situationen der Begegnung halten Überraschungen und Irritationen bereit. „Gesund leben“ wird an Ernährung exemplifiziert. Aus der Perspektive der Sprecherin wird ein Diskurs zu gesunder Ernährung sichtbar, der sich um die Frage vom Maß dreht. Zwischen angemessenem Maß und Maßlosigkeit bewegen sich Orientierungen in der Weltbeziehung, die hier auf einander treffen und verhandelt werden müssen. Die Situation der Begegnung steht für einen kulturellen Ort und legitimiert eine der normativen Orientierungen. Machtverhältnisse des strukturellen Rahmens bestimmen die Weltbeziehung der beteiligten Subjekte und die Relation zueinander. Die Frage nach Resonanz bekommt so eine spezifische Färbung. Dieses vielschichtige Beispiel kann unter Aspekten von Diversität und Diskriminierung, von Normalität und Normativität in Bezug auf Nahrung interpretiert, was hier nicht weiter geführt wird.

„Also gesund bleiben und das Projekt aufrecht erhalten, manchmal habe ich

das, den Eindruck, aber das könnt, könnte ich jetzt nicht belegen mit Aussagen, sondern ich vermute, dass sie sich auch einen Teil selbst ausbeuten, um es mal so deutlich zu sagen. Und das wiederum wäre keine gute Möglichkeit, sich gesund zu erhalten.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

„gesund leben lernen“ wird in dem Zitat ein spezifischer Akzent gegeben als „gesund bleiben“ oder „gesund erhalten“. Es wird von einem Subjekt ausgegangen, das befähigt ist, zu bleiben und sich zu erhalten. In seiner Weltbeziehung ist es lebensfähig. Den Herausforderungen der Welt wird mit Projekten geantwortet. So werden Weltausschnitte erobert und Weltreichweite vergrößert. „sich gesund zu erhalten“ wird als Projekt ausgewiesen und mit dem Gegenhorizont des Risikos, „sich selbst auszubeuten“ verbunden. Die strukturelle Rahmung der Steigerungsdynamik macht die Welt zu einem gefahrenreichen Ort. Beute zu werden wird zu einem normalen Risiko. Denn in hierarchischer Ordnung wird um Positionen gekämpft. Das Subjekt muss auf eigene Ressourcen zurückgreifen und lernt sich selbst auszubeuten, um die erreichte Position in der Welt zu erhalten, und geht damit das Risiko ein, sein Projekt „gesund zu bleiben“ zu gefährden.

„Meine Erfahrung in der Arbeit mit Hebammen bezieht sich auf Geburtshäuser und Gemeinschaftspraxen von Hebammen. Und (.) die Freiberuflichkeit oder diese freiberufliche Positionierung oder die freiberufliche Rolle führt dazu, dass ich letztendlich Unternehmerin sein muss.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In dem Zitat definiert die Sprecherin ihre Expertise. Es wird ein Hinweis auf berufliche Erfahrungen in Gebundenheit an eine spezifische strukturelle Rahmung gegeben. Die Expertise wird legitimierend auf diesen Kontext eingegrenzt. Die Stichworte Hebamme als Unternehmerin und Freiberuflichkeit kennzeichnen die Perspektive der Sprecherin und sind als Hinweis auf eine Orientierung zu lesen, die Dynamiken des ökonomischen Feldes anklingen lassen. Hebammen sind als Subjekte in ihrer Weltbeziehung in der Resonanzsphäre Arbeit in eine Welt gestellt, die von Wettbewerb und Konkurrenz um Kapitalvermehrung bestimmt wird. Die Suche nach Utopien für das Geburtsgeschehen und eine spezifische Illusio im Hebammenberuf haben alternative Organisationsformen hervorgebracht. „Geburtshäuser und Gemeinschaftspraxen“ stehen für Orte der anderen beruflichen Praxen von Hebammen. Als Organisationen sind diese Projekte jedoch ebenfalls der Logik der Steigerungsdynamik und Reichweitenvergrößerung der Welt unterworfen, die ihre Weltbeziehung prägt. Das Versprechen der Möglichkeit von Resonanzbeziehung für Frauen und Hebammen an diesem Ort hat für beide Seiten weitreichende Konsequenzen für eine Auseinandersetzung mit Norm und sozialer Identität, die an dieser Stelle nicht ausgeführt werden.

„durch die ganze Versicherungsdramaturgie letztendlich diese Entscheidungen: will ich Unternehmerin sein in diesem Arbeitskontext?“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird auf die Notwendigkeit einer Entscheidung hingewiesen. Weltbeziehung wird konstruiert, sich die richtigen Fragen zu stellen und Entscheidungen zu treffen. Die Entscheidung von Hebammen für den beruflichen Kontext „Unternehmerin“ ist an die Bereitschaft gebunden, sich die ökonomische Logik zu eigen zu machen, die Steigerungsdynamik und Druck zur Positi-

onierung anzuerkennen und als Orientierung auszubilden. Auch der Hinweis auf den öffentlichen Diskurs zur Berufshaftpflichtversicherung von Hebammen, der in dem Zitat als „Versicherungsdramaturgie“ gekennzeichnet wird, lässt sich als Hinweis auf strukturelle Rahmungen des Rechts und die Logik der Risikominimierung verbinden, die zu spezifischen Begrenzungen für Bewegungen im Feld des Hebammenberufes führen und hier nicht weiter ausgeführt werden.

„(Hebammen im Geburtshaus) ein UNheimliches Maß an an Idealismus mitgebracht haben und nur, ich sage mal nur, ist vielleicht Quatsch, aber überwiegend dadurch geschafft werden konnte, dass diese Organisationen Bestand hatten. Also hoher Idealismus, (.) eine, eine hohe Ansprüchlichkeit an sich selbst und an dieses System. Und das hat letztendlich den, den, (.) das war der Garant, das das weiterhin funktionierte. So.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird im Kontext eines Geburtshauses auf den Zusammenhang von Idealismus und Ansprüchlichkeit Bezug genommen. Ein „unheimliches Maß an Idealismus“ als Weltbeziehung wird festgestellt. Der erkennbare Idealismus übersteigt Grenzen der Norm und der Normalität. Dieser Idealismus wirkt „heimlich“, er wird versteckt und darf nicht öffentlich werden. Er wirkt auf andere „unheimlich“, indem das Maß in der normativen Abweichung irritierend ist und Befürchtungen auslöst werden. Diese Form des Idealismus hat die Organisation des Geburtshauses erst möglich gemacht. In der Organisation dieser Institution konnten Grenzen ausgeweitet und anders gesetzt werden. Es herrscht „eine hohe Ansprüchlichkeit an sich selbst und an dieses System“. Die Weltbeziehung der dort arbeitenden Hebammen ist bestimmt von normativen Ansprüchen, die von einzelnen Individuen und der Gruppe als Organisation erfüllt werden müssen. Die Anerkennung dieser Regeln wird als „Garant“ dafür angesehen, dass das Geburtshaus funktioniert und in der Welt der ökonomischen Steigerungsdynamik Bestand hat. Dieser Idealismus als Illusio von Hebammen ermöglicht Grenzüberschreitungen, kann gesellschaftliche Bedingungen jedoch nicht außer Kraft setzen. Das Geburtshaus als öffentlicher Ort und Organisation bleibt in seiner Weltbeziehung der Dynamik der Postmodernen ausgesetzt.

„Aber damit bin ich eine Professionelle in einem intimen System.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird in Außenperspektive definiert, was Hebammen sind. Die Weltbeziehung ist „eine Professionelle in einem intimen System“. In diesem Zitat klingen unterschiedliche Ebenen von Dimensionen an, die aufgespannt werden können: öffentlich und privat, beruflich und intim, abstinent und erotisiert, einzeln und System. Assoziative Rekonstruktionen zu Körper, Maschinen, Sexualität und Weiblichkeit schließen sich daran an, denen hier interpretierend nicht nachgegangen wird. In dem Zitat wird die Hebamme als handelndes Subjekt in einem „intimen System“ konstruiert. Das intime System kann als Körper eines weiblichen Gegenübers gelesen werden, den Hebammen in professioneller Weise bearbeiten. Die Weltbeziehung wird in die Resonanzsphäre Arbeit verwiesen. Das Subjekt wird zur „Professionellen“. Sich im intimen Bereich zu bewegen, ist tabuisiert ist. Mit dem Label „professionell im System sein“ werden berufliche Praxen in tabuisierten Bereichen ermöglicht. Mit dieser Konstruktion wird beruflichen Praxen von Hebammen eine strukturelle Rahmung gegeben. Soziale Regeln der leiblichen Berührbarkeit

werden überwunden und als berufliche Praxen in resonanter Weltbeziehung legitimiert.

„Wenn die Frau raucht, da haben sie es im Blick. Aber da haben sie es auch wieder nur normativ im Blick unter dem Gesichtspunkt: das darf man nicht wegen des Kindes! Sie haben es weniger im Blick: warum macht es die Frau? Welche Spannungen hat die Frau? Wie geht sie mit Spannungen um? Welche Belastung wird durch das Rauchen abgefedert? Wie ist die Geschichte in dieser Familie mit Rauchen? Wofür steht das? Ja? Das ist nicht im Blick, sondern es ist im Blick: für das Kind ist das ungesund! Und also die Frage (Bewegungsgeräusch): wenn du stillst, wie kriegen wir das reduziert? Und wenn du nicht mehr stillst, wie kann es einen Raum geben, wo das Kind diesen Rauch nicht mitkriegt? Und wie werden, was ja auch alles wichtig ist, die Zigarettenkippen entsprechend entsorgt, was in vielen sehr schwierigen Familien ein ganz zentrales Thema ist, dass die Kinder nicht die Kippen mampfen. Ja? Also insoweit haben die schon einen wichtigen Blick auf Dinge, die notwendig sind, aber, und die auch notwendig sind, damit das Kind kein, nicht im Krankenhaus landet. Aber was heißt das unter dem Gesichtspunkt Gesundheitsfürsorge? (veränderte Stimme) Ist das nicht im Blick. Ja, dass das einen weiteren Teil hat, wie gehe ich mit mir, mit meinem Körper, mit meiner Seele um? (.) Was (Bewegungsgeräusch) bedeutet auch in schwieriger Situation ein, ein bisschen gesunderes Umfeld? Ja? Ich meine, manchmal haben die es mit Familien zu tun, wo sie froh sind, dass die Mutter in der Lage ist, ein Fläschchen wirklich so zu kochen, dass, wenn sie selber nicht mehr stillt, dieses Kind an diesem Fläschchen nicht ein Ernährungsschock kriegt! (..) (Bewegungsgeräusch) Ja? Da ist dann nicht mehr viel mehr als die Grundversorgung gegeben. Und die kostet dann schon auch und viel Zeit und viel Kraft. Ja?“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat geht es um Perspektiven der Weltbeziehung. Die Weltbeziehung von Hebammen ist auf das Kind gerichtet. Als Gegenhorizont wird die Perspektive einer fragenden Annäherung an die Situation der Mutter konstruiert. Die Exemplifizierung mündet in die Frage ein, wie „Gesundheitsfürsorge“ unter den familiären Bedingungen, denen Hebammen beruflich begegnen, stattfinden kann. In einer anschließenden Wendung wird die Weltbeziehung von Hebammen dann als das „wie mit Körper und Seele umgehen“ konstruiert. In einer „schwierigen Situation“ wird Gesundheitsfürsorge zur „Grundversorgung“, die „auch kostet“ und zwar „Zeit und Kraft“. Aus Fürsorge wird eine Versorgungsleistung, die kostet. Die Weltbeziehung von Hebammen entfaltet sich in einem von der Norm abweichenden familiären Umfeld unter ökonomischen Zwangsbedingungen knapper Zeitressourcen. Eine Güterabwägung zwischen den Perspektiven ist erforderlich. Eine Entscheidung für die Perspektive auf das Kind ist für Hebammen normativ legitimiert und geht mit der ökonomischen Logik konform. Die damit verbundene Einschränkung des Weltausschnittes verspricht, die Welt beherrschbar zu machen und handlungsfähig zu bleiben, um Risiken zu minimieren. Unter diesen strukturellen Rahmenbedingungen bleibt für eine resonante Weltbeziehung, die sich mit „sorgen für“ andere verbinden lässt, weder Zeit noch Kraft.

„Natürlich, also ich würde mal vermuten, aber das kann auch sein, dass es mein Bild ist, dass die von jeder Schwangeren etwas lernen, ne, das würde ich mal vermuten. Auch über das „gesund bleiben“ oder das „gesund sein“. Und gleichzeitig, finde ich, sind sie ja auch die Fachfrauen. Also das ist etwas, das sich dann wiederum vielleicht auch manchmal gegeneinander reibt. Dieses Lernen von

den Schwangeren würde ja heißen, dass die an einer Stelle, vielleicht auch nur an einer kleinen, einen Vorsprung vor der Hebamme hätten, gedachter Weise.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In diesem Zitat wird Lernen als Weltbeziehung in den Fokus genommen. Der Gegenstand, an dem sich Lernen vollzieht, wird als „gesund bleiben“ oder „gesund sein“ gefasst. Die Begriffe „Fachfrauen“ und „Vorsprung haben“ kennzeichnen, dass es um Wissen geht, über das verfügt wird. Hebammen werden als Fachfrauen gesehen und es wird ein „gegeneinander reiben“ konstatiert. Die Positionen von Hebammen und schwangeren Frauen, die sich mit Weltbeziehung verbinden, berühren sich, es kommt zu Reibungen um Positionen im Feld des Wissens. Zwischen den Horizonten „von jeder Schwangeren etwas lernen“ und „Fachfrauen-Sein“ bewegt sich Hebammen in ihrer Weltbeziehung. Im Wettbewerb um Positionen ist ein „Vorsprung“ entscheidend. Die berufliche Orientierung muss auf Erhalt und Ausbau dieses Vorsprungs gerichtet sein und steht in einem Widerspruch zur normativen Erwartung einer Begegnung auf gleicher Ebene. In dieser Sichtweise auf „gesund leben lernen“ wird darauf verwiesen, dass unter diesen strukturellen Rahmenbedingungen ein Lernen als gemeinsame Resonanzbewegung erschwert ist.

„Also ich habe es einmal erlebt, aber die haben sich dann überboten in Verfügbar-Sein und haben sich wirklich absolut an den Rand geschafft. (.....) Ein gutes (.....) angemessenes Management der Belastung haben die wenigsten von denen. (...) So würde ich es mal sagen. (.....) Also (..) eine Frau, die ich kenne, macht jetzt den Ausstieg, von denen, eine der Hebammen, weil sie sagt: ich kriege es in dem Job nicht hin! (..) Ja? weil: was mache ich denn, wenn die Mutter X jetzt gerade Stillprobleme hat und ich jetzt gerade wegfahren will. Ja? Und meine Kollegin rufe ich an und die kann jetzt auch gerade nicht hinfahren. Also fahre ich ja doch hin. (...) (leise) Ja?“ (Auslassung einer interaktionellen Schleife) „Wo sie sagt, das ist ein Dauerkonflikt. Und alleine schon der Konflikt ist so anstrengend und stressig, ja? dass diese Frau sagt, diese Hebamme sagt: ich lasse es. Eine andere, die ich auch als sehr verantwortlich ansehe, die probiert im Augenblick wirklich die Grenzen zu setzen und Verfügbarkeiten sehr fest zu vereinbaren. (..) Es bleibt eine Belastung, weil sie die Anfragen ja trotzdem sieht. Ja? Und das heißt nicht nur, irgendwo hin zu fahren, ist ein Stress und ist eine Belastung, sondern auch nicht hin zu fahren, ist Stress. So.“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In dem Zitat wird eine Situation geschildert, in der sich Weltbeziehung von Hebammen im Wettkampf um Ausweitung der Verfügbarkeit zeigt. In der Konkurrenz haben sie ihre gesundheitlichen Grenzen überschritten, Bei einer Hebamme hat das zur Konsequenz geführt, „den Ausstieg zu machen“. Die Sprecherin attestiert dieser Gruppe von Hebammen, dass sie nicht über „ein gutes angemessenes Management der Belastungen“ verfügt haben. „gesund leben lernen“ wird als Belastungsmanagement konstruiert. Die Sprecherin exemplifiziert den wiederkehrenden und dauerhaften Konflikt, der sich in Stress und Belastung entwickelt. In diesem strukturellen Rahmen bleibt die Weltbeziehung ohne Resonanz und führt zu Konsequenzen wie Berufsausstieg oder Veränderung individueller Regeln zur Verfügbarkeit. Grenzen der Verfügbarkeit haben Auswirkungen auf die Ökonomisierung der Arbeitszeit, die vermarktet werden kann, und stehen einer Steigerung der beruflichen Reichweite entgegen. Beide Lösungsversuche erfolgen auf der

Ebene des individuellen Entscheidens. Die Suche nach resonanten Weltbeziehungen wird individualisiert, obwohl das Verstummen der Weltbeziehung in Wechselwirkung mit der strukturellen Ebene zu sehen ist und auch nur in Wechselwirkung von individueller und struktureller Ebenen Resonanz entstehen kann. Die Sichtweise auf „gesund leben lernen“ nimmt den Prozess der individuellen Passung in den Blick.

3.3 „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme

Ausgehend von bisherigen Überlegungen und Beispielen wird im Material des Forschungsprojektes nach Anknüpfungspunkten gesucht, die sich mit „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme verbinden lassen. Im Rückgriff auf die anfängliche Codierung der Materialien werden dazu zwei Beispiele ausgewählt und im Hinblick auf das Konzept Resonanz als Weltbeziehung durch die Forscherin kommentiert.

Das erste Beispiel ist den Interviews mit Supervisor_innen entnommen und dokumentiert eine Außenperspektive. Gegen Ende des Interviews kommt es zu diesem Dialog, der in der Passage wiedergegeben wird. Inhaltlich geht es um eine Verallgemeinerung zum Thema „gesund leben im Beruf“ in Bezug auf den Aspekt „Ohnmachtsempfinden“.

Das zweite Beispiel stammt aus der Fokusgruppe mit Hebammen. Durch die gemeinschaftliche Verhandlung der Thematik ergeben sich Hinweise auf die Orientierungen für berufliche Praxen im Erfahrungsraum von Hebammen und für „gesund leben lernen im Beruf“. Nach offiziellem Abschluss der gemeinsamen Diskussion kommt es zu einem schließenden Nachklang, der die Thematik in reflexiver Perspektive auf den Punkt bringt und mit dieser Passage dokumentiert wird.

Unter dem Aspekt der Lesbarkeit ist die Sprache der Zitate hochdeutsch geglättet, Unterstreichungen stehen für Betonungen, Großbuchstaben für lautes Sprechen, I steht für die Interviewerin, S für die Interviewpartner_in, mit T sind die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe gekennzeichnet.

„S: Ich habe auch in den letzten Jahren Stressgeschichten in, mit Führungskräften und so weiter gemacht. Und (.) entscheidend ist, dass ich mir bewusst werde, das Bewusstsein über mich selber, über das, was ich tue und wie ich was tue und so weiter. ... (es folgt eine differenzierende Erläuterung, die in folgenden Satz einmündet) ... Also Bewusstsein dafür entwickle und aus diesem Bewusstsein her auch einen inneren (lachend) GESUNDEN Widerstand dem entgegen setzen kann.

I: Um auch unterscheiden zu können: was bin ich und was sind die Rahmenbedingungen. Also nicht alles bin ich, sondern manche Dinge sind eben einfach auch durch den Rahmen so (.)

S: Ja und dass ich aus dem heraus dann anfangen, mich zu trauen, möglicher Weise mit anderen, bestimmte Dinge zu skandalisieren, anzusprechen, offen zu machen: so mit uns als Team zumindest nicht! Ja. (..)

I: Also ich muss nicht alles hinnehmen, ich kann mich solidarisieren, ich kann mich mit anderen zusammentun.

S: Und krankmachend ist ja, was ich auch beobachten konnte bei Team-Mitgliedern,

krankmachend ist ja dieses passive Hinnehmen dieses Ohnmachtsempfinden: ich kann nichts tun! Ich muss es hinnehmen! Ich muss es erleiden! (.) Und daraus, aus diesem (..) daraus raus zu kommen, geht ja nur über ein gewisses Bewusstwerden. Überhaupt erst mal, dass ich merke, dass ich daran leide, dass ich das zulasse, nicht weg drücke und dann einen Weg finde, darüber vielleicht mit anderen zu sprechen, die auch ähnlich wie ich das erleben.

I: Und da glaube ich, dass es hilfreich ist, einen Ort zu haben, wo das möglich ist, und einen Menschen zu haben oder Menschen zu haben, mit denen man darüber sprechen kann.

S: in jedem Fall

I: und das ist wieder etwas, dass man in der Struktur, dem man eine Verankerung geben kann. Also dass das einfach gewährleistet ist.

S: Und gesund, Gesunderhaltung oder gesund als Vorsorge bedeutet wirklich, sich zu trauen über das zu sprechen mit anderen und, und das ist wiederum systemisch, nach meinen Beobachten, dass dieses bestehende System auch in Arbeitsorganisationen dazu beiträgt, dass der einzelne das mit sich selber abhandelt.

I: genau

S: oder glaubt, er, er sei schuld

I: muss es alleine machen

S: oder er muss es alleine machen oder das muss ich schaffen! So, ne, also

I: (bejahend) Mhm

S: dieser innere Antreiber, ne, dass andere schaffen das doch auch. Das muss ich!

I: (leise bejahend) Mhm

S: Und nicht zu merken von wegen, dass sie da vereinzelt werden. Und das ist für mich, glaube ich, ein ganz entscheidender Punkt in heutigen Arbeitsorganisationen. (.) Und da versuche ich schon, als Supervisor zu (.), ein bisschen zu wecken und dazu bei zu tragen, weg zu kommen von diesem nur auf sich zu gucken oder zu meinen, das kann ich alleine.

I: (bejahend) Mhm

S: Und das ist für die Gesunderhaltung, denke ich, in der derzeitigen (.) Situation für viele Menschen ganz wichtig (..) im Sinne von gesund

I: (bejahend) Mhm

S: bleiben, nicht krank werden. (.) Ja die psychischen Krankheitsprozesse, die sind ja nun (.) nun nicht mehr zu verheimlichen, ne.

I: Das stimmt. (bejahend) Mhm

S: Ja. (.....)“

(aus einem Interview mit Supervisor_innen)

In dem Zitat wird als Proposition gesetzt, dass ein spezifisches „Bewusstsein“ zu entwickeln ist. Dieses Bewusstsein wird gekennzeichnet als „gesunder Widerstand“. Die Weltbeziehung wird als „entgegen setzen können“ gefasst. Das Subjekt begegnet einer Welt, die irritierend, fremd oder verlockend erscheint. Resonanz entwickelt sich aus einem „inneren“ Widerstand heraus, der als „gesund“ gekennzeichnet wird. Die Proposition wird differenzierend weitergeführt. Die Weltbeziehung wird als „unterscheiden können“ gefasst. Weltbeziehung wird von Rahmenbedingungen bestimmt. Die anfängliche Proposition zur Weltbeziehung als „sich widersetzen können“ wird differenzierend exemplifiziert als „sich trauen, Dinge zu skandieren, anzusprechen, offen zu machen“. Die Position in Verbindung mit Weltbeziehung kommt in den Blick. Subjekte trauen sich,

sich abzugrenzen, sich gemeinschaftlich und öffentlich zu wehren mit „so mit uns nicht“. Empörung über die Machtverhältnisse klingt als Emotion an, die Situation wird mit einem negativen Horizont bewertend als normativ abweichend eingeordnet. Anschließend erfährt die Proposition in Bezugnahme mit der Formulierung „wir als Team“ eine Erweiterung. „Wir als Team“ sind der Gegenhorizont zur individuellen Vereinzelung, die sich mit Orientierung an „nicht hinnehmen müssen“, „sich solidarisieren können“ und „sich mit andern zusammentun können“ verbindet. Es taucht erneut ein negativer Horizont mit „krankmachend“, was als „passives Hinnehmen dieses Ohnmachtsempfindens“ verstanden wird. Die Weltbeziehung in der Resonanzsphäre Arbeit wird durch „hinnehmen müssen“ und „erleiden müssen“ von strukturellen Rahmenbedingungen bestimmt. Macht und Ohnmacht sind bestimmend in der Weltbeziehung. Das Leiden an Ohnmachtspositionen ist verdeckt. Erst ein reflexives Bewusstsein des „Zulassens“ und „nicht Wegdrückens“ von diesem Leiden an den Machtverhältnissen ermöglichen „einen Weg zu finden“ für Resonanzbeziehung. „Mit anderen zu sprechen, die ähnlich erleben“ wird jetzt zum positiven Horizont der Sichtweise auf „gesund leben lernen im Beruf“. Die Weltbeziehung des „Ohnmachtsempfindens“ verändert sich resonant in ein „mit andern darüber sprechen können“. Positiver Horizont in der Bewegung von Resonanzbeziehungen ist die Möglichkeit, „darüber sprechen zu können“. Resonanz in der Weltbeziehung, in der sich Subjekte „verankern“ können, benötigt einen „Ort“ und „anderen Menschen“. Eine resonante Weltbeziehung, die als gesund gefasst wird, bedeutet, sich zu trauen über strukturelle Rahmenbedingungen in der Resonanzsphäre Arbeit mit anderen zu sprechen. „Arbeitsorganisation“ unterstützt die individuelle Vereinzelung. Die Anrufung, es „schaffen zu müssen“ in Konkurrenz mit den anderen, wird zum normativen „Antreiber“ in der Weltbeziehung, die Logik der Vereinzelung wirkt verdeckt. Supervision wird dazu als positiver Horizont gesetzt, andere Erfahrungen zu ermöglichen und dazu beizutragen, „gesund zu bleiben“. Die Passage schließt mit einem Hinweis auf „psychische Erkrankungen“, die unter diesen strukturellen Rahmenbedingungen auftreten, die „nicht mehr zu verheimlichen“ sind und zunehmend öffentlich werden. Die Sichtweise auf „gesund leben lernen“ ist, dass fehlende Resonanzbeziehung krank machen und öffentliche Diskurse über Arbeit und deren Organisation geführt werden müssen.

„T 3: Na, ich denke, das ist ja ein Thema, warum ich auch gesagt habe, ich komme hier her, weil ich es einfach wichtig finde, ne. Aber auch immer zu gucken, was ist, also ich finde, Hebamme kann auch echt so wunderbar glorifiziert werden und wo ich denke: naja, aber wir sind auch nur Fachfrauen für dieses, jenes und da, wo wir noch eine Fortbildung haben, und dann ist auch mal gut. Also auch für mich sauber die Abgrenzung hinzukriegen, dass, ich muss mein Leben, meine Gesundheit, meine Präventionen, meine Schwerpunkte setzen und ich glaube, dass strahlt immer in meine Arbeit aus, aber es ist halt auch Arbeit und es gibt da drüber hinaus. (lacht) So. Und da, da immer wieder die Balance zu finden und auch zu sagen, wie du eben gesagt hast, dann mache ich auch die Tür zu und dann ist gut. (tieferer Stimme) Ja. (normale Stimme) Das, finde ich, ist immer Balanceakt, aber auch total wichtig.

T 2: Mir geht es auch so, wenn ich diese, diese Themen sehe, es ist ja zum einen so, dass das in unserer Arbeit eine Rolle spielt, mit den Frauen, mit den Familien und den Kindern und dass das eh genauso gut (.) für uns selbst eine Rolle spielt,

persönlich und jeder hat seinen Schwerpunkt, wie du auch schon gesagt hast, ne, das ist, das ist interessant, das kann sich ja auch noch mal verändern mit den Jahren, man kann neue Ideen kriegen, neue Impulse, und dann geht man dem nach und guckt, ist das etwas für mich oder nicht und einiges bleibt irgendwie hängen oder bleibt man selber dran kleben und merkt so, dass ist das, was ich oder wo, wo so mein Schwerpunkt ist, ne. Das ist ja auch das Schöne, finde ich, dass wir so auch verschiedene Schwerpunkte haben oder verschiedene so so Themen, die uns grad umtreiben, und dadurch ergibt sich halt so ein, so ein buntes Bild. Ich habe neulich mal gedacht, das ist ja dann auch für die Frauen, an wen die zufällig grad geraten, ne (lacht), daraus zack (lachend) ihren Schwerpunkt aufgedrückt irgendwie, aber ist ja nicht schlimm, ne, man kann ja auch immer noch dazu lernen, und ich finde, grad so im Hebammenberuf nehme ich das auch so wahr, so ganz viele Kolleginnen, die sind wirklich, die rackern sich echt ab, ne, und sind, arbeiten so viel und geben so viel und (..) da kommt die die eigene Gesundheit (atmet mit Ton aus) Fürsorge oft sehr sehr kurz, ne, und wie viele Hebammen kenne ich, die rauchen wie ein Schlot, die trinken jeden Abend schön einen Wein erst mal und essen viele Gummibärchen in der Klinik oder Merci Packungen, ne, die da immer rum liegen, ne. Was machst du zuerst, wenn du Stress hast? Greifst du ins Merci, in der Klinik. Und wie gehst du, wie achten wir auch auf uns selbst? (.) Das ist die Frage, gelingt uns das immer? Wahrscheinlich nicht. Wir sind auch (lachend) nur Menschen, was gibt man dann weiter? Aber das ist so ein Thema, das bleibt immer spannend und interessant. Ja. (.) Und für sich einfach mal zu überlegen und so (.) zu gewichten, was ist gut und was lasse ich auch einfach mal bleiben. Ja. (.....)

T 4: Also da bin ich auch voll bei euch, und dass die Gewichtung sich ändert. Ich hatte echt Zeiten, (.) (be)vor ich diese Familienhebmamausbildung gemacht hab, wo ich (.) echt oft am Rande war, meiner Kraft, meiner Kapazität, ich bin da ziemlich blauäugig reingegangen oft in Familien: du musst doch jetzt hier helfen, du bist doch die Fachfrau. Das liegt jetzt schon zum Glück einige Jahre zurück. Und wie man dann selber erst mal sich auch um sich kümmern muss, ja? Man denkt ja immer, man ist so STARK und gegen alles gewappnet und DAS gelingt mir jetzt super super gut, finde ich. Es kommen immer mal wieder Ausnahmen vor, aber wo so, ja, wo ich echt so egoistisch bin: nee, ich kann dich leider nicht mehr annehmen, als Frau auch, ich weiß, es sind Sommerferien, ich habe aber alle Termine voll und es geht nicht mehr. Ja? Weil ich gemerkt habe, dass echt die Spannkraft weicht, und es keinem hilft, und wenn ich nicht gut bei mir bin, dann kann ich auch nicht gut arbeiten und dann kann ich all meine guten Gedanken, Ideen und mein Wissen gar nicht gut anbringen, wenn ich immer nur gehetzt bin und gar nicht dabei bin. Und dieses, erst mal das gesunde Leben, an sich so ran zu kommen, es kommt immer noch die Bewegung oftmals zu kurz, weil dann doch noch was dazu kommt. Das ist so (Bewegungsgeräusch) in dem Beruf, dass man einfach abends noch mal: eigentlich willst du jetzt gar nichts mehr machen oder du HAST schon die Laufschuh an und dann kommt der Anruf, ja. Aber (.) dass ich da viel viel klarer werde in den letzten Jahren und das hört natürlich nicht auf, man ist in diesem Hebamme-dasein, Gutmenschdasein (.) auch warum ist man Hebamme geworden? Das hat ja alles auch einen Grund! Aber da bin ich echt so am Gucken bei mir, was gut tut. (..) Und ich glaube, dass man dann auch viel klarer bei den Frauen, bei den Familien, ja. Und es fängt auch damit an, so eine klare Zeitabsprache, ich habe jetzt so lang Zeit hier und dann gehe ich wieder,

muss ich mal einen Knicks machen, ja, und sonst hast du die Tasche in der Hand, sonst habe ich mich da schon auch für (.), immer breit schlagen lassen: JA und dann ist noch das! DA war ich jetzt schon über eine (Bewegungsgeräusch) Stunde drin und ich kann nicht weiter. Ja (...)

T 2: Aber ich glaube auch, dass so eine Klarheit, das entlastet so

T 4: das entlastet so

T 2: SICH selbst

T 4: ja

T 2: gegenüber auch einfach mal zu sagen, du darfst jetzt auch mal nee sagen, du musst jetzt nicht eine schlaflose Nacht haben deswegen

T 4: ja

T 2: es wird eine Lösung geben und auch den der eigenen Familie gegenüber

T 4: ja

T 2: den Arbeitskollegen gegenüber da bin ich auch mal bei uns so in der Klinik dran auch zu sagen: jetzt sag doch nein! (.) (gedehnt) Nein, aber. Und dann geht es einem schlecht damit, dass man was Falsches

T 4: ja

T 2: gesagt hat, ne, und wenn man sich das einfach mal ins Leben reinbaut und mal so einübt, das kann man ja üben, das geht ganz einfach. Und dann einfach sagt: wenn ich ja sage, ist ja, und wenn ich nein sage, ist nein. Und das in aller Freundschaft und dann ist gut

T 4: ja

T 2: sich selbst gegenüber und den Frauen gegenüber und das ist so entlastend, das finde ich ganz herrlich.

T 4: Ja. Diese Klarheit.

T 2: ja

T 4: ALSO, das hab ich, echt an mir festgestellt, diese KLARheit, Zeitabsprachen, ganz ganz wichtig, und dann schaffst du auch viel mehr

T 2: ja

T 4: und nicht wieder (.)

T 2: und das geht uns ja oft so ein bisschen ab, ne?

T 4: ja

T 2: dass, so was, sagt man uns ja nicht grad nach, dass wir so stringent sind

T 4: genau

T 2: aber das kann man ja lernen. Denke ich auch. Ist auch eine

T 4: Ich gehe, also das und (.) wir machen ja jetzt alle QM Qualität (atmet mit Ton ein)

T 2 lacht

T 4 lacht

T 2 lacht auf

T 4 lachend: ARBEIT in der Hebammenarbeit und (.) es ist sicherlich manches völlig übertrieben und ich stehe auch nicht hundertprozentig dahinter. ABER in vielen Bereichen tut es uns richtig gut und es kam gestern auch in der Kreisversammlung raus, als

(Vorname einer anderen Hebammen) das noch mal genau mit dieser (.) Kasse, mit der Krank, eh der Versicherung (atmet ein) Haftpflichtversicherung im (.) Familien (.) Hebammentätigkeit und man, da nicht, das wird endlich, also ich habe gedacht: oh Gott, wir werden richtig selbstbewusst und stehen auch richtig (.) da. Und nicht immer nur: das müssen wir doch machen!

T 3: Na klar, die (gedehnt) Armen!

T 4 mit tieferer Stimme: Die (gedehnt) armen (.) Familien! Genau. (....) Aber das echt ein

langer Prozess (...) (leise) gut (...).“

(konklusives Ausklingen der Fokusgruppe mit Hebammen)

In diesem Zitat kommt es zu einem resümierenden Dialog, der sich mit dem Thema „gesund leben lernen im Beruf als Hebamme“ beschäftigt. Die Weltbeziehung von Hebammen entspannt sich zwischen der Überhöhung in „Glorifizierung“ und dem Gegenhorizont der Normalität als „Fachfrauen“. Die Anforderung an Fachfrauen ist, „Abgrenzung hinzukriegen“, sich in der Weltbeziehung zu begrenzen und fachliche Schwerpunkte zu setzen, die mit Qualifikation durch entsprechende Fortbildung und Wissen legitimiert sind. Weltbeziehung als Abgrenzung wird als „Balanceakt“ gefasst, der in die Resonanzsphäre Arbeit „ausstrahlt“. Die Gültigkeit der Thematik wird für andere Frauen und für Hebammen in gleichem Maße festgestellt. Die Themen der anderen Frauen werden so als eigene Themen identifiziert. Es wird exemplifiziert, wie sich Schwerpunkte im Hebammenberuf ausbilden. Weiter zu lernen ist eine Anforderung in der Resonanzsphäre Arbeit. Druck klingt an, es ist von „abrackern“ die Rede. Von Hebammen wird „so viel gegeben“, „da kommt die eigene Gesundheitsfürsorge oft sehr kurz“. Berufliche Praxen werden mit Geben verbunden, das sich zwischen „zu viel“ und zu wenig bewegt. In der Abwägung zwischen der Sorge für andere und der Sorge für sich selbst tritt die eigene Gesundheitsfürsorge zurück, kommt „zu kurz“ und wird vernachlässigt. Rauchen und Essen von Süßigkeiten im beruflichen Klinikalltag werden als negativer Horizont von „gesund leben“ exemplifiziert. Die Resonanz der Weltbeziehung ist durch ein „zu viel“ und ein „zu wenig“ aus der Balance geraten und gestört. In der Suche nach Resonanz wird auf Ersatzstoffe zurückgegriffen. Mit reflexiven Fragen erfolgt ein Hinweis auf Handlungsalternativen, die sich in der Weltbeziehung erschließen. Subjekte werden mit der Fähigkeit konstruiert, „gewichten“ zu können, „was gut ist“ und sich für eine Beschränkung im „bleiben lassen“ entscheiden zu können. Zur Weltbeziehung gehören soziale Regeln, die akzeptiert oder übertreten werden können. Als Norm klingt die Erwartung von Akzeptanz der Regeln an. Zum „Gewichten-Könnens“ wird im Folgenden ein negativer Horizont für berufliche Praxen exemplifiziert, der „zum Glück“ überwunden wurde. Die Rückkehr aus der Abweichung in den Bereich der Normalität wird als „Glück“ markiert, und steht damit im Widerspruch zum handelnden Subjekt mit Wirkungsmacht. Normative Erwartungen für die Resonanzsphäre Arbeit sind Eigenschaften wie „stark“ und „gewappnet sein“, die sich mit der Illusio von Hebammen verbinden, den Erwartungen und Anforderungen uneingeschränkt nachkommen zu können. Eine Beschränkung der Weltreichweite bedeutet, beruflich handlungsfähig zu bleiben, auch wenn Abweichungen vorkommen. An „gesundes Leben ranzukommen“ folgt der Logik, dass „die Spannkraft weicht“ und „gute“ Arbeit nur dann möglich ist, wenn das arbeitende Subjekt bei sich ist und seine Weltbeziehung nicht durch Hetze bestimmt wird. Eine Situation des Entscheidens wird exemplifiziert. Interessenlagen der Resonanzsphäre Familie und Freizeit sowie der Resonanzsphäre Arbeit werden gewichtend gegenüber gestellt. Die Weltbeziehung von Hebammen wird als „Dasein“ in beruflichen Praxen gekennzeichnet. Hebammen müssen sich für andere dauerhaft als „Gutmenschen“ erweisen. Die reflexive Auseinandersetzung mit Normen und eigener Normativität führen zu „Klarheit, die entlastend ist“. Die Belastung wird mit „schlaflose

Nächte“ beschrieben, die auftreten, wenn normative Erwartungen abgewiesen werden, wenn in Wahrung eigener Interessen Grenzen sozialer Normen überschritten werden. Ein Beispiel von Grenzsetzung im Klinikalltag wird als positiver Horizont der Bewegung ausgeführt. Die Sichtweise auf „gesund leben lernen im Beruf“ misst der Entwicklung von „Klarheit“ und „Zeitsprachen“ entscheidende Bedeutung bei, die „man üben“ und „ins Leben einbauen“ kann. In dieser Sichtweise bedeutet „gesund leben lernen im Beruf“ „dann gut sich selbst gegenüber und den Frauen gegenüber“ zu sein. Diese Weltbeziehung bewegt sich zwischen „so entlastend“ und „herrlich“ und mit der ökonomischen Logik des „dann viel mehr schaffen können“. Es schließt sich ein konklusives Erkenntnis, die als Orientierung für berufliche Praxen von Hebammen geteilt wird: „Und das geht uns ja oft so ein bisschen ab, so was, sagt man uns ja nicht grad nach, dass wir so stringent sind, aber das kann man ja lernen.“ In einer Außenperspektive werden Hebammen in Abweichung als nicht so „stringent“ gesehen. Diese Außenperspektive und die eigene Perspektive auf ein „Lernen-Können“ werden gegeneinander gestellt. Im Anschluss an „lernen können“ erfolgt ein Hinweis auf Qualitätsmanagement, was ein kollektives Lachen hervorruft. Das Lachen entspannt die Zuspitzung der gegenläufigen Perspektiven und leitet zu dem positiven Erleben einer gemeinsamen Situation als Hebammen über, in der sich gezeigt hat: „Wir werden richtig selbstbewusst und stehen richtig da“. Der gemeinsame Erfahrungsraum als Hebammen ist konklusiv gekennzeichnet durch eine Weltbeziehung in Selbstbewusstsein in einer Position, die als „richtig“ markiert wird, und in Abgrenzung und Abwertung von anderen, die ironisch vergleichend als „Arme“ eingeordnet werden. In dieser Sichtweise wird „gesund leben lernen im Beruf als Hebamme“ als ein gemeinsamer Prozess der Berufsgruppe verstanden, in der Resonanzsphäre Arbeit nach einer Position zu suchen, um Selbstbewusstsein in Abgrenzung von anderen und Klarheit für sich zu gewinnen, die bei der Selbstsorge entlastet.

3.4 Erkenntnisse zu „gesund leben lernen“

Mit Bezug auf Rosa wird „gesund leben lernen“ als Suchbewegungen nach Resonanz in der Weltbeziehung gefasst. In eingrenzender Spezifizierung auf die Resonanzsphäre Arbeit geht es im Material des Forschungsprojektes dann um solche Suchbewegungen, die in beruflichen Praxen von Hebammen sichtbar werden.

Sichtweisen auf „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme, die spezifische Ähnlichkeiten aufweisen, finden sich in unterschiedlichen Perspektiven der Materialien des Forschungsprojektes wieder. Die Beispiele geben Hinweise darauf, wie „gesund leben lernen“ in einem gemeinsamen beruflichen Erfahrungsraum von Hebammen selbst und in einer ergänzenden Außenperspektive verstanden wird. Die Beispiele bilden Orientierungen variantenreich ab und vermitteln einen Eindruck zum gemeinsamen Erfahrungsraum von Hebammen.

Suchbewegungen, die „gesund leben lernen“ im Beruf als Hebamme zugeordnet werden können, erfolgen im Raum, der sich zwischen den Resonanzachsen aufspannt. Horizontale, diagonale und vertikale Achse sind in resonanten Bewegungsverläufen einbezogen.

Körperbezogene Prozesse schwingen zwischen Stehen und Fließen. Beispiele dafür sind Pulsationen, Kontraktionen, die wahrzunehmen sind, im Anschwellen eines weiblichen Körpers

durch Schwangerschaft und Austreibung der Leibesfrucht mit der Geburt. Die weiblichen Brüste schwellen nach der Geburt an, Milch fließt oder staut sich. Diese körperbezogenen Prozesse in integrierende Bewegungen aufzunehmen, ermöglicht Erfahrungen von Resonanz als Weltbeziehung.

Als Hebamme erfolgt die Weltaneignung im körperlichen Ausgreifen und Eingreifen in andere Körper. Die tastende Hand einer Hebamme nähert sich dem schwangeren Bauch als Objekt. Die Körper werden zu schwingenden Instrumenten in der Weltbeziehung. Der spezifische Blick als Hebamme kommt hinzu. Dieser Blick ist kontrollierend und auf normatives Abgleichen gerichtet. Krankmachende Elemente sind dann Orientierung beruflicher Praxen.

Subjekte sind befähigt, sich in ihrer Weltbeziehung an Resonanzbeziehungen zu orientieren. „gesund leben lernen“ kann dann als Suchbewegungen nach Resonanz verstanden werden. Diese Suchbewegungen sind auf Lebensphasen bezogen unterschiedlich ausgeprägt. Die Phase der Schwangerschaft wird als körperbezogene Zeit gekennzeichnet, die Weltaneignung erfolgt in spezifischer Aufmerksamkeit für den weiblichen Körper und seine Veränderungen. Nach der Geburt tritt diese Vorrangigkeit zurück.

Durch körperliche Veränderungen in der Schwangerschaft kommt es zu Irritationen des weiblichen Selbst in der Weltbeziehung. Neben ungewohnten körperlichen Veränderungen treten mit der Schwangerschaft auch Veränderungen sozialer Regeln für Frauen ein. Die Weltbeziehung gerät aus dem gewohnten Lot und bedarf einer spezifischen Justierung für den Übergang in Mutterschaft, Identität durchläuft erneut einen Prozess der normativen Passung, die soziale Identität verändert sich.

Geburtssituationen sind Situationen, die zunehmend eine normative Aufladung erfahren. Sie werden mit spezifischen Erwartungen verbunden, die sich erfüllen oder nicht. Vorstellungen und Erfahrungen von der Geburtssituation können so different sein, dass Geburtssituationen von Frauen als Situationen der Entfremdung erfahren werden, in denen Sachen passieren. Die gewohnte Weltbeziehung löst sich bis zum Verlust auf, die Welt antwortet nicht mehr in gewohnter Resonanz und wird als stumm und fremd erfahren. Geburtssituationen werden in Verbindung mit Erfahrung von Ohnmacht und Gewalt eingeordnet. Solche Erfahrungen in Schwangerschaft und Geburt werden zum Motor für verstärkte Suchbewegungen in erneuter Schwangerschaft. Die Sehnsucht nach resonanten Erfahrungen in einer zukünftigen Geburtssituation kann hier auch als vergangenheitsorientierter Wunsch nach Heilung der erlittenen Gewalterfahrung gelesen werden.

In sozialer Rahmung sind Hebammen mehrschichtig in Strukturen eingebunden. Als Frauen und in ihrer Berufsausübung sind sie mit Machtverhältnissen und Hierarchien konfrontiert, die sich auf sie richten und von ihnen ausgehen. Norm und Normativität begrenzen den Korridor von beruflichen Praxen im gemeinsamen Erfahrungsraum als Hebammen. Sichtweisen auf „gesund leben lernen“ verbinden die kontrollierende Perspektive und Klarheit, die ausstrahlt.

„gesund leben lernen im Beruf“ läuft auf einen Balanceakt hinaus zwischen der Erfüllung normativer Erwartungen und dem Stringent-Sein im Abgrenzen. Das Bemühen im Stark-Sein und sich permanent Abrackern im Beruf wird zum Druck, der ausstrahlt und berufliche Handlungsfähigkeit negativ beeinträchtigt.

Als Hebamme zeigt sich Weltbeziehung als unausgewogene Bewegung des zu viel und zu wenig. Widerstand in diesem Kräftespiel kann als „gesund“ gekennzeichnet werden. Erfahrungen

der Ohnmacht und einem passiven Hinnehmen werden der Fähigkeit gegenübergestellt, sich widersetzen zu können und sich zu trauen, Machtverhältnisse offen zu legen und nach Strategien zu suchen, was als ein Prozess des gemeinsamen Lernens und Einübens gekennzeichnet wird.

Klarheit oder auch Bewusstsein von struktureller Rahmung wirken entlastend und strahlen in positiver Weise aus. Im Beruf wird Weltbeziehung als resonant erfahren, Beweglichkeit befähigt zu beruflichen Praxen und erhält Gesundheit.

Fazit und Ausblick

Im Verlauf des Forschungsprojektes erfolgt mit „gesund leben lernen“ eine Annäherung an Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen. Als Forscherin habe ich nach Spuren zum Thema „Hebammen als Gesundheitscoach von Frauen“ gesucht. Teil A dient der eigenen Verortung und in Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten und beruflichen Erfahrungen kristallisiert sich die Standortgebundenheit als Forscherin heraus.

In diesem Prozess habe ich mich für eine Bezugnahme auf den Begriff „Lernen“ entschieden, der sich für mich mit der Ermöglichung von Suchbewegungen in beruflichen Kontexten und dem Überschreiten von Begrenzungen im Denken und Handeln verbindet. Susanne Maurer (Maurer 2016 b, S. 87) nutzt für ihre Überlegungen zur Neuen Frauenbewegung dafür den Begriff „Bildung“ und gibt ihm eine spezifische Färbung, die mich im Rückblick noch einmal beschäftigt hat:

„Der zum Einsatz kommende Bildungsbegriff ist weniger normativ als relational: mit dem Fokus auf oppositionelle Praktiken wird Bildung zum Gegen-Begriff und verweist auf ein Gegen-Halten oder Gegen-Verhalten im Foucault'schen oder auch Butler'schen Sinn.“

Mit einem solchen Verständnis von Bildung eröffnet sich ein Weg, Bewegungen und Bewegungsfiguren, um die es in diesem Forschungsprojekt geht, auch „Bildungsprozessen“ zuordnen zu können. Mein anfangs formuliertes Unbehagen (vgl. Teil A Kapitel 2.1) bei einer Bezugnahme auf diesen Begriff mildert sich, integrierende Denkbewegungen werden möglich.

In der Einleitung (vgl. Einleitung Kapitel 1) werden Fragen zu Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen aufgeworfen. Die Fragen stehen in Verbindung mit gesundheitsbezogenen Lern- und Entwicklungsprozessen von Frauen. Beruflichen Praxen, die in Situationen rund um Schwangerschaft und Geburt von Hebammen angewendet und vollzogen werden, sind im Zusammenhang mit der Wirkmacht struktureller Rahmenbedingungen zu sehen. Dazu lassen sich im empirischen Material des Forschungsprojektes Hinweise finden (vgl. Teil B und C).

Für Sichtweisen auf „gesund leben lernen“ ergibt sich eine doppelte Bezugnahme. Eine systematische Zweigleisigkeit ist bereits in der Erhebung des Materials angelegt (vgl. Teil B Kapitel 3.1). Spielräume einer doppelten Ermöglichung bleiben im Verlauf des Forschungsprojektes im Blick. Das Interesse ist darauf gerichtet, wie Frauen als Hebammen oder Familienhebammen lernen, die Handlungsfähigkeit von anderen Frauen in Situationen rund um Schwangerschaft und Geburt zu fördern und zu erhalten, und wie sie selbst lernen, ihre Handlungsfähigkeit in beruflichen Praxen zu erhalten und auszubauen. In dieser doppelten Bezugnahme werden Verbindungslinien und Bewegungsfiguren im beruflichen Feld von Hebammen oder Familienhebammen am empirischen Material nachgezeichnet.

Der Beruf von Hebammen steht in einer geschichtlichen Tradition und befindet sich in einem Anpassungsprozess an gegenwärtige gesellschaftliche Rahmenbedingungen (vgl. auch Teil A Kapitel 4). Dieser Beruf ist in einer Umbruchsphase, was sich in Sichtweisen auf berufliche Praxen und deren Rahmenbedingungen sowohl von Hebammen selbst als auch von Supervisor_innen widerspiegelt, die im Forschungsprojekt interviewt werden. Hebammen identifizieren sich mit ihrem Beruf, der als Berufung nicht mehr in die Zeit zu passen scheint. Durch öffentliche Diskurse werden sie bestätigt, an diesen Sichtweisen auf den Beruf festzuhalten. Für den Hebammenberuf stellt sich das anders dar als im Bereich der Pflegeberufe, die den Wechsel zur professionellen Medizin-Orientierung bereits vollzogen haben. Mit Veränderungen im Bereich der Aus- und Fortbildung wird daran gearbeitet, den Beruf von Hebammen an die Erfordernisse des ökonomischen Gesundheitssystems anzupassen und damit zukunftsfähig zu machen.

Hebammen haben eine Ahnung davon, dass die Berufsausübung als Berufung nicht mehr in die Zeit von Professionalisierung passt. Die Lebensphase, in der die beruflichen Praxen von Hebammen zur Anwendung kommen, bezieht sich ebenfalls auf etwas, das aus der Zeit fällt. Mutter-Werden entzieht sich dem Zugriff der Moderne und verbindet sich mit einem sozialen Mythos, der vage bleibt. Damit hat die Berufung als Hebamme ein Gegenstück: Berufung als Hebamme und Mythos des Mutter-Werdens stützen sich wechselseitig. Sowohl in den Sichtweisen der interviewten Hebammen selbst als auch in den Sichtweisen der interviewten Supervisor_innen auf berufliche Praxen und berufliches Selbstverständnis sind Belege dafür zu finden (vgl. Teil B Kapitel 3.4, Kapitel 4.6 und Kapitel 5.6 sowie Teil C Kapitel 2).

Im Forschungsprojekt bestätigen die Hebammen und Supervisor_innen Schwierigkeiten bei Abgrenzungen im Beruf und der Anpassung beruflicher Praxen an Ansprüche und Erwartungen. Für berufliche Situationen dieser Art könnte die Fähigkeit zur Reflexion hilfreich sein. Berufliche Kompetenz in Curricula und Kompetenzprofilen von Hebammen bindet die Fähigkeit zur Reflexion ein. Bei der Umsetzung ergeben sich jedoch schon allein aufgrund der dafür vorgesehenen geringen Zeitressourcen für Lernmöglichkeiten dieser Kompetenz Lücken (vgl. auch Teil B Kapitel 2).

Der Bereich Bildung ist darauf ausgerichtet, Professionalisierung curricular in die Aus- und Fortbildung von Hebammen oder Familienhebammen einzubinden (vgl. Teil B Kapitel 2). Das geht jedoch nicht konform mit einem Selbstverständnis, das im Berufsmythos des Hebammenberufs eingebettet ist und nach Bourdieu als verbindende Illusio angesehen werden kann. Die Umsetzung einer vollständigen Professionalisierung ist mit der Befürchtung von Verlust verbun-

den, dass dieser Mythos verschwindet und die Entwicklung der Machtverhältnisse ungünstig fortschreiten wird. Das moderne Gesundheitssystem erkennt den Berufsmythos des Hebammenberufs nicht an, gesellschaftliche Anerkennung bleibt aus. Soziale Anerkennung erfolgt allenfalls auf der individuellen Ebene durch Frauen, die von Hebammen oder Familienhebammen begleitet werden.

Zu „gesund leben lernen“ haben die interviewten Hebammen oder Familienhebammen Vorstellungen. Sie sehen sich in einer Vermittlerinnenfunktion. Sie möchten schwangeren Frauen und Müttern etwas zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit nahe bringen. Mit den beruflichen Praxen gelingt das nicht immer, also reduzieren sie ihren Anspruch: sie betonen die Eigenverantwortung der anderen und machen nur ein Angebot. Es tut sich auch hier eine Lücke auf. Wie für eine solche Lebenshaltung überzeugend geworben werden kann, bleibt in den Sichtweisen des Materials vage. Sichtweisen der unterschiedlichen Interviewpartner_innen auf berufliche Praxen von Hebammen verdeutlichen, dass Hebammen zwar eine konkrete Vorstellung von dem haben, was sie vermitteln wollen, dass sie jedoch nicht wissen, wie sie Lernen ermöglichen können. Es geht um Fragen von Vermittlungsprozessen, um Fragen des Lernens und Lehrens, die für sie offen bleiben (vgl. Teil A Kapitel 2.3). Auch hier ist davon auszugehen, dass die bestehenden Curricula nicht ausreichend Raum und Zeit für Lernprozesse dieser Art bereithalten (vgl. Teil B Kapitel 2).

Das Material des Forschungsprojektes gibt Hinweise, dass Zeit und Raum zur Reflexion beruflicher Praxen als erforderlich angesehen werden. Zurückkommend auf Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Online-Befragung der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Supervision (vgl. Teil B Kapitel 4.2) nutzen Hebammen oder Familienhebammen das Beratungsformat Supervision für eine Begleitung ihres beruflichen Alltags bisher wenig. Auch die Interviews belegen das. Wenn Mitglieder der Hebammen-Community als Supervisorinnen bereits in Prozessen der Aus- und Fortbildung von Hebammen oder Familienhebammen mitwirken, könnte die Hürde für eine Nutzung dieses Formats sinken und begleitende Supervision zu einem etablierten Ort für die Reflexion beruflicher Praxen von Hebammen und Familienhebammen werden. Als Konsequenzen für den Fachverband könnte sich aus diesen Überlegungen ergeben, Eingangsvoraussetzungen für die Zusatzqualifikation in Supervision gezielt für die Berufsgruppe von Hebammen zu öffnen und zu bewerben. Mit Blick auf die Akademisierung des Hebammenberufes erscheint dieser Vorschlag umsetzbar (vgl. Teil A Kapitel 6 und Teil B Kapitel 2).

Die beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen sind an soziale Übergangssituationen der Schwangerschaft gebunden. Hebammen treten in diesen Situationen als Vermittlerinnen auf, indem sie anderen Frauen Wissen und Erfahrungen für ungewohnte Situationen zugänglich machen, um leibliche und soziale Veränderungsprozesse integrieren zu können. Berufliche Handlungsmacht und Handlungsermächtigungen, die an die beteiligten Akteur_innen gebunden sind, kommen als Zuweisungen ins Spiel und bilden sich im Material des Forschungsprojektes ab (vgl. auch Teil B Kapitel 3.4, Kapitel 4.5, Kapitel 5.4 sowie Teil C Kapitel 2). Eine weitere Vertiefung von Fragen nach dem subjektiven Erleben von Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit aus Perspektive von beteiligten Akteur_innen könnte sich an das Forschungsprojekt anschließen und Agency-Konzepte aufgreifen (vgl. Bethmann u.a. 2012). Nach Lucius-Hoene (Lucius-Hoene 2012, S. 40)

„lassen sich zwei verschiedene Herangehensweisen unterscheiden:
zum einen die Frage nach Agency als Handlungsmächtigkeit zwischen

Machtbeziehungen, Heteronomie und Autonomie in gesellschaftstheoretischen und handlungstheoretischen Ansätzen und zum andern die rekonstruktive Analyse subjektiver Vorstellungen von persönlicher Handlungsmächtigkeit“,

auf die im Hinblick auf weitere Forschungsaktivitäten Bezug genommen werden kann. Mit diesen Herangehensweisen könnten Agentivierungsprozesse in beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen konkretisierend ausgeleuchtet und in Zusammenhang mit Agency auf anderen Ebenen gesetzt werden (vgl. Bethmann u.a. 2012). Welche Macht wird Hebammen oder Familienhebammen in der Gegenwart sozial zugewiesen? Wie werden diese Zuweisungen in berufliche Identität oder Habitus eingebunden, sind Fragen, die im Forschungsprojekt nicht abschließend behandelt werden und denen auf diesem Weg weiter nachgegangen werden könnte (vgl. (vgl. Nadig 2011 sowie Teil A Kapitel 4.6 ,Teil C Kapitel 2.3 und Kapitel 2.4). Dieser Spur zu folgen, erscheint auch im Zusammenhang mit öffentlichen Diskursen ertragreich, da der Wandel sozialer Machtverhältnisse in dauerhafte wirtschaftliche Existenzgefährdung des Hebammenberufes einzumünden droht, auch wenn die beteiligte Akteur_innen hier Widerstand leisten. In den gegenwärtigen Diskursen um Bezahlung und Finanzierung bleibt eine absichernde soziale Anerkennung beruflicher Praxen von Hebammen als Leistung für Gemeinschaft und Gesellschaft ungewiss und an Wandlungsprozesse des Gesundheitssektors gebunden, die in ökonomisierender Richtung fortschreiten (vgl. auch Teil A Kapitel 4.6).

Wenn sich der Fokus auf Übergangssituationen in Familien durch Schwangerschaften richtet, bietet es sich an, Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen im Hinblick auf Praxen der sozialen Arbeit vergleichend in den Blick zu nehmen, da es in Situationen rund um Schwangerschaft und Geburt um Bedingungen für würdiges Leben geht, lässt sich als gemeinsames Ziel (vgl. Glöckler 2011, S. 21) formulieren,

„Akteur_innen zu Macht über sich selbst zu verhelfen und resignativen Ohnmachtsgefühlen entgegen zu wirken“.

Im Material zeigen sich Hinweise darauf, diese Spur wird in dem Forschungsprojekt jedoch nicht abschließend verfolgt. In Anbetracht der neu entstandenen Tätigkeitsbereiche von Familienhebammen könnten sich kontrastierende Überlegungen zu beruflichen Praxen von Berufsgruppen anschließen, die bereits in Projekten und Materialien des NZFH angelegt sind (vgl. Zeller u.a. 2014, Materialien der Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ sowie das neue „Nationale Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt“ 2017). Denn für Familienhebammen gehören Situationen mit anderen Akteur_innen des Feldes insbesondere der sozialen Arbeit in der Jugendhilfe zum beruflichen Alltag. Prozesse zur Verständigung und Abgrenzung in einer gemeinsamen Zielsetzung können mit dieser Spur als Agentivierungsprozesse in den Blick genommen werden, die Handlungsfähigkeit in beruflichen Praxen ermöglichen und fördern.

Mit beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen werden schwangere Frauen als eigenverantwortliche Subjekte (vgl. Bröckling 2013 und Seehaus 2016) adressiert. In Verantwortungszuweisung werden sie zu einer spezifischen Arbeit an sich selbst aufgefordert und gleichzeitig angerufen, als „ideale Gebärsobjekte“ in der Situation der Geburt Kontrollbemühungen aufzugeben und naturbedingten körperlichen Prozessen ihren Lauf zu lassen. In diesen Situationen führen widersprüchliche Anrufungen Frauen in ein Dilemma.

In der Interaktion von Hebammen und Frauen, die sie begleiten, entstehen Entscheidungs-

und Handlungsspielräume für berufliche Praxen, die an Arrangements gebunden sind (vgl. Jung und Skeide, 2016). In Situationen der Schwangerschaft und Geburt entsteht das Gefühl zu bestimmen im „gemeinschaftlichen Tun“ (vgl. Duden 1998 und Nadig 2011), in das Hebamme, schwangere Frau, Dinge und Wissen involviert sind. Dieser soziale Prozess ermöglicht Gefühle von Befähigung, bestimmen zu können, auch wenn unkontrollierbare Situationen zu erwarten sind. Selbstbestimmung umfasst hier Fähigkeit und Verpflichtung in Gemeinschaft, sich immer wieder neu wahrzunehmen, sich abgrenzend und verbindend mit der Welt in Beziehung zu setzen. Der Logik des Vorhanden-Seins folgend stellt sich in der Befähigungsbehandlung des schwangeren Leibes mit Zuweisungen und Ermächtigungen ein Gefühl der Selbstbestimmung ein, an dem sowohl Hebamme als auch schwangere Frau teilhaben.

Ein Alleinstellungsmerkmal des Hebammenberufs, auf das von Hebammen allgemein und auch von den Interviewpartner_innen des Forschungsprojektes hingewiesen wird, ist die Hinzuziehungspflicht dieser Berufsgruppe bei normalen Geburten (vgl. Teil A Kapitel 4.3, Kapitel 4.6 sowie Teil B Kapitel 2.2, Kapitel 3.3, Kapitel 4.5). Zum einen wandelt sich die Situation der Geburt (vgl. Duden 1998), zum andern ist festzustellen, dass eine Vielzahl von Hebammen oder Familienhebammen ihren Beruf inzwischen ausübt, ohne regelhaft direkt an Situationen der Geburt mitzuwirken, indem sie Vor- und Nachsorge als Schwerpunkt ihrer beruflichen Tätigkeit festlegen. Duden (Schlumbohm 1998, S. 21) sieht ursprünglich „die Niederkunft als sinngebender Vorgang der Menschwerdung der Leibesfrucht“. Sie fasst Geburt als „ein Tun zwischen zwei Frauen“, das sie als ein „Proto-Ritual“ bezeichnet, um es von anderen Ritualen der Sozialisation unterscheiden zu können. Die Situation der „Geburt“ verändert sich nicht nur durch die Technisierung der Medizin, sondern letztendlich auch durch die situative Abwesenheit von den Hebammen, die Frauen nach der Geburt im Übergang zum familiären Alltag begleiten. Das gemeinsame Tun bei der Niederkunft entfällt. Die direkte Verbindung zwischen Geburtssituation und beruflichen Praxen von Hebammen oder Familienhebammen davor oder danach löst sich. Auf institutioneller Ebene entsteht die paradox anmutende Konstellation, dass auf eine Legitimierung per Gesetz Bezug genommen wird, die durch die Schwerpunktsetzung von beruflichen Praxen in Vor- und Nachsorge für Hebammen an Bedeutung verliert. Es wäre zu fragen, wie sich dieser Wandlungsprozess zukünftig auf Sichtweisen und Erwartungen unterschiedlicher Akteur_innen im Feld in Bezug auf berufliche Praxen von Hebammen auswirken wird. Strategische wäre danach zu fragen, wie ein gesetzlicher Platzhalter für Handlungsmacht im beruflichen Feld perspektivisch zu halten ist, wenn Berufssituationen sich im Kontext dieser Ermächtigung verändern und in der Regelmäßigkeit des beruflichen Alltags von Hebammen verloren gehen.

Im vergangenen Jahr haben Wissenschaftlerinnen im Marburger Raum auf der Tagung „Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung“ (vgl. Tagung „Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung“ 2016) und mit dem Workshop „Politik der Geburt“ (vgl. Jung 2016) in interdisziplinären Perspektiven den Wandel von Mutterschaft, Gebären und Geburtshilfe in den Blick genommen. Selbstbestimmungsrecht, Autonomie und Mitspracherechte von Frauen sind dort in Vorträgen und Diskursen kritisch ausgeleuchtet worden. Als ein Beispiel für „entmündigende Selbstbestimmung“ (vgl. Samerski 2016) wurde „informed choice“ diskutiert. Die Wahl dieser Themen für den öffentlichen Raum universitärer Veranstaltungen weckt Hoffnungen, dass

sich über Fachdisziplinen hinweg feministische Positionen als wissenschaftliche und politische Strategien entwickeln können, die Frauen in Situationen von Schwangerschaft und Geburt befähigen, sich in Interaktionen als handlungsmächtige Subjekte zu erleben sowie von anderen auch so gesehen und behandelt zu werden, was in der Konsequenz auch zu „gesund leben lernen“ als Resonanz in der Weltbeziehung (vgl. Rosa 2016) überleitet. Heterotopien als Orte von anderem, die nach eigenen Regeln funktionieren, rücken hierfür in den Blick (vgl. „UNmöglich!“ 2016).

Verbinden sich mit den Sichtweisen auf „gesund leben lernen“ denn immer Resonanzbewegungen, wenn damit Lernprozesse gemeint sind? Bedienen Konstruktionen von „gesund leben lernen“ dann nicht Sehnsüchte nach utopisch anmutenden Situationen? Diese kritischen Fragen stellen sich am Ende des Forschungsprojektes ein. Und ich bemerke sogleich, wie sich weitere Fragen in zirkulärer Fortsetzung einstellen. Der Abschluss dieses Projektes als Dissertationsarbeit wird also nicht der Abschluss des forschenden Lernens zu diesem Thema sein, das sich für mich mit Leben und Lebendigkeit als Erfahrungen von Handlungsmächtigkeit verbindet (vgl. Einleitung sowie Teil A Kapitel 7 und 8). Mit diesem Ausblick öffnet sich der schließende Rückblick erneut für zukünftige Projekte. Das erfüllt mich mit Zuversicht und Freude.

Zu Beginn des Forschungsprojektes bin ich aus der Erwerbstätigkeit in eine andere Lebensphase übergewechselt. Zielorientiert standen zu Beginn mögliche Handlungsempfehlungen für die berufliche Praxis von Hebammen im Vordergrund. Die anfängliche Orientierung an Ergebnissen hat sich im Prozess des Forschens zu einer Orientierung an Erkenntnissen entwickelt, die mit dem Untertitel „ein Forschungsprozess der Annäherung“ einen Ausdruck findet. Darüber hinausgehend habe ich Erfahrungen mit Rhythmen und Tempi im selbstbestimmten Arbeiten machen und mich im Prozess des forschenden Lernens als handlungsmächtig erleben können. Das hat mich mit Erfahrungen aus der Erwerbsarbeit befriedet, Zorn und Empörung als Reaktion auf Machtverhältnisse haben sich gemildert, die positive Energie dieser Emotionen, die sich im Eigensinn auf Neues richtet und beflügeln kann, tritt nach vorn.

Nachwort

Meine bisherigen beruflichen Erfahrungen sind zu vergleichen mit Erfahrungen einer erprobten Mittelstreckenläuferin mit Ambitionen zum Sprinten, wenn es erforderlich war. Dieses Forschungsprojekt hat sich für mich mit der Vorstellung einer Art Marathonlaufs als ungewohnte Herausforderung für Körper, Geist und Seele verbunden, die ich mit Weitsicht und Freude angegangen bin. Die Stadt Solingen als Arbeitgeber hat mit dem Angebot einer Altersteilzeitregelung für ihre Mitarbeiter_innen dazu beigetragen, dass ich Rahmenbedingungen erschließen konnte, die mir dieses Projekt ermöglicht haben.

In den ersten Überlegungen habe ich nach Anknüpfungspunkten zu Themen gesucht, die auch meinen Mann und meine erwachsenen Kindern beschäftigen könnten. Ich wollte ein Thema finden, das uns durch Gespräche verbindet, auch wenn der Lebensalltag sich in räumlicher Distanz abspielt. Sowohl mein Mann als auch meine Kinder haben sich als interessierte Gesprächspartner_innen erwiesen, die den Forschungsprozess mit Neugier und Anregungen begleitet haben. Meine Tochter Emma Malessa ist Hebamme. Im Alltag sprechen wir viel über ihre Kinder und wenig über ihre beruflichen Tätigkeiten. In der Zeit des Forschungsprojektes konnte ich jedoch immer wieder über Details zum Beruf von Hebammen und zu beruflichen Rahmenbedingungen mit ihr sprechen. Meine Tochter Lisa Petersheim und mein Sohn Hiawatha Seiffert haben mir in Gesprächen mit kenntnisreichen Tipps aus ihren Studienzeiten zur Seite gestanden, wenn sie Textentwürfe gelesen haben. Mein Mann Dr. Albert Petersheim ist mit Geduld und fachlichem Scharfsinn auf vielen Spaziergängen meinen anfänglich oft verworrenen Denkbewegungen gefolgt und hat durch Zuhören und Kommentierungen zu ihrer Glättung und Geschmeidigkeit beigetragen. Er hat sich als lesender Adressat von Entwürfen angeboten, wenn aus den Denkbewegungen Texte wurden und war mir ein guter Sparringspartner in der Diskussion.

Maike Blinde, Hanna Dröge, Birgitta Fildhaut und Margot Nitz-Roelofsen haben als Freundinnen und Frauen, mit denen ich mich seit über dreißig Jahren in einer Frauengruppe austausche, „dieses Vorhaben für die Rente“ mit Interesse aufgenommen und waren bereit, an einem Nach-

mittag mit mir über das Thema „gesund leben“ in seiner Bedeutung für unsere Frauengeneration und „gesund leben lernen“ in der gemeinsamen Frauengruppe zu diskutieren, die in den 80er Jahren als Selbstuntersuchungsgruppe begonnen hat. Diese Diskussion hat maßgeblich zur Klärung meiner anfänglichen Irritation in Bezug auf die Themenwahl beigetragen. In der abschließenden Schreibphase konnte ich auch beim leidigen Korrekturlesen von Texten auf sie zählen.

Dr. Gunhild Küpper, eine andere langjährige Wegbegleiterin und Freundin, hat ebenfalls mehrfach Textentwürfe gelesen und mit ihrem Fachwissen kritisch kommentiert. In der Zeit des Forschungsprojektes ist sie für mich zu einer kundigen Gesprächspartnerin geworden, die mir mit ihren Erfahrungen als Unternehmensberaterin im Feld der Pflege wiederholt interessante Hinweise geben konnte.

Im Verlauf meiner Berufstätigkeit haben sich mit Dr. Ute Lange immer wieder Begegnungen ergeben. Zu Beginn der 80er Jahre waren es Geburtsvorbereitungskursen für Paare, die wir gemeinsam bei Pro Familia angeboten haben, Ute Lange als Hebamme und ich als Pädagogin, beide Mütter mit kleinen Kindern. Zu Beginn des Forschungsprojektes waren es dann Fachbücher der Hebammenkunde und Bücher von Bourdieu, die ich bei ihr ausleihen konnte.

Die Interviews und die Fokusgruppe des Forschungsprojektes haben mich zu interessanten Frauen geführt, die als Hebammen oder Familienhebammen arbeiten und bereit waren, mich teilhaben zu lassen an ihrem Erfahrungswissen und ihren Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen.

Der Kontakt zu Jörg Fellermann, dem inzwischen verstorbenen Geschäftsführer der DGSv, und später dann zu Dr. Beate Fietze als Referentin des Fachverbandes hat mir die Kontaktaufnahme zu Supervisor_innen geebnet, die dann bereit waren, mit mir über ihre Sichtweisen auf berufliche Praxen von Hebammen oder Familienhebammen zu sprechen und gemeinsam Fragen zu Supervision in diesem Feld nachzugehen.

Meine beruflichen Erfahrungen haben mir die Kontaktaufnahme zu Institutionen und Organisationen erleichtert, um Dokumente zur Aus- und Fortbildung von Hebammen oder Familienhebammen für das Forschungsprojekt zu erschließen. Dabei bin ich immer wieder Menschen begegnet, die sich für das Projekt erwärmen konnten und mich mit den erforderlichen Informationen unterstützt haben.

Im Auftrag des NZFH forschen JProf. Dr. Maren Zeller, Dr. Hanna Rettig und Dr. Julia Schröder zu Familienhebammen. Der Kontakt zu diesem Projekt hat zu einem Treffen geführt, bei dem Auszüge aus Materialien vorgestellt und kollegial interpretiert werden konnten. Dieses Treffen hat mich motiviert, die methodische Bearbeitung meiner Materialien noch einmal zu überdenken und rekonstruktiv interpretierend auszurichten.

Über einen universitären Workshop hat sich für mich der Zugang zur Forschungswerkstatt Rekonstruktive Methoden an der Universität Duisburg/Essen erschlossen. Anderthalb Jahre habe ich mit Stephan Otto, Sabrina Rutter, Dr. Sebastian Schinkel, Tina-Berith Schrader und Tim Zosel Materialien aus Forschungsprojekten gemeinsam interpretieren können. Die Kolleg_innen haben mich an ihren wissenschaftlichen Diskursen teilhaben lassen und Sichtweisen auf mein Material beigeleitet.

Über ein Jahr habe ich an einer kollegialen Interpretationsgruppe in Marburg teilgenommen, die von MARA organisiert wird. Mit Daniela Molnar, Matti Traußneck, Stefanie Wittich und Simon Wüttig habe ich ebenfalls gemeinsam Materialien interpretiert und bin dort insbesondere

durch fachliche Impulse zur Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppe bereichert worden.

Für die Zeit des Forschungsprojektes hat sich das Doktorandenkolloquium von Prof. Dr. Susanne Maurer als Ort für einen offenen kollegialen Austausch und für wertschätzende persönliche Begegnungen erwiesen. Fachliches Interesse an meinem Projekt habe ich dort ebenso erlebt wie anregende Projekte anderer Forscher_innen. Die kreativ entspannte Lernatmosphäre hat meinem Forschungsprojekt einen förderlichen Rahmen gegeben.

In Workshops und Vorträgen hatte ich darüber hinaus Gelegenheit, andere Wissenschaftler_innen mit ihrem Wissen und ihren Denkbewegungen zu erleben, was mir im Vor- und Nachgang die Lektüre von Fachliteratur hat lebendig werden lassen und über Hürden des Verstehens hinweg geholfen hat.

Frau Prof. Dr. Susanne Maurer und Frau Prof. Dr. Heike Schnoor danke ich, dass sie mich in ersten Beratungsgesprächen zu dem Forschungsprojekt ermutigt haben. Frau Prof. Dr. Susanne Maurer hat darüber hinaus den Forschungsprozess mit Zeit für Gespräche, wissensreichen Hinweisen und mitdenkenden Beratungen begleitet, sodass ich im Kontakt mit der „Doktormutter“ gebunden und getragen war. Bildlich gesprochen hat sie so als Hebamme an der Geburt dieser Arbeit mitgewirkt.

Ich bin dankbar für die genannten und auch ungenannten Begegnungen, die sich für mich mit diesem Forschungsprojekt verbinden.

Für das professionelle „schön machen“ der digitalen Version geht ein Dank an „hurrah hurrah“ (<http://www.hurrah-hurrah.ie/>).

Teil D: Anhang

1. Zitierte und verwendete Quellen

1.1 Quellen in Einleitung und Teil A

1.1.1 zu Einleitung und Kapitel 1

Altgeld, Thomas (2011): Gesundheitliche Chancengleichheit. S. 110 – 114 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Blättner, Beate (2011): Gesundheitsbildung. S. 129 – 132 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Dossier Wohlergehen von Familie. Berlin.<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Wohlergehen-von-Familien,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> Aufruf 10.08.2015

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung- Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln.

Egger, Josef W. (2010): Gesundheit. Aspekte eines komplexen biosozialen Konstrukts und seine Korrelation zu Optimismus und Glückserleben. S. 38 - 48 in: Psychologische Medizin 21. Jahrgang Nr. 1.

Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/fakultaet/3_was_sind_html Aufruf 30.04.15

Franke, Alexa (2011): Salutogenetische Perspektive. S. 487 – 490 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

„gesund“ in Duden-Online. <http://www.duden.de> Aufruf 30.04.15

„Gesundheit“ in Wikipedia. <http://www.wikipedia.de> Aufruf 30.04.15

„gesund leben lernen“ in Duden-Online. <http://www.duden.de> Aufruf 30.04.15

„gesund leben lernen“ in Google. www.google.de Aufruf 08.06.15

Hurrelmann, Klaus; Franzkowiak, Peter (2011): Gesundheit. S. 100 – 105 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und –strategien. S. 137 – 144 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa-Charta 1986 und den Folgekonferenzen). S. 145 – 150 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Kurth, Bärbel-Maria; Ravens-Sieberer, Ulrike (2011): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. S. 125 – 128 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Naidoo, Jennie; Wills Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Teil 1 Grundlagen der Gesundheitsförderung. Köln.

Nöcker, Guido (2011): Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. S. 106 – 109 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Online-Dialog der Bundesregierung (2015): „gut leben – Vorstellungen zur Lebensqualität in Deutschland“. <http://www.gut-leben-in-deutschland.de> Aufruf 30.04.15 und “gut leben in Deutschland – was uns wichtig ist“. <https://www.gut-leben-in-deutschland.de/static/LB/index.html> Aufruf 08.11.2016

Pressemitteilung des BMG zum Präventionsgesetz vom 20.03.15.

<http://www.bmg.de> Aufruf 30.04.15 sowie zum Präventionsgesetz

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>

Aufruf 08.11.2016

Robert Koch Institut: Suchbegriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html?nn=2408450 Aufruf 15.08.2015

Stellungnahme der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) zur

Anhörung zum Präventionsgesetz im Bundestag. <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvgsnr=10836> Aufruf 30.04.15

1.1.2 zu Kapitel 2

Ahlheim, Klaus (2012): Berufliche und politisches Lernen in der Erwachsenenbildung. S. 226 – 236 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Arnold, Rolf; Holzapfel, Günter (Hg.) (2008): Emotionen und Lernen. Die vergessenen Gefühle der Erwachsenenbildung. Baltmannsweiler.

„Bateson“ in Wikipedia. http://de.wikipedia.org/wiki/Gregory_Bateson Aufruf 15.06.15

Buschle, Christina/Tippelt, Rudolf (2012): Multiprofessionalität, Diversifizierung und Höherqualifizierung als Herausforderung pädagogischer Professionalität, S.189 – 209 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Christof, Eveline; Forster, Edgar; Müller, Lydia; Pichler, Barbara; Rebhandl, Nina; Schlembach, Christopher; Steiner, Petra; Strametz, Barbara (2005): Feministische Bildungsarbeit – Leben und Lernen zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Opladen.

Derichs-Kunstmann, Karin (2001): Lernen Frauen anders? Empirische Befunde zur Inszenierung des Geschlechterverhältnisses in Lernsituationen. Internetdokument.

Deutscher Qualifikationsrahmen lebenslanges Lernen DQR. www.dqr.de Aufruf 01.07.15

Dörr, Margret (2010): Erinnerung als biografische Wissensressource, S. 35 – 52 in: Hauptert, Berhard; Schilling, Sigrid; Maurer, Susanne (Hrsg.): Biografiearbeit und Biografieforschung in der sozialen Arbeit – Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern.

„Facilitator“ in Online-Wörterbuch Englisch-Deutsch. www.dict.cc Aufruf 16.12.2016

Gebrande, Johanna (2011): Der Deutsche Qualifikationsrahmen im Lichte fach- und bildungspolitischer Stellungnahmen. München.

Gieseke, Wiltrud (2009): Lebenslanges Lernen und Emotionen – Wirkungen von Emotionen auf Bildungsprozesse aus beziehungstheoretischer Perspektive. Bielefeld.

Gieseke, Wiltrud (2012): Emotionen als beziehungsstiftender Wirkungszusammenhang für lebenslanges Lernen. S. 59 – 80 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Hurrelmann, Klaus (2001): Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialisation und Persönlichkeit. Weinheim/Basel.

Koller, Hans-Christoph (2012): Anders werden. Zur Erforschung transformatorischer Bildungsprozesse. S. 20 ff in: Miethe, Ingrid; Müller, Hans-Rüdiger: Qualitative Bildungsforschung und Bildungstheorie. Opladen, Berlin.

Konzept Implizites Wissen vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Implizites_Wissen Aufruf 14.11.16

Krüger-Kirm, Helga (2010): Weiblichkeit zwischen Körper und Leib. Zur Bedeutung des Mutterkörpers in der weiblichen Identitätsbildung, S. 333 - 350, in Abraham, Anke; Müller, Beatrice (Hg.): Körperhandeln und Körpererleben – Multidisziplinäre Perspektive auf ein brisantes Feld. Bielefeld.

„Lernen“ in Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Lernen> Aufruf 14.11.2016

Mäder, Ueli (2010): Was biografische Zugänge erhellen. S. 53 – 70 in: Hauptert, Berhard; Schilling, Sigrid; Maurer, Susanne (Hrsg.): Biografiearbeit und Biografieforschung in der sozialen Arbeit – Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern.

Marotzki, Wilfrid (2006): Bildungstheorie und allgemeine Biografieforschung. S.61 ff in: Krüger, Hans-Hermann; Marotzki, Wilfried (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung. Wiesbaden.

Nuissl, Ekkehard (2012): Didaktik und lernende Erwachsene. S. 83 – 101 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Pätzold, Henning (2012): Konstruktivismus und Lerntheorien – radikal vereinbar? S. 102 – 118 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Rettig Hanna; Schröder, Jutta; Zeller, Maren (2014): Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen? Sozialmagazin 7 – 8 / 2014

Roundtable der Coachingverbände Positionspapier (2015): Profession Coach 2014. www.dachverband-beratung.de und www.dgsv.de Aufruf 16.11.16

Rhode-Dachser, Christa (1991): Expeditionen in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin, New York.

Rogers, Carl (1983): Der neue Mensch. Stuttgart.

Rogers, Carl; Rosenberg, Rachel (2005): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart.

Rosenberg, Florian von (2011): Bildung und Habitustransformationen. Bielefeld.

Schäffter, Ortfried (1993): Lernen als Passion. Leidenschaftliche Spannungen zwischen Innen und Außen. Weinheim. Internetdokument.

Schäffter, Ortfried (2007): Soziale Praktiken des Lehrens und Lernens. Berlin.

Schäffter, Ortfried (2012): Systemische Veränderungsforschung aus relationaler Sicht – Erwachsenenbildung zwischen Inklusion und Exklusion. S. 32 – 58 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Schüßler, Ingeborg (2012): Ermöglichungsdidaktik – Grundlagen und zentrale didaktische Prinzipien. S. 131 – 151 58 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Stiegler, Barbara (2004): Geschlechter in Verhältnissen – Denkanstöße für die Arbeit in Gender Mainstream Prozessen. Bonn.

Wuttig, Bettina (2010): Der traumatisierte Körper, die vibrierende Ruhe und die Kraft der Vergesslichkeit. Zum Verhältnis von Körper, Trauma und Geschlecht. S. 351 – 363 in Abraham, Anke; Müller, Beatrice (Hrsg.): Körperhandeln und Körpererleben – Multidisziplinäre Perspektive auf ein brisantes Feld. Bielefeld.

Zeller, Maren (2012): Bildungsprozesse von Mädchen in der Erziehungshilfe. Weinheim/Basel.

Zeuner, Christine (2012): Zur Aufgabe der Erwachsenenbildung aus historischer und international-vergleichender Perspektive. S. 210 – 224 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

1.1.3 zu Kapitel 3

Allmendinger, Jutta (2009): Frauen auf dem Sprung. Wie junge Frauen heute leben wollen. München.

Allmendinger, Jutta (2013): Frauen auf dem Sprung – Das Update 2013. Berlin. Pressemitteilung des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. <http://www.wzb.eu/de/pressemitteilung/die-jungen-frauen-stehen-enorm-unter-druck> Aufruf 15.09.15

Allmendinger, Jutta; Haarbrücker, Julia (2013): Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen – Kommentierte Ergebnisse der Befragung 2012 Discussion Paper. Berlin. <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2013/p13-002.pdf> Aufruf 15.09.15

Hahn, Gernot; Hahn, Susanne (2012): Vom Paar zur Familie? Übergänge zur Elternschaft in post-modernen Beziehungsformen. S. 130 – 144 in: Gahleitner, Silke; Hahn, Gernot (Hg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Bonn.

Helfferrich, Cornelia (2000): frauen leben 1 – Studie zu Lebensverläufen und Familienplanung, Kurzfassung). Köln.

Helfferrich, Cornelia (2013): Studie frauenleben 3 – Familienplanung von 20- bis 44-jährigen Frauen – Schwerpunkt: ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikte. Köln.

<http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/4831.html> Aufruf 15.09.15

Hirschauer, Stefan; Heimerl, Birgit; Hoffmann, Anika; Hofmann, Peter (2014): Soziologie der Schwangerschaft. Explorationen pränataler Sozialität. Stuttgart.

Huinink, Johannes (2014): Lebens- und Familienformen im Wandel. S. 4 - 6 in: DIJ-Impulse: Gemeinsam Leben. Das Bulletin des deutschen Jugendinstituts. München.

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikationen_DJI_Impulse_Gemeinsam_Leben.pdf Aufruf 15.09.15

Kern, Ernst (2014): Personenzentrierte Körperpsychotherapie. München/Basel.

Mozygema, Kati (2011): Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung. Bern.

„Mutter“ in Duden Online. www.duden.de Aufruf 15.09.15

Nowicka, Magdalena; Tolasch, Eva (2014): (Un)Fassbare Körper. Frauen erzählen von ihrer Schwangerschaft. S. 139 – 164 in: Schmidt, Wolf Gerhard (Hg.): Körperbilder in Kunst und Wissenschaft. Würzburg.

Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.) (1998): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

„Soziale Rolle“ in Wikipedia. https://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Rolle Aufruf 16.11.2016

Textor, Martin, R. (2015): Mutterschaft gestern - heute - morgen. Kita-Online-Handbuch.

<http://www.kindergartenpaedagogik.de/2226.html> Aufruf 15.09.15

1.1.4 zu Kapitel 4

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Sander, Monika; Schliwen, Anke; Wolfschütz, Alina (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe, IGES-Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-_und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf Aufruf 23.10.2015

Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke (2015): Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen – zur Reifikation soziologischer Kategorien. S. 83 – 103 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2015): Zwischenbericht 2014 des NZFH mit Stellungnahme der Bundesregierung. Köln. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/fruehe-hilfen-zwischenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> Aufruf 05.2015

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den

Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Berlin.

Deutscher Hebammenverband (2010): Petition zum Welthebammentag 2010. <https://www.hebammenverband.de/e-petition/> Aufruf 16.11.2016

Dittrich, Marianne (2013): Überlebenschancen der freiberuflichen Geburtshilfe - eine Fallstudie zur Arbeitsbelastung freiberuflicher Hebammen, Masterarbeit im Masterstudiengang: „Mehrdimensionale Organisationsberatung (MDO) Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung“. Fachbereich: Humanwissenschaften der Universität Kassel. Kassel.

Dittrich, Marianne (2016): Online-Studie Psychosoziale Arbeitsbelastungen von Hebammen. Eine exploratorische Fallstudie, Kurzfassung als Ausschnitt der Bachelorarbeit im Studienfach Psychologie der Universität Kassel. 10/2016. Kassel.

Duden, Barbara (1998): Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. S. 149 – 168 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Faktencheck Kaiserschnitt. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/> Aufruf 16.11.2016

„Hebamme“ im online-Duden. www.duden.de Aufruf 23.10.2015

„Hebamme“ in Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Hebamme> Aufruf 23.10.2015

Igl, Gerhard (2015): Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. S. 107 – 137 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Jung, Tina u.a. (2016): Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe, Reader zum Workshop am 21.10.2016. Justus-Liebig Universität Gießen

Kalkowski, Peter; Paul, Gerd (2015): Kommt es zur Professionalisierung von Wellnessberufen? S. 317 – 337 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Lehmann, Yvonne; Ayerle, Gertrud M.; Beutner, Katrin; Karge, Kathleen; Behrens, Johann; Landenberger, Margarete (2015): Ergebnisse und Schlussfolgerungen zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa (GesinE). S. 339 – 359 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Loux, Françoise (1998): Frauen, Männer und Tod in Ritualen um die Geburt. S. 51 – 65 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Loytved, Christine; Wahrig-Schmidt, Bettina (1998): „Amt und Ehrlicher Nahme“. Hebamme und Arzt in der Geburtshilfe Lübecks am Ende des 18. Jahrhunderts. S. 84 – 101 in: Schlumbohm,

Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Mattern, Elke; Lange, Ute (2012): Die Rolle der Familienhebamme im System der Frühen Hilfen. S. 66 – 75 in: Frühe Kindheit Sonderausgabe 2012: Frühe Hilfen – Gesundes aufwachsen ermöglichen, Nationales Zentrum frühe Hilfen. Berlin.

Metz-Becker, Marita (1998): Die Sicht der Frauen. Patientinnen in der Marburger Accouchieranstalt um die Mitte des 19. Jahrhunderts. S. 192 – 205 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hrsg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Metz-Becker, Marita (2011): Akademische Geburtshilfe und ihre Folgen am Beispiel des Marburger Accouchierinstituts. S. 227 – 238 in: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main.

Pulz, Waltraud (1998): Gewaltsame Hilfe? Die Arbeit der Hebamme im Spiegel eines Gerichtskonfliktes (1680 – 1685). S. 68 – 83 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hrsg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hg.) (2015): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Rettig, Hanna; Schröder, Julia; Zeller, Maren (2014): Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen. in: Sozialmagazin in 7 – 8 / 2014

Rettig, Hanna; Schröder, Julia (2015): Familienhebammen als Grenzarbeiterinnen? Zum Handeln von Familienhebammen in multiprofessionellen Arbeitsfelder, Paper zu einem Vortrag bei der Bundeskonferenz Soziale Arbeit 2015. Darmstadt.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern.

Schäfers, Rainhild (2011): Gesundheitsförderung und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Stuttgart.

Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.) (1998): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Schlumbohm, Jürgen (1998): Der Blick des Arztes, oder: wie Gebärende zu Patientinnen wurden. Das Entbindungshospital der Universität Göttingen um 1800. S. 170 – 191 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Statistisches Bundesamt (2015): Hebammen und Entbindungspfleger in Krankenhäusern. Zahl der Woche vom 05. Mai 2015. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2015/PD15_019_p002pdf?__blob=publicationFile Aufruf 05.11.15

Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.) (2011): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main.

1.1.5 zu Kapitel 5

Baumgärtner, Barbara; Stahl, Katja (2011): Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikobetreuung in der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge? Frankfurt.

„begleiten“ in Duden-Online. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/begleiten> Aufruf 10.11.2015

Bertelsmann Stiftung (2012): Studie: Kaiserschnittraten. Bielefeld. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/faktencheck-gesundheit/projektnachrichten/kaiserschnittraten/> Aufruf 10.11.2015

Bertelsmann Stiftung (2015): Studie: Überversorgung in der Schwangerschaft. Bielefeld. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/juli/ueberversorgung-in-der-schwangerschaft/> Aufruf 10.11.2015

Loytved, Christine (2004): Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive, in: Die Hebamme 17, S. 18 -21

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (2013): Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in NRW – Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Düsseldorf.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hg.) (2007): Geburtshilfe neu denken – Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern.

Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.) (1998): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

1.1.6 zu Kapitel 6

Aqua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2015): Geburtshilfe. Bundesauswertung 2014.

https://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2014.pdf, Aufruf 12.11.2015

Baumgärtner, Barbara; Stahl, Katja (2011): Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Frankfurt.

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (2015): SGB V Gesetzliche Krankenversicherung § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung und § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html Aufruf 12.11.2015

Deutsche Gesellschaft für Supervision DGSv (2015): Internetseite des Verbandes. Köln. <http://www.dgsv.de/> Aufruf 15.11.2015

- „DIN Norm“ in Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/DIN-Norm> Aufruf, 12.11.15
- DIN ISO 9001 vgl. <http://www.tuev-sued.de/management-systeme/iso-9001> Aufruf 12.11.15
- Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA: Internetseite. <https://www.g-ba.de/> Aufruf 12.11.2015
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (2014): Qualitätsbericht 2013. Storkow. http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2013.pdf Aufruf 12.11.2015
- Hellwig, Christine (2014): Theorie und Konzept des personenzentriert-integrativen Coachings (PIC). S. 75 – 83 in: GwG Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 02/2014. Köln.
- Informationsdienst der Deutschen Gesellschaft für Supervision - Journal Supervision Ausgabe 1 und 2 (2013): Differenzierung gefragt! (01/2013 S. 3 – 4) sowie: Differenzierer/in gefragt! (02/2013, S.3 – 4). Köln.
- Naumann, Britta (2014): Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes im Coaching. S. 22 – 29 in: GwG Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 01/2014. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2016): Materialien. Köln <http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/> Aufruf 12.11.2015
- „Reflexion“ in Duden-online. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/reflexion> Aufruf 12.11.2015
- Schäfers, Rainhild (2011): Gesundheitsförderung durch Hebammen – Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Stuttgart.
- Schnoor, Heike; lange, Carmen; Mietens, Artur(2006): Qualitätszirkel – Theorie und Praxis der Problemlösung an Schulen. München u.a.
- Winkens, Herbert (2016): Der Beitrag von Supervision zur Stärkung von Resilienz in der Jugendhilfe. Eine empirische Untersuchung der Risikofaktoren für Arbeitnehmer/-innen und Organisationen der Jugendhilfe, sowie der Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit durch Supervision. Masterarbeit der Fachhochschule Vorarlberg und Schloss Hofen
- Wünsch, Oliver (2014): Personenzentriertes Organisationscoaching mit der Theorie U, S. 9 – 19 in: GwG Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 01/2014. Köln.

1.1.7 zu Kapitel 7

- Abul-Hussain, Surur (2011): Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Wiesbaden.
- Brake, Anna; Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea (Hg.) (2010): Empirisch arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen. Weinheim und Basel.

Christof, Eveline; Forster, Edgar; Müller, Lydia; Pichler, Barbara; Rebhandl, Nina; Schlembach, Christopher; Steiner, Petra; Strametz, Barbara (2005): Feministische Bildungsarbeit. Leben und Lernen zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Opladen.

Lemke, Thomas (1999/2016): Die politische Theorie der Gouvernementalität: Michel Foucault. http://www.thomaslemkeweb.de/publikationen/Gouvernementalit%E4t%20_Kleiner-Sammelband_.pdf Aufruf 07.12.2015. Kapitel XIV in: Brodocz, André; Schaal, Gary S. (2016): Politische Theorie der Gegenwart. Eine Einführung. Band I. Opladen, Toronto.

Lindemann, Gesa (2011): Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Wiesbaden.

Maurer, Susanne (1996): Zwischen Zuschreibung und Selbstgestaltung. Feministische Identitätspolitik im Kräftefeld von Kritik, Norm und Utopie. Tübingen.

Maurer, Susanne (2013): Subjekt als Widerstand? Einige Annäherungen aus feministischer Perspektive. S. 131 – 152 in: Graf, Julia; Ideler, Kristin; Klinger, Sabine (Hrsg.): Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorie, Praxis, Perspektiven. Opladen, Berlin, Toronto. <http://subjektstruktur.blogspot.de/images/Maurer.pdf> Aufruf 07.12.2015

Maurer, Susanne (2016): >Gedächtnis der Konflikte< statt >Kanon<? Historiografische Politik als Normativitätskritik in feministisch kritischer Wissenschaft. S.135 – 152 in: Dreit, Karolin; Schumacher, Nina; Abraham, Anke; Maurer, Susanne (Hg.): Ambivalenzen der Normativität in kritisch-feministischer Wissenschaft. Sulzbach/Taunus.

Schigl, Brigitte (2010): Feministische + Gendertheorie – Diskurse und ihre Bedeutung für das psychosoziale Feld, in: Journal für Psychologie Jg. 18, Ausgabe 3: Frauen- und Genderforschung in der Psychologie. <http://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/32/180> Aufruf 16.12.2016

Schigl, Brigitte; Abul-Hussain, Surur (2012): Menschenbildannahmen in feministischen Diskursen – Perspektiven für die Psychotherapie. S. 181 – 208 in: Petzold, Hilarion G.: Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien.

1.2 Zitierte und verwendete Quellen in Teil B

1.2.1 zu Kapitel 1

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2005): Das Experteninterview, Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf; Pfaff, Nicole: Die dokumentarische Methode: Interpretation von Gruppendiskussionen und Interviews, konzeptioneller Beitrag für Workshops zur anwendungsorientierten Einführung in die dokumentarischen Methode. Unterlagen aus der Forschungswerkstatt an der Universität Duisburg/Essen.

Bohnsack, Ralf (2010): Dokumentarische Methode. S. 247 – 268 in: Bock, Karin; Miethe, Ingrid (Hg.): Handbuch Qualitativer Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen.

Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.) (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf (2014): Habitus, Norm und Identität. S. 33 – 55 in: Helsper, Werner; Kramer, Rolf-Torsten; Thiersch, Sven (Hrsg.): Schülerhabitus. Theoretische und empirische Analyse zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Passung. Wiesbaden.

Brake, Anna; Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea (Hg.) (2010): Empirisch Arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen. Weinheim/Basel.

Breuer, Franz (2010): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden.

Döbler, Marie-Kristin (2016): Allein und doch einsam? Diskursivierung und subjektives Erleben von Nicht-Präsenz in Paarbeziehungen, Postersession auf dem Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung 2016, Grafik zu Methoden und Daten Triangulation. Berlin.

http://www.qualitativeforschung.de/methodentreffen/archiv/poster/poster_2016/13_BMT2016_doebler.pdf, Aufruf 14.12.2016

Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. S. 250 – 267. Hamburg.

Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden.

Friebertshäuser, Barbara (2016): Vortrag im Rahmen der Summerschool 2016 der Universität Köln. Köln.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruktiver Untersuchungen. Wiesbaden.

Glinka, Hans-Jürgen (1998): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Weinheim/München.

Kelle, Udo; Kluge, Susanne (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden.

Köhler, Sina-Mareen (2016): Rekonstruktionen mit der dokumentarischen Methode, Handout der AG bei der Summerscholl 2016 der Universität Köln. Köln.

Kühn, Thomas; Koschel, Kay-Volker (2011): Gruppendiskussion. Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden.

Kuckartz, Udo (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel.

Makowsky, Katja (2013): Qualitative und quantitative Forschung – Zwei unterschiedliche Herangehensweisen zur Erfassung sozialer Wirklichkeit. S. 14 – 29 in: Makowsky, Katja; Schücking, Beate: Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim/Basel.

Mayring, Philipp; Gahleitner, Birgitta (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. S.295 – 304 in: Bock, Karin; Miethe, Ingrid (Hg.): Handbuch Qualitativer Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel.

Nohl, Arnd-Michael (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. Wiesbaden.

Przyborski, Aglaja (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskussionen. Wiesbaden.

Schulz, Marlen; Mack, Birgit; Renn, Ortwin (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft – von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden.

Strauss, Amselm L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München.

1.2.2 zu Kapitel 2

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebArPV) vom 16.03.1987 zuletzt geändert 18.04.2016.

<https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebapro/gesamt.pdf> Aufruf 18.12.2016

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln.

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf Aufruf 10.10.2015

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2014): Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und –Pflegerinnen

im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) vom 09.07.2014. Köln. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/BI_Familienhebammen_Mindestanforderungen_20150318.pdf Aufruf 10.10.2015

Deutscher Hebammenverband (2008): Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung. Kassel.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG) vom 04.09.1985 zuletzt geändert 18.04.2016.

https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf Aufruf 18.12.2016

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2014): Curriculum für eine Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. zum/zur Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in. 12/2014. Wiesbaden. <https://soziales.hessen.de/> Aufruf 18.12.2016

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2005): Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW. 12/2005. Düsseldorf.

http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-hebammen-nrw_barr.pdf Aufruf 10.10.2015

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport sowie Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in NRW (2015): Fortbildungscurriculum Land NRW zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen, Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. 01/2015. Düsseldorf. www.mfkjks.nrw.de/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/fruehe-hilfen-impraeventiven-kinderschutz.html Aufruf 10.10.2015

1.2.3 zu Kapitel 5

Bohnsack, Ralf; Pfaff, Nicole: Die dokumentarische Methode: Interpretation von Gruppendiskussionen und Interviews, konzeptioneller Beitrag für Workshops zur anwendungsorientierten Einführung in die dokumentarischen Methode. Unterlagen aus der Forschungswerkstatt an der Universität Duisburg/Essen.

Bohnsack, Ralf; Schäffer, Burkhard (2013): Exemplarische Textinterpretation: Diskursorganisation und dokumentarische Methode. S. 331 – 346 in: Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden.

Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. S. 250 – 267. Hamburg.

„Gelüste“ in Duden-Online. www.duden.de Aufruf 16.06.2016

Schulz, Marlen; Mack, Birgit; Renn, Ortwin (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft – von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden.

1.3 Zitierte und verwendete Quellen in Teil C und Ausblick

Basler, Ariane; Jaber, Andrea (unbekannt): Präsentation Habitus und Feld. https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/dam/jcr:ffffff-fbb9-cd4d-0000-00005be9c4d2/habitus_u_feld.pdf , Aufruf 30.09.16

Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.) (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf (2014): Habitus, Norm und Identität. S. 33 – 55 in: Helsper, Werner; Kramer, Rolf-Torsten, Thiersch, Sven (Hg.): Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Anpassung. Wiesbaden.

Bourdieu, Pierre (1992): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg.

Bourdieu, Pierre (1993): Soziologische Fragen. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre (1993): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre (1996): Die Praxis der reflexiven Anthropologie. S. 251 - 294 in: Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic D. J. (Hrsg.): Reflexive Anthropologie. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic D. J. (Hg.) (1996): Die Ziele der reflexiven Soziologie. S. 95 – 250 in: Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic D. J. (Hg.): Reflexive Anthropologie. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre (1997): Zur Genese des Begriffes Habitus und Feld. S. 59 – 78 in: Der Tote packt den Lebenden. Hamburg.

Bourdieu, Pierre (2002): Ein soziologischer Selbstversuch. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre (2004): Ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital. S. 217 – 231 in: Theorien der Sozialisation. Erläuterungen, Texte, Arbeitsaufgaben. Frankfurt.

Brake, Anna; Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea (Hg.) (2010): Empirisch arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen. Weinheim/Basel.

Bröckling, Ulrich (2013): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierung. Frankfurt am Main.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf Aufruf 23.02.2017

Duden, Barbara (1998): Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert.

- S. 149 – 168 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.
- Fuchs-Heinritz, Werner; König, Alexandra (2003): Pierre Bourdieu – Einführung in das Werk. Unterlagen im Lehrgebiet Soziologie III der FernUniversität Hagen. Hagen.
- Glöckler, Ulrich (2011): Soziale Arbeit der Ermöglichung. Agency-Perspektive und Ressourcen des Gelingens. Wiesbaden.
- Helsper, Werner; Kramer, Rolf-Torsten, Thiersch, Sven (Hg.) (2014): Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Anpassung. Wiesbaden.
- Jung, Tina (2016): Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.
- Jung, Tina (2016): Die gute Geburt – Ergebnisse richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Diskurses zur Selbstbestimmung in der Geburtshilfe. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 13 – 18 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.
- Krais, Beate im Gespräch mit Pierre Bourdieu (1988): „Inzwischen kenn ich alle Krankheiten der soziologischen Vernunft“. S. 20 – 34 in: Brake, Anna; Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea (Hg.) (2013): Empirisch arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen. Weinheim/Basel.
- Krais, Beate; Gebauer, Gunter (2002): Habitus. Bielefeld.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2012): „Und dann haben wir operiert“. Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. S. 40 – 70 in: Bethmann, Stephanie; Helfferich, Cornelia; Hoffmann, Heiko; Niermann, Debora (Hg.): Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit. Weinheim/Basel.
- Maurer, Susanne (2016): Gedächtnis der Konflikte statt Kanon? Historiographienpolitik als Normativitätskritik in feministisch-kritischer Wissenschaft. S. 135 – 152 in: Dreit, Karolina; Schumacher, Nina; Abraham, Anke; Maurer, Susanne (Hg.): Ambivalenz der Normativität in kritisch-feministischer Wissenschaft. Sulzbach/Taunus.
- Maurer, Susanne (2016b): Bildung im Dissens – Individualität, Kollektivität und Erkenntnis im Kontext der Neuen Frauenbewegung. S. 86 – 95 in: Forschungsjournal Soziale Bewegungen 29. Jg. 4/2016.
- Nadig, Maya (2011): Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsritual im interkulturellen Vergleich. S. 39 - 73 in: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main.

- Nohl, Arnd-Michael (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis. 4. Auflage. Wiesbaden.
- Pryborski, Aglaja (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. Wiesbaden.
- Rosa, Hartmut (2012): Resonanz statt Entfremdung – zehn Thesen wider die Steigerungslogik der Moderne. http://www.kolleg-postwachstum.de/sozwgmedia/dokumente/Thesenpapiere+und+Materialien/Thesenpapier+Krise+_+Rosa.pdf Aufruf 30.09.2016
- Rosa, Helmut (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin.
- Samerski, Silja (2016): Informed Choice als „entmündigende Selbstbestimmung. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 23 – 25 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.
- Schlumbohm, Jürgen (1998): Der Blick des Arztes, oder: wie Gebärende zu Patientinnen wurden. Das Entbindungshospital der Universität Göttingen um 1800. S. 170 – 191 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.
- Schwingel, Markus (2003): Pierre Bourdieu zur Einführung. Hamburg.
- Seehaus, Rhea (2016): Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt – zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 26 – 29 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.
- Skeide, Annekatriin (2016): Die Befähigung der Gefühle. Handlungs- und Entscheidungsspielräume in der Interaktion zwischen Hebammen und Frauen. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 30 – 33 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.
- Tagung an der Philipps-Universität Marburg (2016): „Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung“. http://www.arbeitstagung-mutterschaft.de/ndxzsite/img/Arbeitstagung_Mutterschaft_2016.pdf Aufruf 16.12.2016
- (UN)Möglich! Verkörperte und bewegte Heterotopien als Ort der Bildung. Institut für Erziehungswissenschaft und Institut für Sportwissenschaft und Motologie der Philipps-Universität Marburg. Tagung 03. - 05.03.2016. Marburg. Heterotopien. <https://bewegteheterotopien.wordpress.com/programm/> Aufruf 10.01.2017
- Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.) (2011): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. S. 7 – 21. Frankfurt am Main.

Zeller, Maren; Schröder, Jutta; Rettig, Hanna (2014): Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen? In: *Sozialmagazin* (7 - 8) / 2014. [https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/sozialmagazin/article/Journal.html?tx_beltz_journal\[article\]=15281&cHash=500118c3e80fb979367a2c0e548a2a3d](https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/sozialmagazin/article/Journal.html?tx_beltz_journal[article]=15281&cHash=500118c3e80fb979367a2c0e548a2a3d). oder <https://www.uni-trier.de/index.php?id=55288>. Aufruf 18.12.2016

2. Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregeln für computerunterstützte Auswertungen (vgl. Kuckartz, Udo: Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung, Weinheim, Basel, 2012, S. 136, Abb. 21) werden wie folgt genutzt und erweitert:

1. Es wird wörtlich am Hochdeutschen orientiert transkribiert. Umgangssprachliche Sprachfärbungen, Wortverkürzungen werden geschrieben wie gesprochen. Die Interpunktion wird soweit erkennbar wiedergegeben. Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
2. Deutliche Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte zeitlich markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden Punkte gesetzt, die Anzahl der Punkte gibt die geschätzte Anzahl der Sekunden an. (..)
3. Betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen, lautes Sprechen durch Großschrift kenntlich gemacht.
4. Zustimmungde bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewerin und der Interviewpartnerin werden auch transkribiert, wenn sie den Redefluss nicht unterbrechen, da sie zum Kommunikationsprozess gehören und dessen Förderung oder Hinderung dokumentieren können.
5. Einwürfe der jeweils anderen Person werden an der Stelle im Sprechbeitrag, wo sie erfolgen, in Schrägstriche gesetzt eingefügt, als Beispiel: //I: ...//.
6. Nonverbale Aktivitäten der Sprechenden Personen werden in Doppelklammern gesetzt, als Beispiel: ((atmet)).
7. Lautäußerungen, Fülllaute und Verständnissignale der Sprechenden Person werden in Klammern gesetzt, als Beispiele: (em), Mhm (bejahend), mhm (verneinend), aber auch (lacht) oder (lachend).
8. Wortabbrüche oder Satzabbrüche werden mit transkribiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden mit „I:“, die der befragten Interviewpartnerin durch ein eindeutiges Kürzel mit einem Großbuchstaben gekennzeichnet, als Beispiel: „A:“.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Eine Leerzeile verdeutlicht den Sprecherwechsel.
11. Störungen werden unter Angaben von Gründen in runde Klammern gesetzt.
12. Unverständliche Worte werden durch (unv.) gekennzeichnet.
13. Angaben, die einen Rückschluss auf die Interviewpartnerin erlauben, werden anonymisiert und in runde Klammern gesetzt, als Beispiel: (Name der Stadt).

3. Verzeichnis der Abkürzung

AP	Assistent Practitioner
AG DQR	Arbeitsgruppe im Deutschen Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDH	Bund deutscher Hebammen
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland
BeKD	Berufsverband der Gesundheits- und Krankenpflege
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGSv	Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DIN	Deutsches Institut für Normierung
DIN ISO	Norm zur Zertifizierung von Qualitätsmanagement
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EU	Europäische Union
FamHeb	Familienhebammen
FGKiKV	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GesinE	Studie Bestandsaufnahme der Gesundheitsfachberufe in Europa, Universität Halle
GG	Grundgesetz
GKiKP	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen
GKV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen
GwG	Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.
HebG	Hebammengesetz
HebAPrV	Hebammen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
HebBO	Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebGV	Hebammen-Gebührenverordnung
HMfSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
HRQoL	Health-Related Quality of Life
HZE	Hilfen zur Erziehung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
IGKiKra	Interessengemeinschaft der freiberuflich tätigen Kinderkrankenschwestern
IHC	Jugendhilfe Consulting

KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KMK	Kultusministerkonferenz
LHebG NRW	Lehrhebammengesetz in NRW
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW
MAQDA	Software für qualitative Datenanalyse
MGEPA NRW	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in NRW
MFKJKS NRW	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport in NRW
MRL	Mutterschaftsrichtlinien
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
NLP	Neurolinguistisches Programmieren
NRW	Land Nordrhein Westfalen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
QM	Qualitätsmanagement
QZ	Qualitätszirkel
RKI	Robert Koch Institut
RTC	Round Table der Coachingverbände
SSW	Schwangerschaftswoche
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Krankenversicherung
SGB VIII	Jugendhilfegesetz
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen
StGB	Strafgesetzbuch
VO	Verordnung
WR	Wissenschaftsrat
WHO	World Health Organisation – Weltgesundheitsorganisation
WiFF	Kompetenzprofil der Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte des DJI

4. Genderschreibweise

Um der in Deutschland gesetzlich geregelten Zielsetzung der Gleichstellung der Geschlechter Folge zu leisten, wird in Verwaltungszusammenhängen der sprachliche Umgang mit Geschlecht in Texten durch dienstliche Vorschriften verbindlich geregelt. Für Dissertationsarbeiten gibt es eine solche einheitliche Regelung nicht.

In der Umsetzung für diese Arbeit möchte ich Frauen mit den gewählten sprachlichen Formulierungen ausreichend Raum gegeben, um sie öffentlich sichtbar zu machen. Im Text wird der Gendergap als Form gewählt, damit eine Zuordnung aller Ausdrucksformen von Geschlecht möglich ist. Um die Lesbarkeit des Textes zu erhöhen, wird als zugehöriger Artikel jeweils die weibliche Form gewählt. Beispiel: die Interviewpartner_innen.

Die männliche Form der Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ wird nur im Zusammenhang mit den Dokumenten zur Aus- und Fortbildung genutzt. Das Forschungsinteresse ist auf Hebammen oder Familienhebammen ausgerichtet. Entbindungspfleger sind insofern nicht Gegenstand der Forschung. Als sprachliche Formulierungen werden im Text deshalb ausschließlich die Begriffe „Hebamme“ oder „Familienhebamme“ genutzt, deren beruflichen Praxen im Fokus des Forschungsprojektes stehen, in Kenntnis der Tatsache, dass auch Männer diesen Beruf erlernen und ausüben können und sich dies in der Berufsbezeichnung ausdrückt.

5. Literaturverzeichnis

Abdul-Hussain, Surur (2012): Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion G. Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden.

Abels, Heinz (2008): Lebensphasen. Eine Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden.

Abraham, Anke (2002): Der Körper im biographischen Kontext. Ein wissenssoziologischer Beitrag. 1. Aufl. Wiesbaden.

Abraham, Anke (Hg.) (2010): Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld. Bielefeld.

Abraham, Anke (2016): Der Körper und die Frage nach dem guten Leben – Herausforderungen für die (feministische) Normativitätsdebatte. S. 69 – 89 in: Dreit, Karolina; Schumacher, Nina; Abraham, Anke; Maurer, Susanne (Hg.): Ambivalenzen der Normativität in kritisch-feministischer Wissenschaft. Sulzbach/Taunus.

Ahlheim, Klaus (2012): Berufliche und politisches Lernen in der Erwachsenenbildung. S. 226 – 236 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Alheit, Peter (1999): Grounded Theory. Ein alternativer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse. S. 1 – 19. Göttingen. http://www.global-systems-science.org/wp-content/uploads/2013/11/On_grounding_theory.pdf Aufruf 16.12.2016

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Sander, Monika; Wolfschütz, Alina (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. IGES Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. <http://www.hebammengesetz.de/igesgutachten.pdf> Aufruf 16.12.2016.

Allmendinger, Jutta (2009): Frauen auf dem Sprung. Wie junge Frauen heute leben wollen. Die Brigitte-Studie. 1. Aufl. München.

Allmendinger, Jutta (2013): Frauen auf dem Sprung – Das Update 2013, Berlin, Pressemitteilung des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. <http://www.wzb.eu/de/pressemitteilung/die-jungen-frauen-stehen-enorm-unter-druck> Aufruf 16.12.2016

Allmendinger, Jutta; Haarbrücker, Julia (2013): Lebensentwürfe heute: wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen. Discussion Paper. Kommentierte Ergebnisse der Befragung 2012. Hg. v. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB. <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2013/p13-002.pdf> Aufruf 16.12.2016

Altgeld, Thomas (2011): Gesundheitliche Chancengleichheit. S. 110 – 114 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Ameln von, Falco (2014): Latente Funktionen von Organisationsberatung - Beratungswissenschaftliche Perspektiven. In: *Positionen - Beiträge zur Beratung der Arbeitswelt* (01). Köln.

Antonovsky, Aaron; Franke, Alexa (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015): Qualität in der Geburtshilfe. Bundesauswertung + Indikatoren 2014. Göttingen. <https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG-Qualitaetsreport-2015.pdf> Aufruf 16.12.2016

Arbeitskreis „Fühl mal“, Stadt Karlsruhe (2014): Fachliche Grundlagen der Frühen Prävention Karlsruhe. Karlsruhe. www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/kinderbuero/frueh_praevention Aufruf 16.12.2016

ARD Tagesschau (2015): Hebammen in Existenzangst. Haftpflichtprämie erneut gestiegen. Hg. v. www.tagesschau.de.

Arnold, Patricia (2003): Kooperatives Lernen im Internet. Qualitative Analyse einer Community of Practice im Fernstudium. Münster, New York, München, Berlin.

Arnold, Rolf (Hg.) (2008): Emotionen und Lernen. Die vergessenen Gefühle in der (Erwachsenen-)Pädagogik. Baltmannsweiler.

Arnold, Rolf (2009): Grundlinien eines emotionalen Konstruktivismus. Vorabausdruck zu: Seit wann haben Sie das? Grundlinien eines emotionalen Konstruktivismus. Heidelberg.

Arnold, Rolf; Schüßler, Ingeborg (1998): Wandel der Lernkulturen. Ideen und Bausteine für ein lebendiges Lernen. Darmstadt.

Arnold, Rolf; Schüßler, Ingeborg (2011): Das Didaktische neu denken! Thesen zur Erwachsenenbildung - inspiriert von Hans Tietgens. Aus: Wiltrud Gieseke/Joachim Ludwig (Hg.): Hans Tietgens. Ein Leben für die Erwachsenenbildung. Theoretiker und Gestalter in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dokumentation des Kolloquiums am 23.10.2009 an der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin.

Arrenberg, Jutta; Kowalski, Susann (2007): Lernen Frauen und Männer unterschiedlich? Eine Studie über das Lernverhalten von Studierenden. Arbeitsbericht des Forschungsprojektes. Hg. v. Fachhochschule Köln. Köln.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) (2016). <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebapro/gesamt.pdf> Aufruf 18.12.2016

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland 2012. Indikatoren gestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. 4. Bildungsbericht. Berlin. <http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2012> Aufruf 16.12.2016

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein Indikatoren gestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. 5. Bil-

dungsbericht. Berlin. <http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2014/bildung-in-deutschland-2014> Aufruf 16.12.2016

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hg.) (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein Indikatoren gestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Berlin. <http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016> Aufruf 16.12.2016

Ayerle, Gertrud M. (2009): Schwanger wohlfühlen. Psychometrische Erfassung des aktuellen Wohlbefindens und Copings in der Schwangerschaft. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Halle. Halle. <http://digital.bibliothek.uni-halle.de/ulbhalhs/urn/urn:nbn:de:gbv:3:4-1782> Aufruf 16.12.2016

Ayerle, Gertrud M. (2012): Frühstart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln, Halle, Saale. Kompakt. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Fruehstart.pdf Aufruf 16.12.2016

Ayerle, Gertrud M.; Czinzoll, Kristin; Behrens, Johann (2012): Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen für Hebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. Eine Expertise im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln. Expertise 6. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Expertise_Weiterbildungen_FH.pdf Aufruf 16.12.2016

Ayerle, Gertrud M.; Kethler, Ute; Krapp, Cornelia; Lohmann, Susanne (2004): Erleben und Bedeutung von subjektivem Wohlbefinden in der Schwangerschaft. Eine qualitative Studie. Zwickau. http://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Studierendenservice/Pruefungen/modulhandbuch_hebammenkunde.pdf Aufruf 16.12.2016

Badinter, Elisabeth (1988): Ich bin Du. Die neue Beziehung zwischen Mann und Frau. oder. Die androgyne Revolution. 2. Aufl. München.

Badura, Bernhard (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München.

Bähr, Christiane (2014): Weltatlas Soziale Arbeit. Jenseits aller Vermessungen. Weinheim [u.a.].

Bamberg, Stefan (2006): Das narrative Interview. Heidelberg. <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/> Aufruf 16.12.2016

Banscherus, Ulf (Hg.) (2014): Übergänge im Spannungsfeld von Expansion und Exklusion. Eine Analyse der Schnittstellen im deutschen Hochschulsystem. Bielefeld.

Bardé, Benjamin Eli (2015): Wissen wir eigentlich, was wir tun? Profession. Krise. Sinn. Performativität. Diese auch für Supervision zentralen Begriffe werden vertieft und aufeinander bezogen. Keine leichte Kost. Aber eine geistig sehr nahrhafte. Köln. In: *Journal Supervision - DGsv* (4).

Barth, Niklas; Schneider, Antonius (2016): Warum will Charles Bovary kein Hausarzt mehr sein? - zur Medialität von Interviews mit angehenden Allgemeinmediziner_innen. Hg. v. Forum:

- Qualitative Sozialforschung. Berlin. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs160317> Aufruf 16.12.2016
- Basler, Ariane; Jaber, Andrea (?): Präsentation Habitus und Feld. https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/dam/jcr:ffffff-fbb9-cd4d-0000-00005be9c4d2/habitus_u_feld.pdf Aufruf 16.12.2016
- „Bateson“ in Wikipedia. http://de.wikipedia.org/wiki/Gregory_Bateson Aufruf 15.06.15
- Bauer, Nicole (2013): Das Versorgungskonzept Hebammenkreissaal zur Förderung der physiologischen Geburt in Deutschland. Schweizer Hebammenkongress 16.05.2013.
- Baumgärtner, Barbara; Stahl, Katja (2011): Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Vorsorge? Frankfurt am Main.
- Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main.
- Becker, Ruth; Kortendiek, Beate (2008): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden.
- „begleiten“ in Duden-Online. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/begleiten> Aufruf 10.11.2015
- Behrendt, Peter (2014): Erfolgsfaktoren im personenzentrierten Coaching. Köln. S. 64 - 68 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45. Jahrgang (02). Köln
- Belardi, Nando (1992): Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Techn. Univ., Habil.-Schr.--Berlin, 1992. Paderborn.
- Bengel, Jürgen; Lyssenko, Lisa (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. BZgA Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 43. Köln.
- Berg, Charles; Milmeister, Marianne (2008): Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodierverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* Volume 9, No. 2, Art. 13, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802138> Aufruf 16.12.2016
- Bergmann, Jörg; Luckmann, Thomas (Hr.) (1999): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 1: Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation. Mannheim. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2013/pdf/moral.pdf> Aufruf 16.12.2016
- Bernhard, Stefan (2014): Identitätskonstruktion in narrativen Interviews. Ein Operationalisierungsvorschlag im Anschluss an die relationale Netzwerktheorie. Ein Operationalisierungsvorschlag im Anschluss an die relationale Netzwerktheorie [42 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(3), Art. 1, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs140311> Aufruf 16.12.2016

Bertelsmann Stiftung (2012): Studie: Kaiserschnittraten. Bielefeld. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/faktencheck-gesundheit/projektnachrichten/kaiserschnittraten/> Aufruf 10.11.2015

Bertelsmann Stiftung (2015): Studie: Überversorgung in der Schwangerschaft. Bielefeld. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/juli/ueberversorgung-in-der-schwangerschaft/> Aufruf 10.11.2015

Bethmann, Stephanie; Helfferich, Cornelia; Hoffmann, Heiko; Niermann, Debora (Hg.) (2012): Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit. Die Analyse von Handlungsfähigkeit und Handlungsmacht in qualitativer Sozialforschung. Weinheim.

Bien, Peter (2005): Wie wäre es gebildet zu sein? Festrede. Bern.

Blanke, Bernhard; Plass, Stefan; Spitzer, Malte (1998): Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen.

Blättner, Beate (1998): Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von Kursleiterinnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Hg. v. Schriftenreihe Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn.

Blättner, Beate (2011): Gesundheitsbildung. S. 129 – 132 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

BMG - Referentenentwurf 10/2014 (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Präventionsgesetz - PräG, Berlin. http://www.dgsm.de/files/stellungnahmen/141020_PraevG_Referentenentwurf.pdf Aufruf 16.12.2016

Bock, Karin; Miethe, Ingrid (Hg.) (2010): Handbuch qualitative Methoden in der sozialen Arbeit. Opladen, Farmington Hills.

Bock, Ulla; Landweer, Hilge. (1994): Frauenforschungsprofessuren; Marginalisierung, Integration oder Transformation im Kanon der Wissenschaften. In: *Feministische Studien* 12 (1). 99- 109

Boeckh, Albrecht (2014): Die Gestalttherapie. In: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14), S. 168–177. Köln.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2005): Das Experteninterview, Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden.

Bohnsack, R. u.a. (2001): Qualitative Sozialforschung. Band 5. Opladen.

Bohnsack, Ralf (2008): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. 2., überarb. Aufl. Opladen

Bohnsack, Ralf (2010): Dokumentarische Methode. S. 247 – 268 in: Bock, Karin; Miethe, Ingrid

(Hg.): Handbuch Qualitativer Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen.

Bohnsack, Ralf (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3. aktual. Aufl. Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.) (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden

Bohnsack, Ralf; Schäffer, Burkhard (2013): Exemplarische Textinterpretation: Diskursorganisation und dokumentarische Methode. S. 331 – 346 in: Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf (2014): Habitus, Norm und Identität. S. 33 – 35 in: Werner Helsper, Rolf-Torsten Kramer und Sven Thiersch: (Hg.): Schülerhabitus. Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Anpassung. Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf; Pfaff, Nicole: Die Dokumentarische Methode: Interpretation von Gruppendiskussionen und Interviews. Unterlagen aus der Forschungswerkstatt an der Universität Duisburg/Essen.

Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke (2015): Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen – zur Reifikation soziologischer Kategorien. S. 83 – 103 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Bourdieu, Pierre; Schwibs, Bernd; Russer, Achim (1992): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 5. Aufl. Frankfurt am Main.

Bourdieu, Pierre (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg.

Bourdieu, Pierre (1992): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main.

Bourdieu, Pierre (1993): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main.

Bourdieu, Pierre (1993): Soziologische Fragen. Frankfurt am Main.

Bourdieu, Pierre (1996): Die Praxis der reflexiven Anthropologie. S. 251 - 294 in: Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic D. J. (Hg.): Reflexive Anthropologie. Frankfurt am Main.

Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic D. J. (1996): Die Ziele der reflexiven Soziologie. S. 95 – 250 in: Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic D. J. (Hg.): Reflexive Anthropologie. Frankfurt am Main.

Bourdieu, Pierre (1997): Zur Genese des Begriffes Habitus und Feld. S. 59 – 78 in: Der Tote packt den Lebenden. Hamburg.

Bourdieu, Pierre (2004): Ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital. In: *Theorien der Sozialisation : Erläuterungen, Texte, Arbeitsaufgaben*, S. 217 – 231.

- Bourdieu, Pierre (2005): Die männliche Herrschaft. 1. Aufl. Frankfurt am Main.
- Bowlby, John (2014): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. Unter Mitarbeit von Axel Hillig und Helene Hanf. 3. Aufl. München.
- Brake, Anna; Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea (Hg.) (2010): Empirisch Arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen. 1. Aufl. Weinheim.
- Breuer, Franz (2010): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. 2. Aufl. Wiesbaden.
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Aufl. Stuttgart.
- Bröckling, Ulrich (2003): Menschenökonomie und Humankapital. Eine Kritik der biopolitischen Ökonomie. Hamburg. <http://www.eurozine.com/articles/2003-03-28-broeckling-de.html> Aufruf 16.12.2016
- Bröckling, Ulrich (2013): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. 1. Aufl. Frankfurt am Main.
- Brungs, Alexander (2008): Klassische Emotionstheorien. Von Platon bis Wittgenstein. Hg. v. Hilge Landweer und Ursula Renz. Berlin u.a.
- Brunner, Alexander (2013): Normalisierung als Diskurs der entstehenden Fürsorge in Österreich 1900 - 1935. Wien. <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/286/477.pdf> Aufruf 16.12.2016
- Bundesamt, Statistisches (2013): Daten zu Geburten, Kinderlosigkeit und Familien 2012. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Aktuell.html> Aufruf 16.12.2016
- Bundesamt, Statistisches (2013): Geburtenentwicklung und Familiensituation in Deutschland 2012. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Aktuell.html> Aufruf 16.12.2016
- Bundesgesundheitsblatt Nr. 10/2016 – Schwerpunktheft Frühe Hilfen (2016): Frühe Hilfen in Deutschland – Chancen und Herausforderungen. Berlin. <http://www.fruehehilfen.de/index.php?id=1743> Aufruf 16.12.2016
- Bundesinitiative Frühe Hilfen - Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2012): Materialien zu Frühe Hilfen 5. Expertise Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. Köln.
- Bundesinitiative Frühe Hilfen, Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen. Köln.

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf Aufruf 10.10.2015

Bundesinitiative Frühe Hilfen - Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) (2013): Der Einsatz von Familienhebammen im Netzwerk früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Köln.

Bundesinitiative Frühe Hilfen - Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln.

Bundesinitiative Frühe Hilfen – Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2014): Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) vom 09.07.2014. Köln. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/BI_Familienhebammen_Mindestanforderungen_20150318.pdf Aufruf 10.10.2015

Bundesinitiative Frühe Hilfen - Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) (2014): Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirates. Köln.

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2014): Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln.

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2015): Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014 des NZFH mit Stellungnahme der Bundesregierung (2015). Köln. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/fruehe-hilfen-zwischenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> Aufruf 05.2015

Bundeskongress Gender und Gesundheit (2014): Dokumentation 2. Bundeskongress Gender und Gesundheit 12. - 13. März 2014. Berlin. Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung. Berlin. <https://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/kongress-2014/> Aufruf 16.12.2016

Bundeskongress Gender und Gesundheit (2016): Dokumentation 4. Bundeskongress Gender und Gesundheit 13. - 14. Mai 2016. Berlin. <https://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/>. Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz: SGB V Gesetzliche Krankenversicherung § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung und § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung, http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html Aufruf 12.11.2015

Bundesministerium der Justiz und für Service des Bundesministeriums für Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (1985 zuletzt geändert 2014): Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger. Hebammengesetz - HebG. Berlin. https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris

GmbH (1981): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV). Berlin. <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebapro/gesamt.pdf> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2013): Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. *Berichte der Bundesregierung* 2013. Berlin. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Berufsbildungsbericht 2014. mit Beschluss des Bundeskabinetts zum Berufsbildungsbericht 2014. Bonn. <http://www.wib-potsdam.de/wp-content/uploads/2015/03/BerufsBildBer2014.pdf> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2016): Berufsbildungsbericht 2016. Bonn. https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2016.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Bildung und Forschung; Kultusministerkonferenz: Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Internetportal. <http://www.dqr.de:8002/> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2016): Deutschland, wie es isst. BEMEL Ernährungsreport 2016. Hg. v. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Berlin. http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/Ernaehrungsreport2016.pdf?__blob=publicationFile Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. 7. Familienbericht. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/blob/76276/40b5b103e693dacd4c014648d906aa99/7--familienbericht-data.pdf> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Dossier Wohlergehen von Familien. Berlin, Düsseldorf. <https://www.bmfsfj.de/blob/93570/fa08708b6de88feac28a2593dbd08031/dossier-wohlergehen-von-familien-data.pdf> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Familienreport 2014. Leistungen, Wirkungen, Trends. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/blob/93784/e1e3be71bd501521ba2c2a3da2dca8bc/familienreport-2014-data.pdf> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Ich bin schwanger. Hilfen der Bundesstiftung Mutter und Kind. Zeitbild Medical. Hg. v. Bundesstiftung Mutter und Kind. München.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Bürgerdialog „Gut leben in Deutschland“. Aufruf des

Gesundheitsministeriums. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. https://buergerdialog.gut-leben-in-deutschland.de/DE/Home/home_node Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Modellklausel Hebammengesetz. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemittelungen/2016/3-quartal-2016/modellvorhaben-gesundheitsberufe.html> Aufruf 16.12.2016

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf Aufruf 23.02.2017

Bundesministerium für Gesundheit (im Bundestag 1. Lesung 20.03.15, verabschiedet 18.06.15): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Präventionsgesetz -PrävG. Berlin. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html> Aufruf 16.12.2016

Bundesrahmenempfehlungen der nationalen Präventionskonferenz nach § 20d, Abs. 3 SGB V verabschiedet 19.02.2016. Berlin. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). verabschiedet am 09.04.2013 auf der Mitgliederversammlung in Berlin. http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_prinzipien_guter_praevention_und_gesundheitsfoerderung.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2014): Potential Gesundheit. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG). Kurzfassung. Hg. v. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/potential_gesundheit_bvpg.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2014): Potenzial Gesundheit. Strategien zur Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Langfassung. Hg. v. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Bonn. http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_potenzial_gesundheit_2013_langfassung.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2014): Stellungnahme der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Bonn. http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/stellungnahmen/bvpg-stellungnahme_gesetzsentwurf_praeventionsgesetz_16042015.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2016): Zeitschriften zum Themenfeld „Prävention und Gesundheitsförderung“. Liste der deutschsprachigen Zeitschriften 07/2016. Hg. v. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Köln. http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/ah_bilder/tabelle_zeitschriften.pdf Aufruf 16.12.2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011. Köln. auch <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> Aufruf 16.12.2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.) (2014): Neuroscience - Beiträge der Neurowissenschaften für Prävention und Gesundheitskommunikation. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.) (2014): Konzepte 5 Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen - Professionelle Standards - Akkreditierung. *Reihe Konzepte* 2014 (5). Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2015): Gesund leben in der Schwangerschaft. [familienplanung.de](http://www.familienplanung.de). Köln. <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/gesund-heit-und-ernaehrung/gesund-leben/> Aufruf 16.12.2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA; Nationales Zentrum Frühe Hilfen; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Deutsches Jugendinstitut (Hg.) (2013): Interventions- und Präventionsmassnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. *Materialien zu Frühen Hilfen I* 2009 (Expertise 1). Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA; Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Deutsches Jugendinstitut (Hg.) (2013): Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Dialogische Qualitätsentwicklung im kommunalen Kinderschutz. *Praxisleitfaden* 2013 (5). Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA; Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Deutsches Jugendinstitut (Hg.) (2013): Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz in Deutschland. Analyse der nationalen und internationalen Diskussion - Vorschläge für Qualitätsindikatoren 2013 (6). Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hg.): Gesund aufwachsen für alle Kinder - Werkbuch Präventionsketten. Herausforderung und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen 2013. Hannover.

Buschle, Christina; Tippelt, Rudolf (2012): Multiprofessionalität, Diversifizierung und Höherqualifizierung als Herausforderung pädagogischer Professionalität. S.189 – 209 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung – Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Busse, Stefan (2015): Coaching als Dienstleistung? Stolpersteine beim Verständnis einer professionalisierungsbedürftigen Beratungsleistung. Eine Replik auf den Beitrag von Wolfgang Loos. In: *Positionen - Beiträge zur Beratung der Arbeitswelt* (3). Köln.

Busse, Stephan, Haubl, Rolf; Möller, Heidi; Schiersmann, Christiane (Hg.) (2015): Uwe Böning: Milieu: eine neue Kategorie im Coaching! *Positionen - Beiträge zur Beratung in der Arbeitswelt* (02). Köln.

BZgA; Bundesministerium für Gesundheit (2016): Frauengesundheitskonferenz 2016. Köln. <https://www.frauengesundheitsportal.de/konferenzen/frauengesundheitskonferenz-2016/> Aufruf 16.12.2016

Christof, Eveline (2004): Das Interview zur Anregung von Selbstaufklärung. In: *Der pädagogische Blick* 12. Jg. (4). Weinheim.

Christof, Eveline (2009): Das pädagogisch reflexive Interview. Bildungsprozessen auf der Spur. In: *Magazin erwachsenenbildung.at* (7/8). Wien. http://erwachsenenbildung.at/magazin/09-7u8/meb09-7u8_11_christof.pdf Aufruf 16.12.2016

Christof, Eveline; Forster, Edgard u.a.(2005): Feministische Bildungsarbeit - Leben und Arbeiten zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Opladen.

Comelli, Gerhard; Jeserich, Wolfgang (1985): Training als Beitrag zur Organisationsentwicklung. München [u.a.].

Dausien, Bettina; Hanses, Andreas; Inowlocke, Lena; Riemann, Gerhard (2008): Die Analyse, Selbstreflexion und Gestaltung professioneller Arbeit als Gegenstand der Biografieforschung und anderer interpretativer Zugänge. Eine Einführung in den Themenschwerpunkt. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 61. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801615> Aufruf 16.12.2016

Deloch, Heinke; Feuerstein, Heinz-Joachim (2013): Erlebnisbezogenes Concept Coaching (ECC) - vielfältige Anwendung in der Praxis. Die Entwicklung eigenständiger Konzepte und innovativer Zusammenarbeit gezielt unterstützen. S. 35 – 43 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 44. Jahrgang (01). Köln.

Demmer, Christine (2016): Interviewen als involviertes Spüren. Der Leib als Erkenntnisorgan im biografieanalytischen Forschungsprozess. Hg. v. Forum: Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research, 17 (1), Art. 13, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1601139> Aufruf 16.12.2016

Demmerling, Christoph; Landweer, Hilge (2007): Philosophie der Gefühle. Von Achtung bis Zorn. Stuttgart.

Deppermann, Arnulf (2013): Interview als Text versus Interview als Interaktion. In *Forum: Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 14(3), Art. 13, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1303131> Aufruf 16.12.2016

Der Paritätische - Gesamtverband (2016): Zeit zu handeln - Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Hg. v. Der Paritätische - Gesamtverband. Berlin. http://www.der-paritaetische.de/uploads/media/ab2016_komplett_web.pdf Aufruf 16.12.2016

Derichs-Kunstmann, Karin (2001): Lernen Frauen anders? Empirische Befunde zur Inszenierung des Geschlechterverhältnisses in Lernsituationen. Hg. v. GeQuaB-Arbeitsmaterialien Nr. 1.

Derichs-Kunstmann, Karin (2009): Gender-Kompetenz für die Bildungsarbeit. Recklinghausen.

Derichs-Kunstmann, Karin; Müthing, Brigitte (1993): Frauen lernen anders. Theorie und Praxis der Weiterbildung für Frauen : Dokumentation der Fachtagung am 15./16. Juni 1992 in Recklinghausen. Bielefeld.

Destatis, Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit. Personal 2000 - 2014. Fachserie 12 Reihe 7.3.2. Hg. v. Statistisches Bundesamt Destatis. Wiesbaden.

Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. (2012): Qualitätsmerkmale guter Beratung. Stellungnahme des Vorstandes. Köln. http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/Qualitaetsmerkmale_guter_Beratung_Stellungnahme_des_DGfB-Vorstandes.pdf Aufruf 16.12.2016

Deutsche Gesellschaft für Supervision DGSv (2015): Internetseite des Verbandes. Köln. <http://www.dgsv.de/> Aufruf 15.11.2015

Deutscher Hebammenverband (2004, letzte Überarbeitung 2015): Kriterienkatalog für die praktische Hebammenausbildung im klinischen Bereich. Karlsruhe. https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&t=1487773116&hash=d2adde110c665e8ca83d1d4c8b2133422ef8b947&file=fileadmin/user_upload/pdf/Beruf_Hebamme/2015-8__Kriterienkatalog_fuer_die_praktische_Hebammenausbildung_im_klinischen_Bereich-logo.pdf Aufruf 16.12.2012

Deutscher Hebammenverband (2008): Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung, Kassel

Deutscher Hebammenverband (2011): Leitbild des Deutschen Hebammenverbandes. Selbstverständnis, Ziele, ethische Grundsätze. Karlsruhe. http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/Leitbild_des_DHV_18032001-3-1.pdf Aufruf 16.12.2016

Deutscher Hebammenverband (2014): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenkasse. Karlsruhe. https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&t=1489855454&hash=11302da0b0c527f0e53dcecafdae8489760afc98&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2014-11-04_Stellungnahme_DHV_Referentenentwurf_GKV_SVG.pdf Aufruf 16.12.2016

Deutscher Hebammenverband e.V. (2015): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz –PrävG). Karlsruhe. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemittelungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf Aufruf 16.12.2016

Deutscher Hebammenverband (Hg.) (2016): Hebammenkongress 2016 - Dokumentation. Karlsruhe. <https://www.hebammenverband.de/hebammenkongress/xiv-hebammenkongress/>. Aufruf 16.12.2016

Deutscher Hebammenverband, Picker Institut Deutschland (2016): Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015 + Eckpunktepapier für gute Geburtshilfe in Kliniken. Hg. v. Deutscher Hebammenverband. Karlsruhe. https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1489772897&hash=1b694d-2ca8ca0a3e35342aae52dbe2db356e59fa&file=fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelles/20160201_Ergebnisse_der_repraesentativen_Umfrage_unter_Hebammen_in_Kliniken.pdf Aufruf 16.12.2016

Deutscher Hebammenverband: Petition zum Welthebammentag 2010, <https://www.hebammenverband.de/e-petition/> Aufruf 16.11.2016

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (Hg.) (2014): Forschende Praxis als Hebammenkunst. Abstractband der 2. Internationalen Fachtagung am 21.02.2014 in Kassel. Forschende Praxis als Hebammenkunst. Kassel, 21.02.2012. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. 1 Band. Kassel.

Deutscher Qualifikationsrahmen lebenslanges Lernen DQR, www.dqr.de Aufruf 01.07.15

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen DVSG (2015 - 02): Qualitätskonzept gesundheitsbezogener Sozialarbeit. Berlin.

DGfB (2010): Essentials einer Weiterbildung Beratung /Counseling. Köln. <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/weiterbildungsstandards.pdf> Aufruf 16.12.2016

DGfB (?): Beratungsverständnis. Köln. <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/Beratung.pdf> Aufruf 16.12.2016

DGSv (2012): Ein Qualitätsrahmen für Supervision und Beratung. Köln. http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2012/01/qualitaetsrahmen_fuer_supervision.pdf Aufruf 16.12.2016

Die Volkshochschulen (2008): Bildung für Gesundheit. Gemeinsam Zukunft gestalten. Bonn. https://www.vhs-bw.de/abteilung/gesundheitsbildung/bildung-fuer-gesundheit/bildung_fuer_gesundheit_2008.pdf Aufruf 16.12.2016

„DIN Norm“ in Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/DIN-Norm> Aufruf, 12.11.15

DIN ISO 9001 vgl. <http://www.tuev-sued.de/management-systeme/iso-9001> Aufruf 12.11.15

Dittrich, Marianne (2013): Überlebenschancen der freiberuflichen Geburtshilfe. Eine Fallstudie zur Arbeitsbelastung von Selbstständigen Hebammen. Masterarbeit im Masterstudiengang: „Mehrdimensionale Organisationsberatung (MDO) Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung“. Fachbereich: Humanwissenschaften der Universität Kassel. Kassel.

Dittrich, Marianne (2016): Psychosoziale Arbeitsbelastungen von Hebammen. Eine exploratori-

sche Faktorenanalyse. Kurzfassung als Ausschnitt der Bachelorarbeit im Studienfach Psychologie der Universität Kassel. Kassel.

DJI Impulse - Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts (2014): Gemeinsam leben. Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts. Wie sich Lebens- und Familienformen verändern. München (4/2014). http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bulletin/d_bull_d/bull108_d/DJI_4_14_Web.pdf. Aufruf 16.12.2016

Dlugosch, Gabriele E.; Dahl, Christina (2012): Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – Eine Projektdokumentation. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 39. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln.

Döbler, Marie-Kristin (2016): Allein und doch nicht einsam? Diskursivierung und subjektiver Erleben von Nicht-Präsenz in Paarbeziehungen. Poster: Grafik zu Methoden und Daten Triangulation. Hg. v. Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung. Berlin. http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/poster/poster_2016/13_BMT2016_doebler.pdf Aufruf 16.12.2016

Dörr, Margret (2010): Erinnerung als biografische Wissensressource, S. 35 – 52 in: Hauptert, Berhard; Schilling, Sigrid; Maurer, Susanne (Hg.): Biografiearbeit und Biografieforschung in der sozialen Arbeit – Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern.

Donauer, Sabine (2015): Faktor Freude. Wie die Wirtschaft Arbeitsgefühle erzeugt. Hamburg.

Döring, Nicola (2014): Gesundheitsinformation 2.0 - was Frauen wollen. Vortrag beim Frauengesundheitskongress 2014. Köln. <https://www.frauengesundheitsportal.de/pdf.php?id=21fff8de-88eca46e9ed35ff8cc8325a8> Aufruf 16.12.2016

Dörre, Klaus; Fuchs, Tanja (2006): Prekarität und soziale (De-)Integration. Hg. v. trend onlinezeitung. <http://www.trend.infopartisan.net/trd0406/t380406.html>. Aufruf 16.12.2016

„Dokumentarische Methode“. Downloads der Universität Bielefeld. Aufruf 16.12.2016

Gruppendiskussion und Dokumentarische Methode.

<https://pub.uni-bielefeld.de/download/2306643/2306653>

Dokumentarische Interpretation der Gruppendiskussion.

<https://pub.uni-bielefeld.de/download/2303599/2303609>

Gruppendiskussion und Dokumentarische Methode als Erhebungs- und Interpretationsverfahren.

<https://pub.uni-bielefeld.de/download/2303599/2303607>

DQR (2011): Deutscher Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen. verabschiedet vom Arbeitskreis Qualitätsrahmen (AK DQR). http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf. Aufruf 16.12.2016

Dreit, Karolina; Schumacher, Nina; Abraham, Anke; Maurer, Susanne (Hg.) (2016): Ambivalenzen der Normativität in kritisch-feministischer Wissenschaft. Sulzbach (Taunus).

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch-Transkription. Marburg. http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf Aufruf 16.12.2016

Dresing, Thorsten u.a. (2016): Rezension Susanne Fuß & Ute Karbach (2014): Grundlagen der Transkription. Eine Einführung, Opladen, Toronto. Forum: Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research 17 (2), Art. 21, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1602217> Aufruf 16.12.2016

Duden, Barbara (2007): Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Neuauf. Frankfurt am Main.

Duden, Barbara (1998): Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. S. 149 – 168 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Duden, Barbara; Samerski, Silja; Vogeler, Kirsten (2014): Die gesichtslose Patientin. Wie Menschen hinter Daten verschwinden. 1., Aufl. Frankfurt am Main.

EC Vision (2015): Ein Europäisches Kompetenzprofil für Supervision und Coaching. Wien. http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2015/05/ecvision_kompetenzprofil.pdf Aufruf 16.12.2016

Egger, Josef W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Hg. v. Psychologische Medizin. 16. Jahrgang Nr. 2 (S. 3 - 12). http://www.bpsmed.net/_data/doc/literature/1Egger_bpsMod05.pdf Aufruf 16.12.2016

Egger, Josef W. (2010): Gesundheit. Aspekte eines komplexen biopsychosozialen Konstrukts und seiner Korrelation zu Optimismus und Glückserleben. Hg. v. Psychologische Medizin. 21. Jahrgang Nr. 1. Wien. S. 38 - 48. http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10227278_2172212/80d3abed/Egger_Gesundheit.pdf Aufruf 16.12.2016

Ellert, U.; Kurth, B. M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. Berlin, Heidelberg.

Emde, Sina; Gebauer, Gunter; Hanich, Julian; Haselstein, Ulla; Herbrink, Regine; Jacobs, Arthur M. et al. (2014): Sprachen der Emotion. Kultur, Kunst, Gesellschaft. Frankfurt am Main.

Enquete-Kommission Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität des Bundestages (2013): Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität - Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der sozialen Marktwirtschaft. Schlussbericht der Enquete-Kommission. Drucksache des Bundestages 17/13300 vom 03.05.2013. Hg. v. Bundestag. Berlin.

Ernst, Sheila; Goodison, Lucy (© 1982): Selbsthilfe-Therapie. E. Handbuch für Frauen. 1. Aufl. München.

„Facilitator“ in Wörterbuch Englisch-Deutsch. www.dict.cc Aufruf 16.12.2016

Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnitt (2011): Kaiserschnittgeburten in Deutschland: starker Anstieg, regionale Unterschiede. Unter Mitarbeit von Prof. Petra Kolip, Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit IGES-Institut Berlin. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/> Aufruf 16.12.2016

Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften und Forum Sozialwissenschaften (2016): Kritische Soziale Arbeit im globalen Kontext. Dokumentation einer Fachtagung an der OTH Regensburg. Ostbayrische Technische Hochschule Regensburg. Regensburg. <https://www.oth-regensburg.de/fileadmin/media/fakultaeten/s/forschung/Tagungsdoku-KRISA-final.pdf> Aufruf 16.12.2016

Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld,
http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/fakultaet/3_was_sind_html Aufruf 30.04.15

Faller, Gudrun (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern.

Fangauf, Ulrike (2015): Psychodrama. S. 18 - 24 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46 (1). Köln

Fatzer, Gerhard (2005): Ein Handbuch. 11. Aufl. Bergisch Gladbach.

Faulstich, Peter; Tymister, Hans Josef (2002): Lernfälle Erwachsener. Wie erfolgreiches Lernen zu lernen ist. Augsburg.

Faulstich, Peter, u.a. (2005): Lernwiderstand - Lernumgebung - Lernberatung. Empirische Fundierungen zum selbstgesteuerten Lernen. Hg. v. Schriftenreihe Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bielefeld.

Felden, Heide von; Schäffter, Ortfried; Schicke, Hildegard (Hg.) (2014): Denken in Übergängen. Weiterbildung in transitorischen Lebenslagen. Aufl. 2014. Wiesbaden.

Fellermann, Jörg (2013): Handwerk als Sinnbild? Was sind Supervisor/innen? Dienstleister? Künstler? Handwerker? Fürs letztere spricht der rege Gebrauch von „handwerklichen Sprachbildern. Dagegen spricht aber auch einiges. S. 7 – 8 in: *Journal Supervision - DGSv* (01). Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Kompetenzorientiertes Arbeiten in der Qualifizierung. von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Methodensammlung. Qualifikationsmodul für Familien-Hebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderpflegerinnen und Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Aufgaben und Rolle klären. Qualifizierungsmodul 1 für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Vernetzt Arbeiten. Qualifizierungsmodul 2 für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Ressourcenorientiert mit Familien arbeiten. Qualifizierungsmodul 3 für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Gespräche mit Familien führen + Arbeitsblatt: Selbsteinschätzung zum Kommunikationsverhalten. Qualifizierungsmodul 4 für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Entwicklung begleiten + Arbeitsblatt Entwicklungsverzögerung erkennen. Qualifizierungsmodul 6 für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und -Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2015): Eltern-Kind-Interaktionen begleiten + Arbeitsblätter zur Beobachtung der wechselseitigen Bezogenheit in der Eltern-Kind-Interaktion. Qualifizierungsmodul 7 für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2016): Lebenswelt Familie verstehen. Qualifizierungsmodul 8 + Arbeitsblätter. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Felsenweg-Institut der Kai Kübel Stiftung (2016): Mit möglichen Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung umgehen. Qualifikationsmodul 9 für Familien-Hebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderpflegerinnen und Pfleger. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Fischer, Margret (2014): Wirkung von Personenzentriertem Coaching auf die Führungskommunikation. Eine Untersuchung des Einsatzes von externem Coaching zur Verbesserung der Führungskommunikation in Unternehmen. S. 30 - 37 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45. Jahrgang (01). Köln.

Fleig, Anne (Hg.) (2014): Die Zukunft von Gender. Begriff und Zeitdiagnose. Unter Mitarbeit von Rita Casale, Anne Fleig, Sabine Hark, Cornelia Klinger, Hilge Landweer, Angela McRobbie et al. 1. Aufl., neue Ausg. Frankfurt am Main.

Flick, Uwe (Hg.) (1991): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München.

Flick, Uwe (1995): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg.

- Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg. Reinbek bei Hamburg.
- Flick, Uwe (2009): Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/qualitative_sozial_bildungsforschung/Medien/methodenangemessene_gutekriterien_in_der_qualitativ-interpretativen.pdf Aufruf 16.12.2016
- Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden.
- Franke, Alexa; Witte, Maria-Brigitta (2009): Das HEDE-Training®. Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese. Bern. auch: http://s514319074.online.de/pfiff2/images/stories/projektpartner/themen/pfiff2_webseite_%20salutogenese_hede-training.pdf Aufruf 16.12.2016
- Franke, Alexa (2011): Salutogenetische Perspektive. S. 487 – 490 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.
- Frauenservice Graz (2016): Wo Feminismus und Erwachsenenbildung an einem Strang ziehen. Hg. v. EPALE E-Plattform für Erwachsenenbildung in Europa.
- Freitag-Becker, Edeltrud (2016): Lehrsupervision im Fokus. Göttingen.
- Frenzel-Sottong, Karolina; Wunsch, Marianne (2012): „Ich will eine andere Mutter sein!“ - Neukonstruktion der „guten Mutter“ nach 1970 im Spiegel biografischen Erzählens. Christian-Albrechts-Universität, Kiel, Kiel. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:8-diss-102610> Aufruf 16.12.2016
- Frese, Jürgen; Bauschulte, Manfred; Krech, Volkhard; Landweer, Hilge (1999): „Wege, Bilder, Spiele“. Festschrift zum 60. Geburtstag von Jürgen Frese. Bielefeld.
- Friebel, Harry (2007): Familiengründung als Sollbruchstelle? Interaktion von Elternschaft und Weiterbildungsteilnahme. Hg. v. DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung. Bielefeld.
- Friebertshäuser, Barbara; Rieger-Ladich, Markus; Wigger, Lothar (2009): Reflexive Erziehungswissenschaft. Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourdieu. 2., durgesehene und erw. Aufl. Wiesbaden.
- Friebertshäuser, Barbara (2012): Feld und Theorie. Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie. Leverkusen.
- Friebertshäuser, Barbara (2016): Vortrag im Rahmen der Summerschool 2016 der Universität Köln. Köln
- Friedrich, Monika; Remberg, Annette (2005): Wenn Teenager Eltern werden... Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendliche Paare mit Kind ; eine qualitative Studie im Auftrag der BZgA. Stand: März 2005. Köln.
- Friedrichs, Jürgen (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Aufl. Opladen.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Nentwig-Gesemann, Iris; Pietsch, Stefanie (2011): Kompetenzorientierung in der Qualifizierung frühpädagogischer Fachkräfte. Expertise 10. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogischer Fachkräfte. Hg. v. Deutsches Jugendinstitut. München. http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF_Expertise_Nr_19_Froehlich_Gildhoff_ua_Internet_PDF.pdf Aufruf 16.12.2016

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönnau-Böse, Maike (c 2014): Resilienz. 3., aktualisierte Aufl. München, Basel.

Frühmann, Renate (1985): Frauen und Therapie. Paderborn.

Fuchs, Thomas (2015): Körper haben oder Leib sein. S. 147 – 153 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. (03). Köln.

Fuchs-Heinritz; König, Alexandra (Hg.) (2003): Pierre Bourdieu - Einführung in das Werk. Fernuniversität Hagen Lehrgebiet: Soziologie III der Fernuniversität Hagen.. Hagen.

Fuhs, Burkhard (2007): Qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft. In: *Qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft*. Darmstadt.

Fuß, Susanne; Karbach, Ute (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen [u.a.].

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hg.) (2012): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. 1. Aufl. Bonn..

Gaskin, Ina May; Eddaoudi, Jacqueline (2013): Birth matters - die Kraft der Geburt. Ein Hebammenmanifest. Murnau.

Gebel, Tobias u.a. (2015): Verboten ist, was nicht ausdrücklich erlaubt ist: Datenschutz in qualitativen Interviews. Hg. v. Forum: Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research, 16 (2), Art. 27, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1502279> Aufruf 18.12.2016

Gebrande, Johanna (2011): Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) im Lichte fach- und bildungspolitischer Stellungnahmen. Expertise Nr. 17. Hg. v. Weiterbildungsinitiative. München. http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF_Expertise_Nr_17_Johanna_Gebrande_Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen.pdf Aufruf 18.12.2016

Geene, Raimund (2005): Strategien und Erfahrungen, mehr Gesundheit für alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für sozillagenbezogene Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Bremerhaven.

Geene, Raimund (2016): Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen. Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil Früher Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.

Geissler, Birgit; Oechsle, Mechthild (1996): Lebensplanung junger Frauen. Zur widersprüchlichen Modernisierung weiblicher Lebensläufe. <http://www.universitaet-bielefeld.de/soz/we/arbeit/geissler/weibl-lebensfuehr.pdf>. auch <http://www.bpb.de/apuz/25497/die-modernisierung-weibli>

cher-lebenslagen?p=all Aufruf 16.12.2016

Geißler, Peter (Hg.) (2001): Über den Körper zur Sexualität finden. Gießen.

„Gelüste“ in Duden-Online. www.duden.de Aufruf 16.06.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA: Internetseite. <https://www.g-ba.de/> Aufruf 12.11.2015

Gemeinsamer Bundesausschuss (1986, letzte Änderung 2016): Mutterschaftsrichtlinien. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_2016-07-20.pdf Aufruf 18.12.2016

Germing, Cathrin; Schäfer, Gerhard (2014): Empathie in Bildungsinstitutionen? Ein Gedankenpiel. S. 158 – 161 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14). Köln.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. <http://www.quag.de/> Aufruf 18.12.2016

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hg.) (2014): Qualitätsbericht 2013. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2013.pdf Aufruf 18.12.2016

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hg.) (2016): Qualitätsbericht 2014. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2014.pdf Aufruf 18.12.2016

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG) vom 04.09.1985 zuletzt geändert 18.04.2016. https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf Aufruf 18.12.2016

Gesetzentwurf der Bundesregierung (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Präventionsgesetz - PräVG. Berlin. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf> Aufruf 18.12.2016

„gesund“ in Duden-Online. <http://www.duden.de> Aufruf 30.04.2015

„gesund leben lernen“ in Duden-Online. <http://www.duden.de> Aufruf 30.04.2015

„gesund leben lernen“ in Google. www.google.de Aufruf 08.06.2015

„Gesundheit“ in Wikipedia. <http://www.wikipedia.de> Aufruf 30.04.2015

Gesundheit Berlin e.V.: Fokusgruppen. Partizipative Qualitätsentwicklung, Methodenkoffer. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer.html> Aufruf 18.12.2016

Gesundheit Berlin e.V.: Partizipative Qualitätsentwicklung. In der Gesundheitsförderung bei so-

zial Benachteiligten. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/> Aufruf 18.12.2016

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Robert Koch Institut. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile Aufruf 16.12.2016

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Robert Koch Institut. Berlin. http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2012_Gesamtausgabe.pdf. oder http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=15289 Aufruf 18.12.2016

Gieseke, Wiltrud; u.a. (1995): Erwachsenenbildung als Frauenbildung. Hg. v. Schriftenreihe Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn.

Gieseke, Wiltrud (2009): Lebenslanges Lernen und Emotionen. Wirkungen von Emotionen auf Bildungsprozesse aus beziehungstheoretischer Perspektive. Bielefeld.

Gieseke, Wiltrud (2012): Emotionen als beziehungsstiftender Wirkungszusammenhang für lebenslanges Lernen. S. 59 – 80 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg (2012): Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold. Bielefeld.

GKV Spitzenverband (2015): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V. vom 21.6.2000 in der Fassung vom 10.12.2014. Hg. v. GKV Spitzenverband und in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf Aufruf 18.12.2016

GKV Spitzenverband; Deutsche Unfallversicherung, Deutsche Rentenversicherung (2016): Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Hg. v. Nationale Präventionskonferenz. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf. Aufruf 18.12.2016

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden.

Glinka, Hans-Jürgen (2003): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. 2. Aufl. Weinheim u.a.

Glöckler, Ulrich (2011): Soziale Arbeit als Ermöglichung. „Agency“-Perspektiven und Ressourcen des Gelingens. Wiesbaden

- Goethe Universität Frankfurt (2006?): Fokusgruppen - Einführung. Selbstlernmodul. Hg. v. Lernbar. Frankfurt. <https://lernbar.uni-frankfurt.de/courses/1/432/course.pdf> Aufruf 18.12.2016
- Gold, Carola (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln
- Graf, Julia (Hg.) (2013): Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorie, Praxis, Perspektiven. Opladen u.a.
- Gran, Elisabeth; Küster, Ernst-Uwe; Sann, Alexandra (2012): Bestandsaufnahme frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung ; Kurzbefragung Jugendämter 2012. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln
- Grieshop, Melita (2014). Gesundheitsverhalten von Frauen nach der Geburt. Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen. repositorium.uni-osnabrueck.de/handle/urn:nbn:de:gbv:700-2014041412406. Osnabrück.
- Grieshop, Melita (2015): Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt, Literaturliste Familienhebammen. <http://www.familienhebamme.de/index.php/Literaturliste.html> Aufruf 18.12.2016
- Gröning, Katharina (2013): Trivial ist fatal! Ein kurzer Gang durch die Geschichte der Supervision. Und ein Plädoyer für ihre neue theoretische Fundierung. Unter besonderer Berücksichtigung von Wolfgang Weigands Buch „Philosophie und Handwerk der Supervision“. S. 5 – 6 in: *Journal Supervision - DGSv* (01). Köln
- Hafen, Martin (2014): Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. In: *Zeitschrift Prävention*, http://www.fen.ch/texte/mh_resilienz.pdf Aufruf 18.12.2016
- Hagemann-White, Carol (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle des Gesundheitswesens im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Hg. v. Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Hahn, Gernot; Hahn, Susanne (2012): Vom Paar zur Familie? Übergänge zur Elternschaft in post-modernen Beziehungsformen. S. 130 – 144 in: Gahleitner, Silke; Hahn, Gernot (Hrsg.): *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten*. Bonn.
- Hamm, Ingrid (2012): Starke Kinder - starke Familie. Wohlbefinden von Kindern in Städten und Gemeinden; Studie im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart.
- Harbsmeier, Martin; Möckel, Sabastian (2009): Pathos, Affekt, Emotion. Transformationen der Antike. 1. Aufl. Frankfurt am Main.
- Haubl, Rolf; Hausinger, Brigitte; Voß, Gerd Günter (2013): Riskante Arbeitswelten. Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeits-

qualität. Frankfurt am Main [u.a.].

Haug, Frigga (1972): Kritik der Rollentheorie und ihrer Anwendung in der bürgerlichen deutschen Soziologie. Orig.-Ausg. Frankfurt am Main.

Hauptert, Bernhard; Schilling, Sigrid; Maurer, Susanne (2010): Biografiearbeit und Biografieforschung in der sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-0343-0406-1> Aufruf 18.12.2016

Hausinger, Brigitte; Volk, Theresia (2013): Erneuerung statt Imagepflege. Schwerpunkt: Supervision und Coaching - Eine Sonderpublikation zum Journal Supervision 04/2013. In: *Journal Supervision - DGsv* (04). Köln.

„Hebamme“ im online-Duden. www.duden.de Aufruf 23.10.2015

„Hebamme“ in Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Hebamme> Aufruf 23.10.2015

Hebammen-Bibliothek Universität Osnabrück (2012): Sammlung Hebammenbibliothek - Bestand (02/2012). Osnabrück.

Hebammengesetz (HebG) (2016), https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf Aufruf 18.12.2016

Heisterkamp, Günter (1993): Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München.

Helfferrich, Cornelia (2001): frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Langfassung. BZgA (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 19). Köln. <http://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=655> Aufruf 18.12.2016

Helfferrich, Cornelia (2000): frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Kurzfassung. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln. www.bzga.de Aufruf 18.12.2016

Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews : [Lehrbuch]. 4. Aufl. Wiesbaden.

Helfferrich, Cornelia (2013): Frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten; eine Studie. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln.

Helfferrich, Cornelia (2013): frauenleben 3 - Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln.

Helfferrich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese; Klindworth, Heike (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Berlin.

Helfferrich, Cornelia; Heßling, Angelika; Klindworth, Heike (2010): frauen leben - Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse einer Städttestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund ; Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Köln.

Helfferrich, Cornelia; Klindworth, Heike; Kruse, Jan (2005): Männer leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung : Vertiefungsbericht ; Laufzeit: 2001-2005. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, 27). Köln.

Helle, Marc (2013): Die Gesprächstherapie nach Carl Rogers. S. 144 – 150 in *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*. Köln. https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB_3-2013_Helle.pdf Aufruf 16.12.2016

Hellwig, Christiane (2014): Theorie und Konzept des personenzentriert-integrativen Coachings (PIC). S. 75 – 83 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45. Jahrgang (02). Köln

Hellwig, Christiane (2015): Personenzentriert-integratives Coaching. S. 159 – 163 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. (03). Köln.

Helsper, Werner; Kramer, Rolf-Torsten; Thiersch, Sven (Hg.) (2014): Schülerhabitus. Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Anpassung. Wiesbaden.

Henley, Nancy M. (1989): Körperstrategien. Geschlecht, Macht und nonverbale Kommunikation. 14. - 16. Tsd. Frankfurt am Main.

Henseling, Christine; Hahn, Tobias; Nolting, Karin (2006): Die Fokusgruppen-Methode als Instrument in der Umwelt- und Nachhaltigkeitsforschung. Werkstattbericht 82. Hg. v. Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung. Berlin. https://www.izt.de/fileadmin/publikationen/IZT_WB82.pdf Aufruf 18.12.2016

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2014): Curriculum für eine Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. zum/zur Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in. 12/2014. Wiesbaden, <https://soziales.hessen.de/> Aufruf 18.12.2016

Hirschauer, Stefan; Heimerl, Birgit; Hoffmann, Anika; Hofmann, Peter (Hg.) (2014): Pränatale Sozialität. Zu einer Soziologie der Schwangerschaft. Stuttgart.

Hof, Christiane (Hg.) (2014): Pädagogik der Übergänge. Übergänge in Lebenslauf und Biografie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe. Weinheim u.a.

Höhne, Thomas (2003): Regieren oder Kontrollieren in den Wissenschaften? „führe mich sanft“ Gouvernamentalität - Anschlüsse an Michel Foucault. <http://copyriot.com/gouvernamentalitaet/pdf/fms-ebook.pdf> Aufruf 18.12.2016

Hollick, Ulrike (2015): BEBI - Begleitete eltern-Baby-Interaktion: ein personenzentriertes Kursangebot für Eltern und ihre Kinder. In: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. Jahrgang (4). Köln.

Huinink, Johannes (2014): Lebens- und Familienformen im Wandel. S. 4 - 6 in: DIJ-Impulse: Gemeinsam Leben. Das Bulletin des deutschen Jugendinstituts. München. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikationen_DJI_Impulse_Gemeinsam_Leben.pdf Aufruf 16.12.2016

Hunkeler, Monney (2011): Hebammenausbildung an Hochschulen. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband. Hg. v. Deutscher Hebammenverband. Karlsruhe.

Hurrelmann, Klaus (2001): Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialisation und Persönlichkeit. Weinheim/Basel.

Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern.

Hurrelmann, Klaus; Franzkowiak, Peter (2011): Gesundheit. S. 100 – 105 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Igl, Gerhard (2015): Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. S. 107 – 137 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Informationsdienst der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2016): KomDat. Kommentierte Daten der Kinder- & Jugendhilfe. <http://www.akjstat.tu-dortmund.de/index.php?id=397> Aufruf 18.12.2016

Informationsdienst der Deutschen Gesellschaft für Supervision - Journal Supervision Ausgabe 1 und 2 (2013): Differenzierung gefragt! (01/2013 S. 3 – 4) sowie: Differenzierer/in gefragt! (02/2013, S.3 – 4). Köln.

Institut für Wertprozessmanagement - Marketing Universität Innsbruck: Fokusgruppen. Innsbruck. https://www.uibk.ac.at/smt/marketing/files/ubik_marketing_fg.pdf Aufruf 18.1.2016

Ittner, Helmut (2016): Methodik für eine Forschung zum Standpunkt des Subjekts. Forum: Qualitative Sozialforschung/*Forum: Qualitative Social Research*, 17(2), Art. 10. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1602106> Aufruf 18.12.2016

Jahn, Ronny Markus; Tiedtke, Michael (2014): „Herzlich Willkommen.“. Auch unscheinbarste Sprechakte haben latente Bedeutungen, sagt die Objektive Hermeneutik, eine Forschungsmethode zur Sinnerschließung. Macht sie für die Supervisionspraxis Sinn? S. 3 – 4 in: *Journal Supervision - DGSv* 2014 (04). Köln.

Jost, Annemarie (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen. Stuttgart.

Jung, Caroline; Seidel, Jan u.a. (2014): Präventionsbericht 2014 - Berichtsjahr 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2013. Hg. v. MDS, GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Essen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2014_GKV_MDS_Praeventionsbericht_L.pdf Aufruf 18.12.2016

Jung, Oliver (2015): Was lange währt, wird endlich gut. Hattie-Bedingungen und die Übertragung auf den Personenzentrierten Ansatz. S. 26 - 28 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46 (1). Köln.

Jung, Tina (2016): Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.

Jung, Tina (2016): Die gute Geburt – Ergebnisse richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Diskurses zur Selbstbestimmung in der Geburtshilfe. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 13 – 18 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.

Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und –strategien. S. 137 – 144 in: *BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Köln.

Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa-Charta 1986 und den Folgekonferenzen). S. 145 – 150 in: *BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Köln.

Kalkowski, Peter; Paul, Gerd (2015): Kommt es zur Professionalisierung von Wellnessberufen? S. 317 – 337 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hg.): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen.

Kaschuba, Gerrit (2006): Geschlechtergerechte Didaktik in der Fort- und Weiterbildung - Eine Handreichung. Hg. v. Sozialpädagogische Fortbildung Jagdschloss Glienecke. Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Qualitätszirkel. <http://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php> Aufruf 18.12.2016

Kassner, Dieter (2008): Emotionen beim wirtschaftswissenschaftlichen Lehren und Lernen. Hg. v. *Erziehungswissenschaften und Beruf* (01). http://www.seminare-bw.de/site/pbs-bw/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Seminare/seminar-stuttgart-bs/pdf/sembss090306_Emotionen-Kassner.pdf Aufruf 18.12.2016

Kaufmann, Matthias (2014): Freier Wille, Empathie und moralische Integrität. S. 132 – 137 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14). Köln

- Kelle, Udo (1999): Integration qualitativer und quantitativer Methoden. Beitrag für die „CAQD 1999 - Computergestützte Analyse qualitativer Daten“ 10/99. Marburg. <http://www.maxqda.de/download/vtkelle.pdf> Aufruf 18.12.2016
- Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarb. Aufl. Wiesbaden.
- Kern, Ernst (2014): Personenzentrierte Körperpsychotherapie. München/Basel.
- Kern, Ernst (2015): Personenzentrierte Körperpsychotherapie. S. 134 – 140 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. (03). Köln.
- Kessl, Fabian; Plöber, Melanie (2010): Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen. Wiesbaden.
- Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian; Maurer, Susanne; Frey, Oliver (2012): Handbuch Sozialraum. Wiesbaden.
- Kestler, Marianne (1978): Feminismus und Psychotherapie. Psychische Aspekte der Emanzipation. München.
- Kindermann, Katharina; Riegel, Ulrich (2016): Subjektive Theorien von Lehrpersonen. Variationen und methodische Modifikationen eines Forschungsprogramms. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 17(2), Art. 1. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs160218> Aufruf 18.12.2016
- Kleemann, Frank; Krähnke, Uwe; Matuschek, Ingo (2013): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens. 2., korr. und aktual. Aufl. Wiesbaden.
- Klein, Petra (1988): Tanztherapie. Eine einführende Betrachtung im Vergleich mit konzentrativer und integrativer Bewegungstherapie. [4. Aufl.]. Lilienthal/Bremen.
- Klenke, Martina (2016): Vortrag auf der Abschlussveranstaltung des 14. Hebammenkongresses 05/16. Hamburg. https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/Hebammenkongress-2016/PDF/160504_Vortrag_Martina_Klenk_XIV_Hebammenkongress_Hamburg_2016.pdf Aufruf 18.12.2016
- Kloepfer, Martina (2014): 2. Bundeskongress Gendergesundheit. Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung. <https://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/kongress-2014/> Aufruf 18.12.2016
- Knapp, Gudrun-Axeli; Landweer, Hilge (1995): Interdisziplinarität in der Frauenforschung. Ein Dialog. *L'Homme*. Band 6, Heft 2, Seiten 6–38, ISSN (Online) 2194-5071, ISSN (Print) 1016-362X, DOI: <https://doi.org/10.7767/lhomme.1995.6.2.6>, December 1995. oder <https://www.degruyter.com/abstract/j/lhomme.1995.6.issue-2/lhomme.1995.6.2.6/lhomme.1995.6.2.6.xml> Aufruf 18.12.2016.
- Köhler, Sina-Mareen (2016): Rekonstruktionen mit der dokumentarischen Methode, Handout der

AG bei der Summerscholl 2016 der Universität Köln. Köln

Kolip, Petra (2000): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim, München.

Koller, Hans-Christoph (2012): Anders werden. Zur Erforschung transformatorischer Bildungsprozesse. S. 20 ff in: Miethe, Ingrid; Müller, Hans-Rüdiger: Qualitative Bildungsforschung und Bildungstheorie. Opladen, Berlin.

Kongress Armut und Gesundheit (Hg.) (2016): Kongress Armut und Gesundheit 2016: Gesundheit ist gesetzt!? Der Public Health Kongress in Deutschland. Berlin. <http://www.armut-und-gesundheit.de/Kongress-Armut-und-Gesundheit-2016.1815.0.html> Aufruf 18.12.2016

„Konzept Implizites Wissen“ vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Implizites_Wissen Aufruf 14.11.16

Krais, Beate im Gespräch mit Pierre Bourdieu (1988): „Inzwischen kenn ich alle Krankheiten der soziologischen Vernunft“. S. 20 – 34 in Brake, Anna; Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea (Hg.) (2010): Empirisch arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen. Weinheim/Basel.

Krais, Beate; Gebauer, Gunter (2002): Habitus. Bielefeld.

Krapp, Andreas (2005): Emotionen und Lernen. Beiträge der Pädagogischen Psychologie - Einführung in den Thementeil. Hg. v. Zeitschrift für Pädagogik (Jahrgang 51, Heft 5 September/Oktober). http://www.pedocs.de/volltexte/2011/4770/pdf/ZfPaed_2005_5_Krapp_Emotion_und_Lernen_Einfuehrung_D_A.pdf Aufruf 18.12.2016

Krause, Christina; Mayer, Claude-Hélène (2012): Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Training für pädagogische Fachkräfte. Göttingen.

Kriz, Jürgen (2014): Empathie als personale Begegnung. S. 151 – 157 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14). Köln.

Kromrey, Helmut; Ollmann, Rainer (1990): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. 4., durchges. Aufl. Opladen.

Krüger, Heinz-Hermann (Hg.) (2006): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. 2., überarb. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden.

Krüger-Kirn, Helga (2010): Weiblichkeit zwischen Körper und Leib. Zur Bedeutung des Mutterkörpers in der weiblichen Identitätsbildung. S. 333 - 350, in Abraham, Anke; Müller, Beatrice (Hg.): Körperhandeln und Körpererleben – Multidisziplinäre Perspektive auf ein brisantes Feld. Bielefeld.

Kuckartz, Udo (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel.

- Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2012): Erziehungswissenschaftliche Evaluationspraxis. Beispiele - Konzepte - Methoden. Weinheim/Basel.
- Kühl, Stefan (2006): Die Professionalisierung der Professionalisierer? Das Scharlatanerieproblem im Coaching und der Supervision und Konflikte um die Professionalisierung. Hg. v. Universität Bielefeld. Bielefeld. http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Paper4.2006-Die-Professionalisierung-der-Professionalisierer.pdf Aufruf 16.12.2016
- Kühn, Thomas; Koschel, Kay-Volker (2011): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. 1. Aufl. Wiesbaden.
- Kuhn, Joseph (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin.
- Kulick, Holger (Hg.) (2009): Das Buch gegen Nazis. Rechtsextremismus - was man wissen muss, und wie man sich wehren kann; [ein Projekt von Die Zeit und der Bundeszentrale für Politische Bildung]. Köln.
- Küpper, Gunhild (1996): Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege. Pflegedienstleiterinnen als Führungskräfte zwischen Tradition und institutioneller Modernisierung. Bielefeld.
- Kurth, Bärbel-Maria; Ravens-Sieberer, Ulrike (2011): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. S. 125 – 128in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.
- Lademann, Julia; Kolip, Petra; u.a. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut. Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter.pdf;jsessionid=1616E640CE9F4F71FD2570D4DC9E974E.2_cid372?__blob=publicationFile Aufruf 18.12.2016
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (2011): Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in NRW. LIGA.Praxis 8. Hg. v. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW. Düsseldorf.
- Landesverband der Hebammen NRW (2015): Ethik-Grundsätze im Hebammenberuf. Köln.
- Landweer, Hilge (1987): „Weibliche Identität“: Selbstaffirmation als Geschlecht. In: Psychologie und Gesellschaftskritik 11 (1987), 1, pp. 83-102. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-266372> oder http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/26637/ssoar-psychges-1987-1-landweer-weibliche_identitat_selbstaffirmation_als_geschlecht.pdf?sequence=1 Aufruf 18.12.2016
- Landweer, Hilge (1990): Das Märtyrerinnenmodell. Zur diskursiven Erzeugung weiblicher Identität. Univ., Diss.--Bielefeld, 1989. Pfaffenweiler.
- Landweer, Hilge (1999): Scham und Macht. Phänomenologische Untersuchungen zur Sozialität

eines Gefühls. Tübingen.

Landweer, Hilge; Renz, Ursula; Lotter, Maria-Sybilla (2008): Whitehead: Kritik der Gefühle. Berlin.

Lange, Sandra (2014): Daten und Fakten zur Frauengesundheit. Vortrag beim Frauengesundheitskongress 2014. Robert Koch Institut; BZgA. Köln. <https://www.frauengesundheitsportal.de/pdf.php?id=35962dfc77c478a6f2aef373cd1e2d6e> Aufruf 18.12.2016

Lange, Ute; Liebald, Christiane (2013): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. BZgA. Köln.

Lederer, Bernd (Hg.) (2011): „Bildung“: was sie war, ist, sein sollte. Zur Bestimmung eines strittigen Begriffs. Baltmannsweiler.

Lederer, Bernd (2015): Kompetenz oder Bildung. Eine Analyse jüngerer Konnotationsverschiebungen des Bildungsbegriffs und Plädoyer für eine Rück- und Neubesinnung auf ein transinstrumentelles Bildungsverständnis. Hamburg.

Lehmann, Frank (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - weiterführende Informationen. 5., erw. u. überarb. Aufl. BZgA (Gesundheitsförderung konkret, 5). Köln.

Lehmann, Yvonne.; Beutner, Karin.; Ayerle, Gertrud et al (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. GesinE-Studie. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn. www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf Aufruf 18.12.2016

Lehmann, Yvonne; Ayerle, Gertrud M.; Beutner, Katrin; Karge, Kathleen; Behrens, Johann; Landenberger, Margarete (2015): Ergebnisse und Schlussfolgerungen zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa (GesinE), S. 339 – 359 in: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen.

Lemke, Thomas (1999/2016): Die politische Theorie der Gouvernamentalität: Michel Foucault. http://www.thomaslemkeweb.de/publikationen/Gouvernamentalit%E4t%20_Kleiner-Sammelband_.pdf Aufruf 18.12.2016. Kapitel XIV in: Brodocz, André; Schaal, Gary S. (2016): Politische Theorie der Gegenwart. Eine Einführung. Band I. Opladen, Toranto.

Lenßen, Kai (2015): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (GBpsych): Ein Präventionsansatz mit rechtlichem Rahmen und vielseitigem Nutzen. In: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. Jahrgang (4). Köln.

„Lernen“ in Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Lernen> Aufruf 14.11.2016

Leu, Hans Rudolf (2014): Non-formales und informelles Lernen - unverzichtbare Elemente frühpädagogischer Professionalisierung. Eine Analyse vor dem Hintergrund des Deutschen Qualifikationsrahmens. Hg. v. Weiterbildungsinitiative. München. <http://www.thomaslemkeweb.de/>

Li, Xuan; Zerle-Elsäßer, Claudia; Entleitner-Phleps, Christine; Schier, Michaela (2015): Väter 2015: Wie aktiv sind sie, wie geht es ihnen und was brauchen sie? Eine aktuelle Studie des Deutschen Jugendinstituts. Hg. v. Deutsches Jugendinstitut. München.

Lindemann, Gesa (2011): Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. 2. Aufl. Wiesbaden.

Lindemann, Gesa (2014): Weltzugänge. Die mehrdimensionale Ordnung des Sozialen. 1. Aufl. Weilerswist.

Link, Jürgen (1999): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Opladen, Wiesbaden.

Loos, Peter (Hg.) (2013): Dokumentarische Methode. Grundlagen - Entwicklungen - Anwendungen; [... zum 65. Geburtstag von Ralf Bohnsack ...]. Unter Mitarbeit von Ralf Bohnsack. Opladen, Berlin [u.a.].

Loos, Wolfgang (2014): „Coaching als Dienstleistung“ und die semantischen Stolpersteine in ungewohnten Subkulturen. In: *Positionen Beiträge zur Beratung in der Arbeitswelt* 2014 (02). Köln

Loux, Françoise (1998): Frauen, Männer und Tod in Ritualen um die Geburt. S. 51 – 65 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München.

Loytved, Christine; Wahrig-Schmidt, Bettina (1998): „Amt und Ehrlicher Name“. Hebamme und Arzt in der Geburtshilfe Lübecks am Ende des 18. Jahrhunderts. S. 84 – 101 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München.

Loytved, Christine (2002): Hebammen und ihre Lehrer. Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730 - 1850). Osnabrück.

Loytved, Christine (2004): Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive, in: *Die Hebamme* 17. S. 18 -21

Loytved, Christine; Wenzlaff, Paul; Wiemer, Anke (2007): Außerklinische Geburt in Deutschland. German out-of-hospital birth study 2000-2004. 1. Aufl. Bern.

Lucius-Hoene, Gabriele (2012): „Und dann haben wirs operiert“. Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. S. 40 – 70 in: Bethmann, Stephanie; Helfferich, Cornelia; Hoffmann, Heiko; Niermann, Debora (Hg.): *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*. Weinheim/Basel.

Luderer, Hans-Jürgen (2014): Empathie bei schweren psychischen Störungen. S. 142 – 150 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14). Köln.

- Ludwig-Körner, Christiane (2014): Frühe Hilfen und Frühförderung. Eine Einführung aus psychoanalytischer Sicht. Stuttgart.
- Lueger, Manfred (2000): Grundlagen qualitativer Feldforschung. Methodologie, Organisation, Materialanalyse. Wien.
- Maaz, H.-J.; Krüger, A. (Hg.) (2001): Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie. Materialien zur analytischen Körperpsychotherapie. Lengerich.
- Mäder, Ueli (2010): Was biografische Zugänge erhellen. S. 53 – 70 in: Hauptert, Bernhard; Schilling, Sigrid; Maurer, Susanne (Hrsg.): Biografiearbeit und Biografieforschung in der sozialen Arbeit – Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern.
- Makowsky, Katja (Hg.) (2013): Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim u.a.
- Marbacher Widmer, Pia (1991): Bewegen und Malen. Zusammenhänge - Psychomotorik - Urformen - Körper- und Raumerfahrung. Dortmund.
- Marotzki, Wilfrid (2006): Bildungstheorie und allgemeine Biografieforschung, S.61 ff in: Krüger, Hans-Hermann; Marotzki, Wilfried (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung
- Marotzki, Winfried (2012): Manuskript zur Vorlesung Einführung in qualitative Forschungsmethoden der Erziehungswissenschaft (Stand Juni 2012). Magdeburg. <http://www.uni-magdeburg.de/iniew/files/u4/M-Manuskript.pdf> Aufruf 18.12.2016
- Mattern, Elke; Ayerle, Gertrud M.; Behrens, Johann (2012): Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. Eine Expertise im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. 1. Aufl. Köln: Nationales Zentrum für Frühe Hilfen (Expertise 5). http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Zieldefinitionen_Familienhebammen.pdf Aufruf 18.12.2016
- Mattern, Elke; Lange, Ute (2012): Die Rolle der Familienhebamme im System der Frühen Hilfen, S. 66 – 75 in: Frühe Kindheit Sonderausgabe 2012: Frühe Hilfen – Gesundes aufwachsen ermöglichen, Nationales Zentrum frühe Hilfen. Berlin.
- Matthiesen, Silja (2009): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA (Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung, Bd. 32). Köln.
- Maurer, Susanne (1996): Zwischen Zuschreibung und Selbstgestaltung. Feministische Identitätspolitik im Kräftefeld von Kritik, Norm und Utopie. Tübingen.
- Maurer, Susanne; Weber, Susanne (Hr.) (2006): Gouvernamentalität und Erziehungswissenschaften. Wissen - Macht - Transformation. Wiesbaden.
- Maurer, Susanne; Weber, Susanne Maria (2006): Die Kunst, nicht dermaßen regiert zu werden.

Gouvernementalität als Perspektive für die Erziehungswissenschaften. Marburg.

Maurer, Susanne (2013): Subjekt als Widerstand? Einige Annäherungen aus feministischer Perspektive. S.131 -152 in: Graf, Julia; Ideler, Kristin; Klinger, Sabine (Hg.): Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorie, Praxis, Perspektiven. Opladen, Berlin, Toronto. <http://subjektstruktur.blogspot.de/images/Maurer.pdf> Aufruf 07.12.2015

Maurer, Susanne (2016): Gedächtnis der Konflikte statt Kanon? Historiographiepoltik als Normativitätskritik in feministisch-kritischer Wissenschaft. S. 135 – 152 in: Dreit, Karolina; Schumacher, Nina; Abraham, anke; Maurer, Susanne (Hg.): Ambivalenz der Normativität in kritisch-feministischer Wissenschaft. Sulzbach/Taunus.

Maurer, Susanne (2016 b): Bildung im Dissens – Individualität, Kollektivität und Erkenntnis im Kontext der Neuen Frauenbewegung. S. 86 – 95 in: Forschungsjournal Soziale Bewegungen 29. Jg. 4/2016.

Mayer, Karl Ulrich (1991): Vom Regen in die Traufe. Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt am Main u.a.

Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Hg. v. Forum: Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 1 (2). <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm> Aufruf 18.12.2016

Mayring, Philipp; Gahleitner, Birgitta (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. S.295 – 304 in: Bock, Karin; Miethe, Ingrid (Hg.): Handbuch Qualitativer Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., Neuausgabe, 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Weinheim.

Metz-Becker, Marita (1998): Die Sicht der Frauen. Patientinnen in der Marburger Accouchieranstalt um die Mitte des 19. Jahrhunderts. S. 192 – 205 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Metz-Becker, Marita (2011): Akademische Geburtshilfe und ihre Folgen am Beispiel des Marburger Accouchierinstituts. S. 227 – 238 in: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main.

Meueler, Erhard (1982): Erwachsene lernen. Beschreibung, Anstöße, Erfahrungen. Stuttgart.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2005): Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW, 12/2005, Düsseldorf http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-hebammen-nrw_barr.pdf Aufruf 10.10.2015

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport sowie Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. MFKJKS in NRW: Fortbildungscurriculum Land NRW zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen, Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkran-

ken-Pflegerinnen und –Pfleger, 01/2015, Düsseldorf, www.mfkjks.nrw.de/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/fruehe-hilfen-impraeventiven-kinderschutz.html Aufruf 10.10.2015

Miethe, Ingrid; Müller, Hans-Rüdiger (Hg.) (2012): *Qualitative Bildungsforschung und Bildungstheorie*. Opladen, Berlin, Toronto.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2005): *Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW*. Düsseldorf. https://www.mfkjks.nrw/sites/default/files/asset/document/fortbildungscurriculum_land_nrw_zum_einsatz_in_den_fruehen_hilfen_fuer_hebammen_entbindungspfleger_gesundheits-_und_kinderkrankenpflegerinnen_und_-pfleger.pdf Aufruf 18.12.2016

Ministerium für Familien, Kinder und Jugend, Kultur, Sport NRW (Hg.) (2015): *Familienbericht NRW. Kurzfassung*. Düsseldorf. https://www.mfkjks.nrw/sites/default/files/asset/document/familienbericht_kurzfassung_rz_neu.pdf Aufruf 18.12.2016

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport sowie Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in NRW (2015): *Fortbildungscurriculum Land NRW zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen, Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-Pflegerinnen und –Pfleger*. 01/2015. Düsseldorf. www.mfkjks.nrw.de/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/fruehe-hilfen-impraeventiven-kinderschutz.html Aufruf 10.10.2015

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (Hg.) (2013): *Gesundheitsberichte Spezial Schwangerschaft und Geburt in NRW. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in NRW während der Schwangerschaft und rund um die Geburt 2013 (MGEPA 145)*. Düsseldorf. <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/gesundheitsberichte-spezial-schwangerschaft-und-geburt-in-nordrhein-westfalen/1698> Aufruf 18.12.2016

Mitscherlich, Margarete (1990): *Über die Mühsal der Emanzipation*. Originalausg. Frankfurt am Main.

Mixa, Elisabeth; Pritz, Sarah Miriam; Tumeltshammer, Markus; Greco, Monica (Hg.) (2014): *Un-Wohl-Gefühle. Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten*. 1., Aufl., neue Ausg. Bielefeld.

Möller, Heidi (2013): *Der Dialog im Coaching - ein metaphernanalytischer Zugang*. In: *Positionen - Beiträge zur Beratung der Arbeitswelt* (01). Köln.

Mozygemba, Kati (2011): *Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung*. 1. Aufl. Bern.

Mundlos, Christina (2012): *Mütterterror. [Angst, Neid und Aggressionen unter Müttern]*. Marburg.

„Mutter“ in Duden Online. www.duden.de Aufruf 15.09.15

Nadig, Maya (2011): *Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsritual im interkulturellen*

- Vergleich. S. 39 - 73 in: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main.
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 2. Aufl., überarb. aktualis. und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erw. Neuaufl. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) (2012): Bestandsaufnahme Frühe Hilfen - Dritte Teiluntersuchung. Kurzbefragung der Jugendämter 2012. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) (2012): Expertise Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) (2012): frühe Kindheit - die ersten sechs Jahre, Sonderausgabe Frühe Hilfen. Gesund aufwachsen ermöglichen. *frühe Kindheit - die ersten sechs Jahre*. Berlin.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2013): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2013. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2014): Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger im Rahmen der Frühen Hilfen (BIFH). Köln. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/BI_Familienhebammen_Mindestanforderungen_20150318.pdf Aufruf 16.12.2016
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2015): Datenreport Frühe Hilfen Ausgabe 2015. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2015): Empfehlungen zu Basiskompetenzen in den Frühen Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirates. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2015): Stellt die Kindheit frühe Weichen? Eine Veranstaltung des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universitätsklinikums Heidelberg und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2016): Bundesinitiative Frühe Hilfen Bericht 2016. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2016): Qualitätsrahmen Frühe Hilfen. Impuls des NZFH-Beirats für Qualitätsentwicklung. Arbeitsversion. Köln
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2016): Materialien. Köln <http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/> Aufruf 12.11.2015
- Naumann, Britta (2014): Möglichkeiten und Grenzen des Personenzentrierten Ansatzes im Coaching. S. 22 - 29 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45. Jahrgang (01). Köln.
- Nentwig-Gesemann, Iris; Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Harms, Henriette; Richter, Sandra (2011):

Professionelle Haltung - Identität für die Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. Hg. v. Deutsches Jugendinstitut. München, zuletzt geprüft am 11.03.2015.

Nentwig-Gesemann, Iris; Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Harms, Henriette; Richter, Sandra (2012): Professionelle Haltung - Identität der Fachkraft für die Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Expertise. Hg. v. Weiterbildungsinitiative. München. <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/gesundheitsberichte-spezial-schwangerschaft-und-geburt-in-nordrhein-westfalen/1698> Aufruf 18.12.2016

Newsletter der Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen BAG (2015 / 01): Sondernewsletter Gesundheit 2015. Pille danach: fast überall in der EU rezeptfrei - in Deutschland nicht; Hebammen - ein Berufsstand in der Krise; Kaiserschnitt - oft medizinisch nicht notwendig. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen. Berlin. <http://www.bag-frauenbeauftragte.de/service/newsletter-anmeldung> Aufruf 18.12.2016

Nittel, Dieter; Seltrecht, Astrid (Hg.) (2013): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive, mit Online-Material für Fachleute. Berlin, Heidelberg.

Nöcker, Guido (2011): Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. S. 106 – 109 in: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.

Nöcker, Guido (2012): Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention - KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 41). Köln.

Nohl, Arnd-Michael (2004): Dokumentarische Interpretation narrativer Interviews. In: *bildungsforschung* 5 (2). DOI: 10.7788/figurationen.2004.5.2.7.

Nohl, Arnd-Michael (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 4. Aufl. 2012. Wiesbaden.

Nolda, Sigrid; Nuissl, Ekkehard; Arnold, Rolf (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. 2., überarb. Aufl. Bad Heilbrunn.

Northrup, Christiane (2010): Frauenkörper, Frauenweisheit. Wie Frauen ihre ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstheilung wiederentdecken können. 1. Aufl. München.

Nowicka, Magdalena; Tolasch, Eva (2014): (Un)fassbare Körper. Frauen erzählen von ihrer Schwangerschaft. in: Schmidt, Wolf Gerhard (2014): Körperbilder in Kunst und Wissenschaft. Würzburg.

Nuissl, Ekkehard (2012): Didaktik und lernende Erwachsene. S. 83 – 101 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold, Bielefeld.

- Oevermann, Ulrich (1986): Zur Sache. Die Bedeutung von Adornos methodologischem Selbstverständnis für die Begründung einer materialen soziologischen Strukturanalyse. In: Friedeburg, Ludwig von; Habermas, Jürgen(Hg.): *Adorno-Konferenz 1983*. S. 234 – 289. Frankfurt am Main.
- Ohlbrecht, Heike; Schönberger, Christine (2010): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim.
- Online-Dialog der Bundesregierung (2015): „gut leben – Vorstellungen zur Lebensqualität in Deutschland“, <http://www.gut-leben-in-deutschland.de> Aufruf 30.04.15 und “gut leben in Deutschland –was uns wichtig ist“, <https://www.gut-leben-in-deutschland.de/static/LB/index.html> Aufruf 08.11.2016
- Osterchrist, Renate (1996): Professionalisierung im Bereich Human Ressourcen. Eine qualitative Untersuchung zu Lern- und Veränderungsprozessen im Rahmen der Ausbildung zum systemischen Berater. Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Universität Mannheim. Mannheim.
- Otto, Hans-Uwe (Hg.) (2011): Handbuch Soziale Arbeit. 4., völlig neu bearb. Aufl. München.
- Pädagogische Hochschule Freiburg: Quasus - Einstiegstexte in Methoden der qualitativen Forschung. Freiburg. <https://www.ph-freiburg.de/quasus.html>. Aufruf 18.12.2016
- Pätzold, Henning (2004): Lernberatung und Erwachsenenbildung. 1. Aufl. Baltmannsweiler.
- Pätzold, Henning (2012): Konstruktivismus und Lerntheorien – radikal vereinbar? S. 102 – 118 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schübler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold, Bielefeld.
- Paulus, Peter (1992): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln.
- Pehlke-Milde, Jessica (2009): Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung. Grundlagen einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung. Dissertation am Medizinischer Fakultät Charité Berlin. Berlin.
- Petko, Dominik (2014): Was heißt lernen? Einführung in die Mediendidaktik. Lehren und Lernen mit digitalen Medien. Kapitel 3. Lerntheoretische Grundlagen S. 23 - 41. Weinheim.
- Petzold, Hilarion G. (2012): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. 1. Auflage. Wien.
- Pfeifer-Schaupp, Ulrich (2015): Systemische und personenzentrierte Ansätze: Perspektiven der Begegnung. S. 9 – 17 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46 (1). Köln.
- Philipps Universität Marburg, Amtliche Mitteilung (2013): Ordnung für die Ethikkommission des Fachbereichs Erziehungswissenschaften. Veröffentlichungsnummer 01/2013. Marburg.
- Prenzel, Manfred (2008): Kompetenzdiagnostik. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft Sonderheft 8. Wiesbaden.

Pressemitteilung des BMG zum Präventionsgesetz vom 20.03.15,
<http://www.bmg.de> Aufruf 30.04.15 sowie zum Präventionsgesetz
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>
Aufruf 08.11.2016

Przyborski, Aglaja (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. Wiesbaden.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3., korrigierte Auflage. München.

Pulz, Waltraud (1998): Gewaltsame Hilfe? Die Arbeit der Hebamme im Spiegel eines Gerichtskonfliktes (1680 – 1685), S. 68 – 83 in: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Pundt, Johanne; Kälble, Karl (Hg.) (2015): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. 1. Aufl. Bremen.

Rahden von, Oda (2002): Erwartungen Erstschwangerer an die Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Abstrakta zu einer Diplom-Arbeit, Universität Bremen. Bremen.

Rakos, Elisabeth (2014): Die vaginale Untersuchung während der Geburt. Ein Eingriff zwischen Routinemaßnahme und Intimitätsverletzung. 2. Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Kassel.

Rasky, Eva (2016): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Vortrag bei der Frauengesundheitskonferenz 2016 in Köln. BZgA. Köln.

„Reflexion“ in Duden-online. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/reflexion> Aufruf 12.11.2015

Reich, Kersten (2004): Wahrheits- und Begründungsprobleme konstruktivistischer Didaktik. Orientierung - Aneignen von Wissen und Werten. Hg. v. Universität Köln Seminar 01/2004. Köln. http://konstruktivismus.uni-koeln.de/reich_works/aufsätze/reich_46.pdf Aufruf 16.12.2016

Renndtorff, Barbara; Riegraf, Birgit; Mahs, Claudia (2014): 40 Jahre feministische Debatten. Resümee und Ausblick. Weinheim.

Renner, Ilona (2010): Forschung und Praxisentwicklung früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfe. BZgA. Köln.

Rettig, Hanna; Schröder, Julia; Zeller, Maren (2014): Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen, in Sozialmagazin 7 – 8 / 2014

Rettig, Hanna; Schröder, Julia (2015): Familienhebammen als Grenzarbeiterinnen? Zum Handeln von Familienhebammen in multiprofessionellen Arbeitsfeldern. Fachvortrag bei der Bundeskonferenz Soziale Arbeit 2015. Universität Hildesheim. Hildesheim/Darmstadt.

- Rich, Adrienne Cecile (1979): Von Frauen geboren. Mutterschaft als Erfahrung und Institution. München.
- Richter, Beate (2014): Bildung relational denken. Eine strukturtheoretische Präzisierung des transformatorischen Bildungsbegriffs anhand von Robert Kegans Entwicklungstheorie. Dissertation im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Humboldt-Universität Berlin. Berlin.
- Richter, C. (Hr.) (2014): Gutes Leben. Fragile Vielfalt zwischen Glück, Vertrauen, Leid und Angst. Würzburg.
- Robert Koch Institut und Destatis (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015. Berlin.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2012): Starke Kinder - Starke Familien. Wohlbefinden von Kindern in Städten und Gemeinden. Studie im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Robert Koch Institut: Suchbegriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html?nn=2408450 Aufruf 16.12.2016
- Robert Koch Institut: Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Gesbez_Lebensqualitaet.html Aufruf 18.12.2016
- Robert Koch Institut (Hg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012*. Berlin.
- Robert Koch Institut (2015): Gesund aufwachsen: welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE Kompakt 6. Jahrgang 1/2015. Berlin.
- Robert Koch Institut (2015): Stillverhalten. Faktenblatt zur KIGGS Welle: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Folgebefragung 2009 - 2012. Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_stillen.pdf?__blob=publicationFile Aufruf 18.12.2016
- Robert Koch Institut; Destatis (2015): Gesundheit in Deutschland + Zusammenfassung der Ergebnisse. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile Aufruf 18.12.2016
- Rogers, Carl R. (1983): Der neue Mensch. 2. Aufl. Stuttgart.
- Rogers, Carl R.; Rosenberg, Rachel L.; Görg, Elisabeth (2005): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. 2., um ein Vorw. erw. Aufl. Stuttgart.
- Rohde, Anke (2016): Stolperfalle Lebenslauf. Psychische Gesundheit unter Frauenspezifischen Aspekten im Lebenslauf. Vortrag bei der Frauengesundheitskonferenz 2016. BZgA. Köln.

- Rohde-Dachser, Ch (1991): Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin, New York.
- Rosa, Hartmut (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. 1. Aufl. Frankfurt am Main.
- Rosa, Hartmut (2012): Resonanz statt Entfremdung: Zehn Thesen wider die Steigerungslogik der Moderne. Von Krise zu Krise - Transformation ohne Ende? Panel 3: Krise der Lebensweise. Tagung „Gesellschaftliche Entwicklungen nachdem Systembruch 06/2012. Jena. http://www.kolleg-postwachstum.de/sozwgmedia/dokumente/Thesenpapiere+und+Materialien/Thesenpapier+-Krise+_+Rosa.pdf Aufruf 16.12.2016
- Rosa, Hartmut (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin.
- Rosenberg, Florian von (2011): Bildung und Habitustransformation. Empirische Rekonstruktionen und bildungstheoretische Reflexionen. Bielefeld.
- Roundtable der Coachingverbände (2015): Profession: Coach. Ein Commitment des Roundtables der Coachingverbände. <http://www.roundtable-coaching.eu/wp-content/uploads/2015/03/RTC-Profession-Coach-2015-03-19-Positionspapier.pdf> Aufruf 18.12.2016
- Rosenthal, Gabriele; Loch, Ulrike (2002): Das narrative Interview. In: Schaeffer, Doris; Müller-Mundt: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern u.a. http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/5767/ssoar-2002-rosenthal_et_al-das_narrative_interview.pdf?sequence=1 Aufruf 16.12.2016
- Ruschmann, Eckart (2015): Das Leib-Seele-Problem, - alternative Antworten. S. 154 – 158 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. (03). Köln.
- Sackmann, Reinhold (2007): Lebenslaufanalyse und Biografieforschung. Eine Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden.
- Sackmann, Reinhold; Wingens, Matthias (2001): Strukturen des Lebenslaufs. Übergang, Sequenz, Verlauf. Weinheim.
- Samerski, Silja (2016): Informed Choice als „entmündigende Selbstbestimmung. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 23 – 25 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.
- Sander, Tobias; Weckwerth, Jan (2013): Der soziologische Kompetenzbegriff und seine Konsequenzen für eine echte Kompetenzentwicklung an Hochschulen. Hannover. http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/13_1/Sander_Weckwerth.pdf Aufruf 16.12.2016
- Sann, Alexandra (Hg.): Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH. Köln.
- Sann, Alexandra (2010): Teiluntersuchung 1. Kooperationsformen. NZFH Materialien. Köln.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hg.) (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. 1. Aufl. Bern.

Schäfers, Rainhild (2011): Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt ; mit 6 Tabellen. Stuttgart.

Schäffter, Ortfried (2016): Downloads Humboldt Universität Berlin. <https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads> Aufruf 16.12.2016

Schäffter, Ortfried: Lernen in pädagogischen Funktionssystemen und in der Alltagswelt im Vergleich. Folie. https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads/staerken_und_schwaechen_vergleich Aufruf 16.12.2016

Schäffter, Ortfried: Merkmale alltagsgebundenen Lernens. Thesenpapier. https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads/merkmale_alltagsgebundenen_lernens Aufruf 16.12.2016

Schäffter, Ortfried: Zusammenhang zwischen beiläufigem Lernen und Beratung. https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads/beilaeufiges_lernen Aufruf 16.12.2016

Schäffter, Ortfried (1993): Lernen als Passion. Leidenschaftliche Spannungen zwischen Innen und Außen. In: Heger, R.-J./Mantey, H. (Hrsg.): Lern-Liebe. Über den Eros beim Lehren und Lernen. Weinheim 1993, S. 291-321. https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads/III_22_Lernen_als_Passion.pdf Aufruf 16.12.2016

Schäffter, Ortfried (1995): Bildung als kognitiv strukturierende Umweltaneignung. Überlegungen zu einer konstruktivistischen Lerntheorie. S. 55 - 62 in: Derichs-Kunstmann, Karin; Faulstich, P.; Tippelt, R. (Hg.): Theorien und forschungsleitende Konzepte der Erwachsenenbildung. Beiheft zum Report 1995.

Schäffter, Ortfried (1997): Irritation als Lernanlass. Bildung zwischen Helfen, Heilen und Lehren. In: Krüger, H.H. (Hrsg.): Bildung zwischen Markt und Staat. Opladen (Leske und Budrich) 1997, S. 691-708. Opladen.

Schäffter, Ortfried (2003): Selbstorganisiertes Lernen - eine Herausforderung für die institutionalisierte Erwachsenenbildung. In: Witthaus, U./Wittwer, W. (Hrsg.): Selbst gesteuertes Lernen. Theoretische und praktische Zugänge. Bielefeld 2003, S.69-89. Bielefeld. https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/downloads/selbstorganisiertes_Lernen Aufruf 16.12.2016

Schäffter, Ortfried (2007): Soziale Praktiken des Lehrens und Lernens. Berlin.

Schäffter, Ortfried (2009): Eine Professionstheorie der Beratung als Horizont für neue Beratungsfelder. Entwicklungsbegleitung im Kontext bürgerschaftlichen Engagements. Hg. v. Triangel-Institut: Beratung im Wandel. Berlin.

- Schäffter, Ortfried (2009): Transformation und Weiterbildung. Berlin.
- Schäffter, Ortfried (2012): Systemische Veränderungsforschung aus relationaler Sicht – Erwachsenenbildung zwischen Inklusion und Exklusion. S. 32 – 58 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schübler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold, Bielefeld
- Schäffter, Ortfried (2012): Systemische Veränderungsforschung aus relationaler Sicht. Erwachsenenbildung zwischen Inklusion und Exklusion. Hg. v. Journal zur tätigkeitstheoretischen Forschung in Deutschland.
- Schäffter, Ortfried (2013): Verzwirnung als Relation von Struktur und Prozess. 8. Version.
- Scheck, Stephanie (2007): Das Stufenmodell von Erik H. Erikson. München.
- Schiersmann, Christiane (1987): Berufsbezogene Weiterbildung und weiblicher Lebenszusammenhang. Zur Theorie eines integrierten Bildungskonzepts. Bielefeld.
- Schiersmann, Christiane; Weber, Peter; Petersen, Crina-Maria (2013): Kompetenzprofile und Kompetenzerfassung für Beratende - am Beispiel des Feldes Bildung, Beruf und Beschäftigung. In: *Positionen - Beiträge zur Beratung der Arbeitswelt (02)*. Köln.
- Schigl, Brigitte (2010): Feministische * Gendertheorie - Diskurse und ihre Bedeutung für das psychosoziale Feld. Hg. v. Journal für Psychologie (18. Jg., 3. Ausgabe Frauen- und Genderforschung in der Psychologie).
- Schigl, Brigitte; Abul-Hussain, Surur (2012): Menschenbildannahmen in feministischen Diskursen –Perspektiven für die Psychotherapie, S. 181 – 208 in: Petzold, Hilarion G.: Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien.
- Schilp (2014): Info-Blatt Daten und Fakten. Frauengesundheitskongress 2014: informiert - aktiv - bewegt. Berlin. <https://www.frauengesundheitsportal.de/pdf.php?id=9113325db75e56d-86067b675ee4449e2> Aufruf 16.12.2016
- Schlüter, Anne (2012): „Gender“ im Fokus qualitativer Forschung in der Erwachsenenbildung. in: Schäffer, Burkhard; Dörner, Olaf: Handbuch qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung. Opladen, Berlin, Toronto.
- Schlüter, Anne; Faulstich-Wiegand, Hannelore (2009): Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft - Inspirationen und Modifikationen durch Pierre Bourdieu. in: Friebertshäuser, Barbara u.a.: Reflexive Erziehungswissenschaften - Forschungsperspektive im Anschluss an Pierre Bourdieu. Wiesbaden.
- Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.) (1998): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.
- Schlumbohm, Jürgen (1998): Der Blick des Arztes, oder: wie Gebärende zu Patientinnen wurden. Das Entbindungshospital der Universität Göttingen um 1800, S. 170 – 191 in: Schlumbohm,

- Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München.
- Schmid, Verena (2011): *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Hannover.
- Schmidt, Wolf Gerhard (2014): *Körperbilder in Kunst und Wissenschaft*. Würzburg.
- Schmidtman, Heide (2005): *Gruppenbasiertes Lernen in virtuellen Seminaren*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien.
- Schneider, Micael; Mustafic Maida (Hr.) (2015): *Gute Hochschullehre: Eine evidenzbasierte Orientierungshilfe. Wie man Vorlesungen, Seminare und Projekte effektiv gestaltet*. Hg. v. Universität Trier. Berlin, Heidelberg.
- Schnell, Martin W. (2006): *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. 1. Aufl. Bern.
- Schnoor, Heike; Mietens, Artur; Lange, Carmen (2006): *Qualitätszirkel. Theorie und Praxis der Problemlösung in Schulen*. Paderborn, München [u.a.].
- Schnoor, Heike (2011): *Psychodynamische Beratung*. Göttingen.
- Schnoor, Heike (2013): *Psychosoziale Beratung im Spannungsfeld von Gesellschaft, Institution, Profession und Individuum*. Mit 1 Tabelle. Göttingen.
- Schnoor, Heike (2013): *Psychosoziale Beratung im Spannungsfeld von Gesellschaft, Institution, Profession und Individuum*. Göttingen.
- Schöter, Benjamin (2012): *Entwicklungsmodelle: Erik H. Eriksons Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung und Klaus Hurrelmanns sieben Thesen zur Sozialisation: Darstellung, Aktualität und Komplementarität*. <http://www.grin.com/de/e-book/193460/erik-h-eriksons-phasenmodell-der-psychosozialen-entwicklung-und-klaus> Aufruf 18.12.2016
- Schröder, Michael (2014): *Familienbeziehungen positiv gestalten durch Elternkurse? Eine familienpsychologische Betrachtung der personenzentrierten Elternschule „Miteinander leben“*. S. 163 – 167 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14). Köln
- Schröder-Bäck, Peter; Kuhn, Joseph (Hg.) (2016): *Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. 1. Auflage. Weinheim.
- Schröer, Wolfgang (Hg.) (2013): *Handbuch Übergänge*. Weinheim u.a.
- Schüßler, Ingeborg (2012): *Ermöglichungsdidaktik – Grundlagen und zentrale didaktische Prinzipien*, S. 131 – 151 58 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schüßler, Ingeborg: *Reflexionen zur Selbstbildung*. Festschrift für Rolf Arnold, Bielefeld.
- Schüßler, Ingeborg (2008): *Reflexives Lernen in der Erwachsenenbildung - zwischen Irritation und Kohärenz*. Hg. v. bildungsforschung (Ausgabe 2). <http://bildungsforschung.org/index.php/>

Schüßler, Ingeborg; Thurnes, Christian M. (2006): Lernkulturen in der Weiterbildung. Hg. v. Studententexte für Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bielefeld.

Schlüter, Anne; Faulstich-Wieland, Hannelore (2009): Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft- Inspirationen und Modifikationen durch Pierre Bourdieu. in Friebertshäuser, Barbara u.a.: Reflexive Erziehungswissenschaften. Wiesbaden.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. Hg. v. SSOAR www.ssoar.info. Kassel. In: Neue Praxis 13 (1983), 3, pp. 283-293. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-53147>. oder http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/5314/ssoar-np-1983-3-schutze-biographieforschung_und_narratives_interview.pdf Aufruf 16.12.2016

Schütze, Yvonne (1991): Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters „Mutterliebe“. 2., unveränd. Aufl. Bielefeld.

Schuhrke, Bettina (1998): Kindliche Körperscham und familiäre Schamregeln. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bd. 11).

Schulz, Marlen; Mack, Birgit; Renn, Ortwin (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden.

Schwingel, Markus (2003): Pierre Bourdieu zur Einführung. Hamburg.

Seehaus, Rhea (2016): Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt – zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 26 – 29 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.

Seewald, Cornelia (2014): Empathie in der Wirtschaft: Verstehen und Verständigung. S. 138 -141 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45 (03/14). Köln.

Seitter, Wolfgang (2007): Geschichte der Erwachsenenbildung. Eine Einführung. Hg. v. Schriftenreihe Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bielefeld.

Sichtermann, Barbara (1981): Leben mit einem Neugeborenen. Frankfurt am Main.

Sichtermann, Barbara (2002): Vorsicht Kind. Eine Arbeitsplatzbeschreibung für Mütter, Väter und andere. 13. Aufl. Berlin.

Siebert, Horst (2006): Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung. Konstruktivistische Perspektiven. 2., überarb. Aufl. Augsburg.

Siebert, Horst (2011): Theorien für die Praxis. 3., aktualis. u. erw. Aufl. Bielefeld.

Siems, Martin (1986): Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Reinbek bei Hamburg.

Sinus Institut (2014): AOK Familienstudie 2014. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahre. Forschungsbericht des Sinus-Instituts im Auftrag des AOK Bundesverbandes. Berlin. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok_familienstudie_2014_gesamtbericht_band_1.pdf Aufruf 16.12.2016

Skeide, Annetrin (2016): Die Befähigung der Gefühle. Handlungs- und Entscheidungsspielräume in der Interaktion zwischen Hebammen und Frauen. Kurzbeitrag zum Vortrag. S. 30 – 33 in: Jung, Tina: Die Politik der Geburt. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Wandel von Gebären und Geburtshilfe. Reader zum Workshop am 21.10.2016 in Gießen. Hg. v. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus Liebig Universität Gießen. Gießen.

„Soziale Rolle“ in Wikipedia. https://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Rolle Aufruf 16.11.2016

Sperlich, Stefanie (2009): Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit durch Empowerment. Empirische Analyse der Gesundheitseffekte für sozial benachteiligte Mütter. Wiesbaden, Hannover.

Stahl, Katja (2007): Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen. Ergebnisbericht. Hamburg. <http://www.hamburg.de/contentblob/4933628/d547378ff64bf357e43cb4395155a7f4/data/hebammenbericht-2016-download.pdf> Aufruf 16.12.2016

Staschek, Barbara (2006): Expertise Familienhebamme. Hannover. <http://www.hamburg.de/contentblob/4933628/d547378ff64bf357e43cb4395155a7f4/data/hebammenbericht-2016-download.pdf> Aufruf 16.12.2016

Statistisches Bundesamt (2015): Hebammen und Entbindungspfleger in Krankenhäusern. Zahl der Woche vom 05. Mai 2015 https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2015/PD15_019_p002pdf.pdf?__blob=publicationFile Aufruf 05.11.15

Stellungnahme der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) zur Anhörung des Präventionsgesetzes im Bundestag, <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvgasnr=10836> Aufruf 30.04.15

Stern, Daniel N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart.

Stiegler, Barbara (2004): Geschlechter in Verhältnissen. Denkanstöße für die Arbeit in Gender Mainstreaming Prozessen. Bonn.

Straumann, Ursula (2006): Personenzentriertes Coaching und Supervision. Ein interdisziplinärer Balanceakt. Kröning.

Strauss, Anselm L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München.

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (2010): *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl. Weinheim.

Streeck, Cindy (2014): Broschüre Fachliche Grundlagen der Frühen Prävention Karlsruhe. [https://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/kinderbuero/fruehe_praevention/HF_sections/content/ZZitD0ozwhUXS3/ZZIEw7svnnqWt/Broschüre_Fachliche Grundlagen der frühen Prävention.pdf](https://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/kinderbuero/fruehe_praevention/HF_sections/content/ZZitD0ozwhUXS3/ZZIEw7svnnqWt/Broschüre_Fachliche_Grundlagen_der_fruehen_Praevention.pdf) Aufruf 16.12.2016

Strübing, Jörg (2004): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden.

Supervidieren Sie europäisch? Ein wichtiges Kapitel aus dem „Europäischen Glossar für Supervision und Coaching“ im Originaltext. Bitte vergleichen Sie sich. *ECVision Glossar + Kompetenzprofil* (2016). S. 12 – 13 in: *Journal Supervision - DGSv* (1). Köln.

Tagung an der Philipps-Universität Marburg (2016): „Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung“. http://www.arbeitstagung-mutterschaft.de/ndxzsite/img/Arbeitstagung_Mutterschaft_2016.pdf Aufruf 16.12.2016

Textor, Martin R. (ca. 2000): *Mutterschaft gestern - heute - morgen*. Hg. v. *Das Kita-Handbuch*. Würzburg. <http://www.kindergartenpaedagogik.de/> Aufruf 16.12.2016

Thielen, Manfred; Arnim, Angela von (2009): *Körper - Gefühl - Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation*. Orig.-Ausg. Gießen.

Thöne-Geyer, Bettina; u.a. (2015): *Der vielfältige und weite Nutzen von allgemeiner Erwachsenenbildung. Ergebnisse der europäischen Studie „Benefits of Lifelong Learning“*. Hg. v. *DIE Space Aktuell*. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bielefeld.

Toppe, Sabine (2010): *Care-Ethik und Bildung. Eine neue „Ordnung der Sorge“ im Rahmen von Ganztagsbildung?* S. 69 -86 in: Moser, Vera; Pinhard, Inga [Hg.]: *Care - Wer sorgt für wen?* Opladen u.a.(Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft; 6). urn:nbn:de:0111-opus-82277. http://www.pedocs.de/volltexte/2013/8227/pdf/JP_FGE_2010_06_Toppe_Care_Ethik_und_Bildung.pdf Aufruf 16.12.2016

Trautmann-Voigt, Sabine; Voigt, Bernd (Hrsg.) (1997): *Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie*. Frankfurt am Main.

Truschat, Inge; Kaiser, Manuela; Reinartz, Vera (2005): *Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 22, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502221> Aufruf 16.12.2016

(UN)Möglich! Verkörperte und bewegte Heterotopien als Ort der Bildung. Institut für Erziehungswissenschaft und Institut für Sportwissenschaft und Motologie der Philipps-Universität Marburg. Tagung 03. - 05.03.2016. Marburg. Heterotopien. <https://bewegteheterotopien.wordpress.com/programm/> Aufruf 10.01.2017

- Velho, Astride (2015): Alltagsrassismus erfahren. Prozesse der Subjektbildung – Potentiale der Transformation. Bern u.a.
- Venth, Angela (2006): Gender-Porträt Erwachsenenbildung. Diskursanalytische Reflexionen zur Konstruktion des Geschlechterverhältnisses im Bildungsbereich. Hg. v. Buchreihe Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bielefeld. <https://www.die-bonn.de/doks/2006-theorie-der-erwachsenenbildung-01.pdf> Aufruf 18.12.2016
- Venth, Angela (2007): Gender-Kontraste: Das Lernen von Frauen und Männern. Die Fakten. Hg. v. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. <https://www.die-bonn.de/doks/venth0701.pdf> Aufruf 18.12.2016
- Villa, Paula-Irene; Moebius Stephan; Thiessen, Barbara (Hr.) (2011): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main.
- Wagner, Gemma (2015): Die Bedeutung der Stimme in der Therapie und Pädagogik. In: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. Jahrgang (4). Köln.
- Wahl, Ariane (2015): Erlebensbezogenes Concept Coaching (ECC) - eine Methode zur Förderung von Selbstorganisationsprozessen. In: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 46. Jahrgang (4). Köln.
- Walgenbach, Katharina (2015): Geschlecht in gesellschaftlichen Transformationsprozessen. 1. Aufl. Opladen [u.a.].
- Walk, Laura (2011): Bewegung formt das Gehirn. Lernrelevante Ergebnisse der Gehirnforschung. Hg. v. DIE Zeitschrift (1/2011). www.diezeitschrift.de/12011/walk1001.pdf Aufruf 18.12.2016
- Walter, Ulla (2015): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung : Sonderband, 1). Köln.
- Weber Susanna Maria; Elven, Julia; Schwarz, Jörg (Hg.) (i.V.): Habitus, Reflexivität und Beratung. Theoretische, empirische und methodologische Aspekte.
- Weber-Kellermann, Ingeborg (1974): Die deutsche Familie. Versuch einer Sozialgeschichte. 7. Aufl. Frankfurt am Main.
- WHO (2000): Erklärung von München. Pflegende und Hebammen - ein Plus für Gesundheit. Hg. v. WHO. Kopenhagen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53855/E93016G.pdf Aufruf 18.12.2016
- Wiemann, Bianca (2010): Von der Schule in die Berufsausbildung - zum Verhältnis von Gatekeeper und kulturellem Kapital bei der Berufswahlentscheidung. Eine empirische Fallstudie über die Berufswahlentscheidung zur Hebamme im Raum Magdeburg. Hg. v. Magdeburger Schriften zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Magdeburg (Heft 2).
- Wild-Missong, Agnes (1983): Neuer Weg zum Unbewussten. Focusing als Methode klientenzentrierter

trierter Psychoanalyse. Salzburg.

Winkens, Herbert (2016): Der Beitrag von Supervision zur Stärkung von Resilienz in der Jugendhilfe. Eine empirische Untersuchung der Risikofaktoren für Arbeitnehmer/-innen und Organisationen der Jugendhilfe sowie der Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit durch Supervision. Masterarbeit FH Vorarlberg. Fachhochschule Vorarlberg und Schloss Hofen. Vorarlberg.

Winkens, Herbert (2016): Supervision stärkt Resilienz. Das zeigt eine aktuelle empirische Studie, die typische Belastungsfaktoren von Arbeitnehmer/innen der Jugendhilfe und die Wirkung von Supervision untersucht. S. 3 - 5 in: *Journal Supervision - DGSv* (2). Köln.

Winter, Merve: Psychoanalyse in der feministischen Kritik. Von der „Weiblichkeitsdebatte“ zu aktuellen feministischen Rezeptionen. Hg. v. Phase 2 Zeitschrift gegen die Realität (Ausgabe 42 Freudsches Versprechen). <http://phase-zwei.org/hefte/artikel/psychoanalyse-in-der-feministischen-kritik-29/> Aufruf 18.12.2016

Winterfeld, Uta von (1995): Auf den Spuren der Angst. Über die Angst von Frauen in ihrer biographischen, alltäglichen und sozialen Dimension. Bielefeld.

Wittinger, Thomas (2000): Psychodrama in der Bildungsarbeit. Mainz

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> Aufruf 18.12.2016

Wright, Michael T. (Hg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl. Bern.

Wünts, Oliver (2014): Personenzentriertes Organisationscoaching mit der Theorie U. S. 9 – 19 in: *GwG Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 45. Jahrgang (01). Köln.

Wuttig, Bettina (2010): Der traumatisierte Körper, die vibrierende Ruhe und die Kraft der Vergesslichkeit. Zum Verhältnis von Körper, Trauma und Geschlecht. S. 351 – 363 in Abraham, Anke; Müller, Beatrice (Hrsg.): *Körperhandeln und Körpererleben – Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld*, Bielefeld.

Wuttig, Bettina (2014): Der Fall des Traumas: zur somatischen Dimension geschlechtlicher Subjektivierungen. Eine Einführung in die Soma Studies. Marburg. <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2015/0225/pdf/dbw.pdf> Aufruf 18.12.2016

Wydler, Hans (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim [u.a.].

Zander, Margharita (2015): Resilienzforschung aktuell: Was können wir daraus lernen? München.

Zaouche-Laniau, Martine; Schaer, Burkhard; Bauer, Caroline: Focus Groups. http://www.focus-balkans.org/res/files/upload/file/FOCUS%20final%20ECOZEPTGEM_focusgroup.pdf Aufruf 18.12.2016

Zeller, Maren (2012): Bildungsprozesse von Mädchen in den Erziehungshilfen. Weinheim.

Zeller, Maren; Schröder, Jutta; Rettig, Hanna (2014): Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen? In: *Sozialmagazin* (7 - 8) / 2014. [https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/sozialmagazin/article/Journal.html?tx_beltz_journal\[article\]=15281&cHash=500118c3e80fb979367a2c0e548a2a3d](https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/sozialmagazin/article/Journal.html?tx_beltz_journal[article]=15281&cHash=500118c3e80fb979367a2c0e548a2a3d). oder <https://www.uni-trier.de/index.php?id=55288>. Aufruf 18.12.2016

Zeuner, Christine (2012): Zur Aufgabe der Erwachsenenbildung aus historischer und international-vergleichender Perspektive. S. 210 – 224 in: Gieseke, Wiltrud; Nuissl, Ekkard; Schübler, Ingeborg: Reflexionen zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold, Bielefeld.

Zoege, Monika (2004): Die Professionalisierung des Hebammenberufes. Anforderungen an die Ausbildung. Bern: Huber.

6. Urheberschaftserklärung

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne fremde Hilfe verfasst, nicht andere als die in ihr angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, alle vollständig oder sinngemäß übernommenen Zitate als solche gekennzeichnet sowie die Dissertation in der vorliegenden oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen in- oder ausländischen Hochschule anlässlich eines Promotionsgesuchs oder zu anderen Prüfungszwecken eingereicht habe.

.....
(Unterschrift)