



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Ethische Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation und die Verarbeitung mittels Supervision bei Hebammen

verfasst von / submitted by

Firdevs Mercan, BEd BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt / UA 066 641
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt / Masterstudium Interdisziplinäre Ethik
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Sigrid Müller

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie ethische Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation von Hebammen erlebt werden und welche Bedeutung die Supervision hinsichtlich der Verarbeitung einnimmt. Hierbei wurde die Arbeit in drei wichtige Themenbereiche eingegliedert.

Der erste Teil, welcher wiederum aus drei weiteren Kapiteln besteht, beschäftigt sich mit der theoretischen Auseinandersetzung des Themas. Definitionen wichtiger Begrifflichkeiten, das Spannungsfeld in dem Beruf der Hebamme, medizinethische Grundlagen und mögliche Bewältigungsstrategien bei auftretenden ethischen Herausforderungen kennzeichnen diesen Teilbereich der Arbeit.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die empirische Vorgehensweise der Studie beschrieben. Die leitfadengestützte Interviews mit mehreren Hebammen sollen mögliche Antworten auf die Fragestellung geben. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) werden induktive Kategorien gebildet und anhand dessen die Ergebnisse veranschaulicht.

Der letzte Bereich widmet sich der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse. Hierbei werden stimmige und unstimmmige Ergebnisse präsentiert, in Verbindung zueinander gebracht und verknüpft. Im Fokus des Interesses werden die ethischen Herausforderungen und die Bewältigungsstrategien stehen. Diese Untersuchung liefert wichtige Erkenntnisse für die Beantwortung der Forschungsfrage aus medizinethischer und berufsethischer Sichtweise.

Abstract

The following master thesis deals with the question of how midwives experience ethical challenges in the area of conflict between role, person and organisation and what significance supervision has in terms of processing. The work was divided into three important subject areas.

The first part, which consists of three further chapters, deals with the theoretical discussion of the topic. This part of the work is characterised by definitions of important terms, areas of conflict in the midwifery profession, medical ethics and possible strategies for coping with ethical challenges that arise.

In the second part of the work, the empirical procedure of the study is described. The guided interviews with several midwives should give possible answers to the research question. With the help of the qualitative content analysis according to Mayring (2010), inductive categories are formed and the results are illustrated.

The last area is dedicated to the evaluation and presentation of the results. Consistent and inconsistent results are presented, brought together and linked. The focus of interest will be on the ethical challenges and coping strategies. This study provides important insights of the research question from a medical-ethical and professional-ethical point of view.

Danksagung

Ein äußerst langer Schreibprozess, welcher trotz allem ein Ende gefunden hat, definiert das Ende meines Studiums. Die folgenden Zeilen möchte ich als ein kleines „Dankeschön“ all jenen Menschen widmen, die mich auf diesem langwierigen Weg begleitet und unterstützt haben.

Ein großer Dank gilt Frau Univ.-Prof. Dr. Sigrid Müller, die im Zuge der Masterarbeit sehr geduldig und zuvorkommend gewesen ist.

Ein weiteres Dankeschön gebührt den wichtigsten Menschen in meinem Leben, meinen Eltern Halise und Mehmet Fatih. Eure unermüdliche Unterstützung in allen Bereiche meines Lebens hat mich zu der Person gemacht, die ich aktuell bin. Meine Dankbarkeit kann ich in den folgenden Sätzen gar nicht beschreiben. Siz olmasaydınız, ben ne yapardım.

Meinen Brüdern Sakip und Yakup, die meine Höhen und Tiefen des Studiums miterleben und ertragen mussten, möchte ich ebenfalls einen Dank aussprechen.

Eine wichtige Unterstützung stellte auch meine Kommilitonin und liebe Freundin Selda Aykanat dar. In meinen schwierigen und demotivierten Phasen hast du mir den nötigen Tritt verpasst, sodass ich weitermachen und vorankommen konnte. Herşey için teşekkür ederim, canım.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Einführung in den Themenbereich	1
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit.....	2
1.3	Aufbau der Arbeit.....	3
2	Spannungsfeld Rolle-Person-Organisation	5
2.1	Beruf und Identität.....	5
2.1.1	Beruf als identitätsstiftendes Merkmal.....	5
2.1.2	Berufliche Identität.....	6
2.2	Die Bedeutung der Rolle	6
2.2.1	Begriffsdefinition „Rolle“	6
2.2.2	Die Geschichte des Hebammenwesens	9
2.2.3	Gesetzlich festgelegter Tätigkeits- und Kompetenzbereich von Hebammen	11
2.2.4	Unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Rolle der Hebamme	14
2.3	Die Bedeutung der Person	16
2.3.1	Werte	16
2.3.2	Ethische Werte im Beruf	20
2.4	Die Bedeutung der Organisation	27
2.4.1	Die Organisation	27
2.4.2	Primäre Aufgabe der Organisation.....	29
3	Medizinethik.....	31
3.1	Medizinethische Grundlagen	31
3.2	Die vier medizinethischen Prinzipien.....	34
3.2.1	Achtung der Autonomie des Patienten/der Patientin (respect for autonomy)....	35
3.2.2	Prinzip der Schadensvermeidung (non-maleficence).....	36
3.2.3	Patient/innenwohl (beneficence)	36
3.2.4	Handeln im Sinne der Gerechtigkeit (justice)	37

3.2.5	Kritik an den vier medizinethischen Prinzipien	38
4	Verarbeitung ethischer Herausforderungen	40
4.1	Ethik im Curriculum als Bewältigungsstrategie	40
4.1.1	Modell: „Increasing Ethical Competence in Midwifery Education and Practice“ (INEC)	40
4.1.2	Modell: „The Midwives' Ecosystemic Model of Ethical Thinking“ (MEMET)	43
4.2	Supervision als Bewältigungsstrategie	46
4.2.1	Bedeutung und Aufgaben der Supervision.....	46
4.2.2	Supervisionssettings	48
4.2.3	Psychoanalytische Supervisionsansätze	50
5	Methodische Vorgehensweise – Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)	52
5.1	Begriffsdefinition.....	52
5.2	Begründung für das Heranziehen der qualitativen Inhaltsanalyse	53
5.3	Festlegung des Materials	54
5.4	Darstellung der Interviewpartnerinnen	56
5.4.1	Interviewpartnerin 1	56
5.4.2	Interviewpartnerin 2	56
5.4.3	Interviewpartnerin 3	56
5.4.4	Interviewpartnerin 4	57
5.5	Leitfadengestützte Interviews.....	57
5.6	Formen der qualitativen Inhaltsanalyse	58
5.7	Vorgehensweise mittels induktiver Kategorienbildung	59
6	Auswertung der Ergebnisse.....	62
6.1	K1: Herausforderung in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten	62
6.2	K2: Schwierigkeiten im Team	63
6.3	K3: Konflikte in Bezug auf die Rolle	66
6.4	K4: Konflikte in Bezug auf die Person.....	68
6.5	K5: Konflikt in Bezug auf die Organisation.....	69

6.6	K6: Bedeutung der Supervision.....	71
6.7	K7: Notwendigkeit bei Supervisandinnen	73
6.8	K8: Vorteile der Supervision	74
7	Fazit	78
8	Literaturverzeichnis.....	81
9	Abbildungsverzeichnis	84
10	Anhänge	85
10.1	Interviewleitfaden	85
10.2	Kategorienbildung nach Mayring (2010).....	85

1 EINLEITUNG

1.1 EINFÜHRUNG IN DEN THEMENBEREICH

In unserer modernen Gesellschaft hat der berufliche Lebensbereich einen enormen Einfluss bei der Identitätsbildung von Menschen, da der Begriff der "beruflichen Identität" immer mehr an Bedeutung gewinnt. In den letzten Jahrzehnten hat die Bezeichnung „Berufung“ einen immer höheren Stellenwert erhalten, da sich Personen dazu „berufen“ sehen einer gewissen Tätigkeit nachzugehen. Dieser identitätsstiftende Faktor ist vor allem in Bezug auf die soziale Identität einer Person bedeutsam. Dabei steht der Beruf, in dem Fall die Rolle eines jenen, nie für sich allein, sondern in einer Wechselwirkung mit der Person und der Organisation in welcher man tätig ist. (vgl. Hutter, 1992, S. 61-62) Als Rolle beschreibt Stefan Kühl (2018) eine Bündelung an Erwartungen, welche an eine Person gerichtet wird (vgl. Kühl, 2018, S. 496-497). Hierbei trägt die Person selbst eine gewisse Vorstellung an den Beruf heran, die für die Ausübung als essentiell erachtet wird, wobei auch die Organisation beziehungsweise Institution eine gewisse Erwartungshaltung hinsichtlich der Rolle aufweist. Diese Diskrepanz zwischen den Vorstellungswelten bezüglich der Rolle und der primären Aufgabe kann als inneres Dilemma der Person bezeichnet werden. (vgl. French, 2003, S. 209)

Oftmals müssen Personen eine Vielzahl an unterschiedlichen Rollen innerhalb ihres Berufs einnehmen, wodurch besondere Herausforderungen entstehen. Die Wünsche und Erwartungen von Kolleginnen und Kollegen, sowie von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Rolle tragen ebenfalls zum eigenen Rollenverständnis bei.

"Im beruflichen Alltag ist ein komplexes Zusammenspiel mehrerer Kategorien von Werten – berufsbezogenen, sinnorientierten sowie unternehmerischen – beobachtbar. Die heutige berufliche Praxis, die von einer starken Spezialisierung gekennzeichnet ist, erfordert zwar die Beachtung von normativen Rahmenbedingungen, d. h. rechtlichen und ethischen Normen, doch genügt dies bei weitem nicht, um die Ziele eines Unternehmens, einer Berufsgruppe etc. zu realisieren." (Müller et al., 2020, S. 180)

Wie man aus der vorliegenden Textpassage entnehmen kann, spielen bei der Ausübung und Bewerkstelligung eines Berufs Werte aus mehreren Kategorien eine Rolle. Werte, die für den jeweiligen Berufszweig essentiell und kennzeichnend sind, persönliche Werte und Werte, die

den Unternehmen und Organisationen zugrunde liegen, stehen in einer Wechselwirkung zueinander. (vgl. Müller et al., 2020, S. 180) Das Aufeinandertreffen mehrere Werte-Kategorien, welche unter anderem auch gegensätzlich zueinander sein können, können zu inneren Konflikten beziehungsweise zu ethischen Herausforderungen einer Person führen.

Bei dem Beruf der Hebamme kann es vermehrt zu ethischen Herausforderungen kommen, da diese in ihrer Tätigkeit mit Aufgaben konfrontiert sind und Praktiken ausüben müssen, die unter Umständen nicht mit ihren eigenen moralischen Vorstellungen und Werten einhergehen. Die International Confederation of Midwives (ICM), welche die "International Code of Ethics for Midwives" im Jahre 1993 verfasste und in den Jahren 1999, 2008 und 2014 überarbeitete, besagt, dass Hebammen sich dazu entscheiden können, an gewissen Praktiken nicht teilzunehmen, für welche sie einen tiefen moralischen Widerstand erheben, dabei sei es aber wichtig zu erwähnen, dass das individuelle Gewissen nicht die wesentlichen Gesundheitsdienste für die Frau und ihr Kind vorenthalten sollte. Ausgehend von dieser Überlegung kann es zu einem Konflikt zwischen dem Berufsethos von Hebammen und der Unternehmensethik, welche die Umsetzung aller medizinischen Praktiken mit sich bringt, kommen. Dieser Konflikt spiegelt sich in der Rolle einer Person wider, sodass es eine emotionale Belastung zur Folge haben kann. Eine Methode zur adäquaten Behandlung dieser Konflikte könnte die Inanspruchnahme von Supervision darstellen.

„Supervision und Coaching sind wirksame Instrumente der Qualitätssicherung professioneller Arbeit [...]. Und mehr noch: Sie tragen als Praxisforschung zu Innovation und Entwicklung bei.“ (Krall et al., 2008, S. 15)

Abgesehen von der Innovation und der Entwicklung der eigenen Arbeits- und Handlungsweise kann die Supervision eine geeignete Methode für die Bewältigung von psychischen Belastungen in Bezug auf die Arbeit darstellen. Die Bearbeitung struktureller Schwierigkeiten in der Organisation beziehungsweise im Team und diverser Fallbeispiele im Arbeitsalltag in den Supervisionseinheiten erweitert das psychodynamische Verständnis, welche die Entlastung und Beruhigung einer Person mit sich bringt. (vgl. Boessmann, 2005, S. 29) Diese Methode kann sich bei der Bewältigung von ethischen Herausforderungen als hilfreich erweisen.

1.2 FORSCHUNGSFRAGE UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Um die Wertekonflikte und die Verarbeitung dieser für den Beruf der Hebammen besser erläutern zu können, wird die folgende Fragestellung der Masterarbeit zugrunde gelegt: "Wie

werden ethische Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation von Hebammen erlebt und welche Bedeutung hat die Supervision hinsichtlich der Verarbeitung?“.

Die umfangreiche Literaturrecherche, sowie die Durchführung der leitfadengestützten Interviews mit praktizierenden Hebammen sollen zur Erfüllung des Forschungsvorhabens führen.

1.3 AUFBAU DER ARBEIT

Die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Ethische Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation und die Verarbeitung mittels Supervision bei Hebammen“ bietet eine neue Perspektive für die Bearbeitung ethischer Herausforderungen im medizinischen Kontext bei Hebammen. Für die adäquate Auseinandersetzung mit der Thematik wurde die Arbeit in drei große Teilbereiche gegliedert.

In dem ersten Teil der Arbeit kommt es zu einer theoretischen Auseinandersetzung mit der Literatur und dem aktuellen Forschungsstand. Hierbei soll das Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation erläutert werden. Diesbezüglich soll die primäre Aufgabe, als auch die Anforderungen, die an die Rolle herangetragen werden, im Fokus der Arbeit stehen. Wichtig sind zudem die Bearbeitung der medizinethischen Grundlagen, die Begriffsdefinitionen von diversen Schlüsselwörtern, sowie die Abhandlung der Berufsethik. Auch werden die ethischen Herausforderungen und die Bedeutung und Funktion der Supervision in diesem Teilbereich abgedeckt.

In dem zweiten großen Teilbereich meiner Arbeit wird die methodische Vorgehensweise der qualitativen Studie behandelt, wobei Leitfadeninterviews mit vier Hebammen geführt wurden. Dabei soll die Aufbereitung des Interviews, der Feldzugang und die Kontaktierung der Teilnehmerinnen erläutert werden. Zudem wird die Auswertungsmethode, welche nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) erfolgte, thematisiert und veranschaulicht werden.

Der letzte wichtige Teilbereich der Arbeit beschäftigt sich mit der Analyse und der Kontextualisierung der geführten Interviews. Durch die induktive Kategorienbildung nach Mayring (2010) werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und dargestellt. Dabei werden stimmige als auch unstimmige Ergebnisse thematisiert und in Bezug zur Theorie gebracht.

Mit einer Zusammenfassung und der Beantwortung der Forschungsfrage wird die Masterarbeit beendet. Hierbei sollen zudem mögliche weiterführende Themen und Forschungsfragen angeführt werden.

2 SPANNUNGSFELD ROLLE-PERSON-ORGANISATION

2.1 BERUF UND IDENTITÄT

2.1.1 Beruf als identitätsstiftendes Merkmal

Die Auseinandersetzung hinsichtlich der Zusammensetzung der Identität ist ein Thema, welches den akademischen Diskurs sehr stark geprägt hat und welches zunehmend an Bedeutung gewinnt. Hierbei ist die Definition dieser Begrifflichkeit von großer Bedeutung, welche in den sozialwissenschaftlichen Bedeutungskontexten unterschiedlich aufgefasst und definiert werden kann (vgl. Hutter, 1992, S. 60). Zum einen kann die Identität mit diversen Attributen im Zusammenhang stehen. Die an die Person herangetragenen Zuschreibungen definieren die „soziale“ beziehungsweise die „öffentliche“ Identität und stehen mit den Konzepten der „Typisierungen“ und „Rollenzuschreibungen“ in Verbindung. Einer weiteren Auffassung nach kann diese auch im charakteristischen Kontext eines sozialen Systems beschrieben werden, welche beispielsweise die kulturelle und nationale Identität miteinschließen. Zuletzt ist die Identität auch ein „selbstreflektierter Prozess eines Individuums [...]“. Eine Person stellt Identität über sich her, indem er ihr Wissen beziehungsweise ihre Erfahrungen über sich selbst verarbeitet.“ (Frey & Haußer, 1987, S. 4) Von diesen Bedeutungskontexten ausgehend kann von der sozialen, kulturellen und subjektiven Identität gesprochen werden (vgl. Hutter, 1992, S. 60-61). Während es sich bei den ersten beiden Fällen um Außenperspektiven der Identität handeln, welche vor allem die Wahrnehmung der Mitmenschen in den Vordergrund rückt, handelt es sich bei der letzteren um die selbstständige Auseinandersetzung mit der Identität und stellt somit die Innenperspektive dar. Dieses Phänomen der Identitätsbildung steht nicht nur mit der persönlichen Identität in Verbindung, sondern kann auch für die berufliche von bedeutender Relevanz sein. Die Frage „wer ich bin, [...] hängt davon ab, was ich bislang aus meiner Umwelt erfahren habe [...] und wie ich diese Erfahrung zu einem Bild über mich selbst zusammenfüge, von dem ich sage: Das bin ich!“ (Frey & Haußer, 1987, S. 6).

In Anbetracht dieser Überlegung steht die Entwicklung der Identitätsbildung mit dem beruflichen Umfeld einer Person in Verbindung, da ein erheblicher Teil des Alltages durch eine angenommene „Rolle“ gekennzeichnet wird, und diese wiederum das eigene Erleben und die eigene Wahrnehmung hinsichtlich des Selbst beeinflusst.

2.1.2 Berufliche Identität

Der berufliche Lebensbereich einer Person hat einen enormen Einfluss bei der Identitätsbildung von Menschen, da der Begriff der „beruflichen Identität“ immer mehr an Bedeutung gewinnt. Zudem wird auch die Bezeichnung der „Berufung“ zunehmend öfters verwendet, da mittlerweile viele Personen sich über ihre berufliche Tätigkeit definieren und diese häufig eine primäre Quelle des Selbstwertgefühls darstellt. Folglich kann mit dem Einsetzen der Modernisierungsprozesse eine Abnahme in den traditionell identitätsstiftenden Instanzen, wie unter anderem den verwandtschaftlichen Beziehungen, religiösen Weltanschauungen und vielen weiteren traditionell bestimmenden Merkmalen, verzeichnet werden. (vgl. Beck et al., 1980, S. 215-217)

„Die Folge davon ist auch ein gewisses Ausgeliefertsein der Menschen an die Berufswelt. Durch die Identifizierung mit einem Beruf begibt sich der Arbeitende in eine durch die ökonomischen Entwicklung (fremd-) bestimmte Situation.“ (Hutter, 1992, S. 64)

Demnach ist ersichtlich, dass es zwischen der beruflichen Laufbahn, der beruflichen Identität und der Persönlichkeit einen Zusammenhang gibt und somit wird dem Beruf einer Person ein sehr hoher Stellenwert im Leben zugeschrieben. Die berufliche Identität erlangt dadurch einen bestimmenden Charakter für die „Gesamtidentität“ eines jeden. (vgl. Haußer, 1995, S. 21)

„Hilfreich und sinnvoll ist es sicher berufliche Identität als ein zentraler Aspekt der sozialen Identität zu betrachten. Die soziale Identität ist [...] der Teil eines individuellen Selbstkonzepts, welcher sich aus der Kenntnis der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe und aus dem mit dieser Zugehörigkeit verbundenen Wert und emotionaler Bedeutung ergibt.“ (Heinzer & Reichenbach, 2013, S. 17)

Angesichts dieser Überlegungen ist die Auseinandersetzung mit der „Rolle“ einer Person wichtig, um das Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation besser erfassen zu können.

2.2 DIE BEDEUTUNG DER ROLLE

2.2.1 Begriffsdefinition „Rolle“

Eine mögliche Verständnisweise der beruflichen Rolle, welche vor allem im alltäglichen Gebrauch Anwendung findet, ist, dass es sich hierbei um eine Position handelt, welche innerhalb des hierarchischen Systems einer Institution beziehungsweise Organisation eingenommen wird. Nach dieser Auffassung kann der Begriff „Rolle“ als eine Art Stellenbeschreibung verstanden werden, in welcher die Aufgabenbereiche und die Funktionen

der Person definiert und festgehalten werden. Diese Definition impliziert, dass es sich bei der beruflichen Rolle um ein statisches Konstrukt handelt und keine dynamische Eigenschaft wird dieser beigemessen. Zudem erweckt diese Beschreibung den Anschein als würde lediglich die Vorgaben der Organisation die berufliche Rolle definieren, wobei gesagt werden kann, dass die Identität und die persönlichen Vorstellungen, wie die Rolle in der Organisation auszusehen hat, definierenden Aspekten entsprechen. Demnach kann bei dem Begriff „Rolle“ zwischen zwei Formen unterschieden werden, nämlich die Rolle der Person, welche mit den Erwartungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Zusammenhang stehen, und zum anderen die Rolle der Person nach Vorstellungen der Institution beziehungsweise Organisation, da auch diese eine Erwartungshaltung hinsichtlich der zu einnehmenden Position aufweist. (vgl. Beumer & Sievers, 2000, S. 10-17) Von dieser Überlegung ausgehend, kann die Rolle als der Bereich bezeichnet werden,

„[...] der die ‚Schnittstelle‘ von Person und Organisation bzw. personalen und sozialen Systemen bildet. Die Rolle, die jemand in einer Organisation innehat, ist ein ‚Bereich‘, der einerseits durch die Organisation und deren Vorgaben (andere Rollen, Systemgrenzen, Ressourcen, Aufgaben etc.) beeinflusst wird, und der andererseits durch den Rollenträger, d. h. die jeweilige Person, die diese Rolle übernimmt und innehat, ausgefüllt und gestaltet wird. Ein solches Rollenverständnis ist kein statisches; die Rolle ist vielmehr Teil der psychosozialen Dynamik [...]“ (Beumer & Sievers, 2000, S. 4)

Daher beschreibt Stefan Kühl (2018) die Rolle als eine Bündelung an Erwartungen, welche an eine Person gerichtet werden (vgl. Kühl, 2018, S. 496-497). In den meisten Fällen sind sich die Personen über die „formale Rolle“ bewusst, denn diese beinhaltet die Rangordnung in der hierarchischen Struktur in der sich diejenige/derjenige eingliedern muss, die Angaben zum Team mit dem gearbeitet wird, die Normen der Tätigkeit als auch die Unternehmenskultur. Auch der zeitliche Ausmaß der Tätigkeit und die entsprechende Entlohnung sind Aspekte über die sich Bewerberinnen und Bewerber für eine Position in der Regel bewusst sind. Dahingegen handelt es sich bei der „informellen Rolle“ um die Art der Bewältigung dieser Aufgabe, die mit den Erwartungen des Teams und dem Umfeld in Verbindung stehen. Diese wird in der Regel nicht von der Institution beziehungsweise Organisation abgeleitet, sondern steht vielmehr mit dem Arbeitsumfeld in Zusammenhang. Demnach sind Personen in der Arbeitswelt mit mehreren Rollen konfrontiert, welche sowohl eine förderliche als auch blockierende Funktion für das Selbst haben kann. Bei einem Widerspruch der eigenen und fremden Erwartungen, kann

es zu einem inneren Dilemma kommen. (vgl. French, 1999, S. 210) In vielen Fällen steht somit die Rolle im Zentrum des Konfliktes, da kollidierende Kräfte entstehen, welche auf die Rolle einwirken.

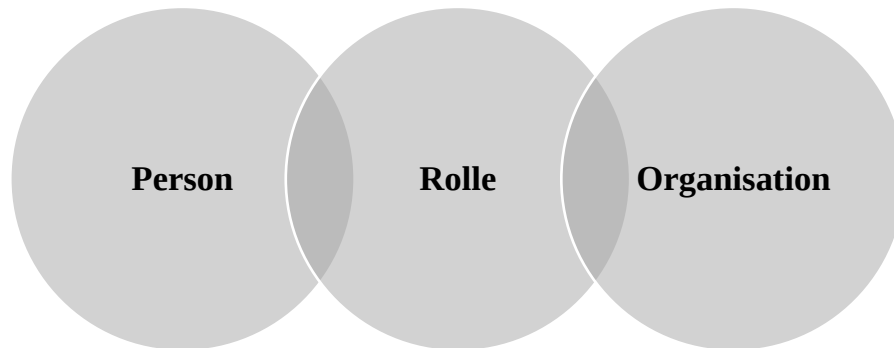


Abbildung 1: Überlappung: Rolle, Person und Organisation nach French (1999)

Personen müssen in ihrer beruflichen Tätigkeit oft mehrere Rollen zugleich einnehmen, wodurch sie eine Reihe an Kompetenzen mit sich bringen müssen. Diese Kompetenzen sind unterschiedlichen Charakters, denn diese umfassen zum einen das Bewusstsein über die unterschiedlichen Rollen und Tätigkeiten und zum anderen ist auch der gezielte Umgang mit der Außenwelt gefragt. Konflikte in Bezug auf Rolle und Person können unterschiedliche Formen annehmen und treten entweder als intrapersonelle oder interpersonelle Konflikte auf. Bei dem ersteren handelt es sich um einen Konflikt, welcher aufgrund der mehreren, unterschiedlichen Rollenanforderungen entstehen. Hierbei können die Aufgaben, welche aufgrund der Anforderungen der Institution beziehungsweise Organisation zu erfüllen sind, in einem Widerspruch mit den eigenen Werten und Grundhaltungen stehen. Diese Thematik wird in Kapitel 2.3.2.1 „Berufsethik“ ausführlich behandelt. Infolgedessen ist eine Abgrenzung der Rolle von der jeweiligen Person kaum möglich, da die Werte und die Identität eines jenen einen enormen Einfluss auf die gestellte Rollenerwartung mit sich bringt (vgl. Müller-Christ et al., 2018, S. 63). Diese Information konnte man auch anhand der angeführten Abbildung 1 entnehmen, da die Rolle zwischen der Identität und der Außenwelt agiert. Zum anderen gibt es auch die interpersonellen Konflikte, welche auch als Konflikte innerhalb des Teams bezeichnet werden können. Diese können je nach Problemlage als Personen- oder Rollenkonflikte klassifiziert werden, wobei durchaus die Möglichkeit besteht, dass Rollenkonflikte als persönliche Angriffe wahrgenommen werden, da, wie auch weiter oben angeführt, die berufliche Identität einen bestimmenden Charakter für die „Gesamtidentität“ eines jeden hat

(vgl. Haußer, 1995, S. 21). Im Zuge der vorliegenden Masterarbeit werde ich mich auf die intrapersonellen Konflikte beziehen, da die ethischen Herausforderungen hier angesiedelt sind.

2.2.2 Die Geschichte des Hebammenwesens

Um die Rolle und die Funktion der Hebammen besser verstehen zu können, ist die Auseinandersetzung mit der Geschichte des Hebammenwesens unumgänglich. Diese weist eine langjährige Tradition auf, da vermutet wird, dass bereits in der prähistorischen Zeit Frauen in der Rolle als Hebamme fungiert haben. In früheren Kulturen wurden vor allem ältere und erfahrene Frauen die Rolle der Hebamme zugewiesen, wobei diese nicht nur zur Unterstützung bei der Geburt herangezogen wurden, sondern den Frauen und Säuglingen zu jeder Zeit zur Hilfe stehen sollten. In vielen Völkern konnte der Einsatz von übersinnlichen Kräften mittels Amuletten, Ketten und Magnetsteinen verzeichnet werden, da das Entstehen von neuem Leben als etwas Mystisches und Besonderes erachtet wurde. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 181-182)

Einen großen technischen Aufschwung des Hebammenwesens kann man in der Antike verzeichnen. Sokrates, der selbst Sohn einer Hebamme gewesen ist, beschrieb die Funktionen dieser Berufsgruppe, welche die Durchtrennung der Nabelschnur, die Verabreichung von wehentreibenden Hilfsmitteln, aber auch die Funktion als Ehevermittlerin beinhaltete. Obwohl im antiken Rom auch Ärzte bei Geburten eingesetzt wurden, oblag diese Aufgabe in der Regel im Tätigkeitsbereich der Hebammen. Der berühmte römische Autor Soranos verfasste ebenfalls ein Werk, welche die notwendigen Qualitäten einer Hebamme enthielten. Darunter fielen Fähigkeiten, wie die Alphabetisierung beziehungsweise pharmazeutisches, diätisches und chirurgisches Wissen, aber auch charakterliche Eigenschaften, wie beispielsweise Mitgefühl, Unbestechlichkeit und vieles mehr. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 182-183)

Aus dem frühen Mittelalter ist kein Wissen zum Thema „Hebammenwesen“ oder „Geburtenhilfe“, sei es wissenschaftlicher oder nichtwissenschaftlicher Natur, überliefert worden. Im Spätmittelalter hingegen wurde diese Berufsgruppe aufgrund der andauernden Hexenverfolgungen stark bedroht. Das im Jahre 1486 erschienene Handbuch der Hexenverfolgung berichten über die Anfälligkeit von Hebammen für den Teufel, da sie Zugang zu den für die Hexerei notwendigen Materialien, wie der Nabelschnur oder auch der Plazenta haben. Dennoch ist eine Ambivalenz in den mittelalterlichen Schriften zu verzeichnen, wenn die Position der Hebamme zugleich mit „einem heiligen und göttlichen Stand“ gleichgesetzt wird. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 184)

Hebammen waren im Mittelalter nicht nur damit beauftragt Geburten durchzuführen und die Mütter und Neugeborenen zu unterstützen, sondern diese mussten zudem eine theologische Aufgabe übernehmen, indem sie Nottaufen, gegebenenfalls auch im Leib der Mutter, durchführten. Unter einer Nottaufe versteht man die „Seelenrettung“ des totgeborenen Säuglings. Aufgrund dieser zusätzlichen Aufgabe mussten sich Hebammen einer strengen kirchlichen Überwachung unterziehen, welche auch die Regulierung von möglichen Aborten mit sich brachte. Diese waren dazu verpflichtet Frauen mit einem Wunsch nach Abtreibung sofort zu melden und bei der Missachtung beziehungsweise bei der Beihilfe eines Abortes brachten sie sich in Gefahr eine Todesstrafe zu erhalten. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 185)

Die Veröffentlichung der ersten Hebammenverordnungen entstammen aus dem Jahr 1452, wohingegen das erste Lehrbuch „Der Swangern Frauwen vnd Hebammen Rosengarten“ von dem deutschen Arzt und Apotheker Eucharius Rößlin 61 Jahr darauf im Jahre 1513 veröffentlicht wurde. Die ersten öffentlich bezahlten Hebammen sind im Jahre 1456 zu verzeichnen und später erhielten sie zudem Lehrbücher, die mit öffentlichen Geldern bezahlt wurden. Trotz dieser Entwicklung konnte keine Verbesserung der Kenntnisse und Fertigkeiten der Hebammen verzeichnet werden. Bis in das 17. Jahrhundert hielt das niedrige Niveau unter den Hebammen an, welche auch mit Problemen wie Hyperaktivität und Alkoholismus in Verbindung gebracht wurden. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 185-186)

Eine Verbesserung des Hebammenwesens konnte erst in der Renaissance verzeichnet werden, indem die Rückkehr zur Antike einsetzte. Spitzenreiter in diesem Bereich waren Frankreich und die Niederlande, welche durch die Einführung vom offiziellen Unterricht die Hebammenausbildung revolutionierte. Zudem wurden Hebammen dazu verpflichtet bei medizinischen Notfällen einen Arzt zur Hilfestellung heranzuziehen. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 187)

„Geburtshilfe gehört nicht mehr zum Alltagswissen von Frauen, es wird durch ihre Verwissenschaftlichung zum Expertenwissen; [...]. Die Verlagerung der Geburt aus dem häuslichen in den klinischen Raum änderte auch die Orientierung der Hebamme. Nicht mehr das soziale Ereignis steht im Mittelpunkt ihrer Arbeit, sondern der physische Prozess. Die medizinisch-technische Überwachung eines physischen Vorgangs wird zum Inhalt ihrer Tätigkeit und führt allmählich zu der Charakterisierung der Hebamme als geburtsmedizinische Technikerin.“ (Scherzer, 1988, S. 154)

Im 17. Jahrhundert veröffentlichten auch Hebammen mittlerweile erstklassige Lehrbücher, wie unter anderem Marie Louise Bourgeois (1564-1644), Marie Colinet (1560-1634), oder auch Justine Siegemundin (1636-1705). Auch im deutschsprachigen Raum kam es zu einer Veröffentlichungswelle von Lehrbücher für Hebammen. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 187) Zur weiteren Entwicklung dieser Profession führten unter anderem auch folgende Maßnahmen:

- Die Gründung der berühmten Schule für Geburtshilfe in Strasbourg im Jahre 1728, welche zunächst nur Hebammen, später allerdings auch Ärzte ausbildete. Um sich an dem Beispiel zu orientieren, schickte Maria Theresia italienischsprachige und deutschsprachige Ärzte nach Frankreich, um solche Schulen ebenfalls im eigenen Reich zu eröffnen. Schließlich kam es auch zur Eröffnung weiterer Schulen, wie unter anderem in Berlin, Bern, Basel, Göttingen, Stockholm und an vielen anderen Standorten.
- Ein weiterer wichtiger Punkt stellte die Einführung von Hebammenmeister und Hebammenaufsichtskommissionen dar. Diese dienten zur Überwachung und Kontrolle der Handlungsweisen und Praktiken, welche mittlerweile den Einsatz von gewissen Medikamenten und Instrumentarien strikt untersagte.
- Ein großer Fortschritt konnte auch mit der Eingliederung der Hebammenschulen an die Universitäten verzeichnet werden, welche im 18. Jahrhundert begann und im 19. Jahrhundert fortgeführt wurde. Die Verbesserung der Ausbildung führte auch zur Steigerung des Ansehens innerhalb der Gesellschaft, sodass am Anfang des 20. Jahrhunderts Hebammen als ein wichtiges soziales Element angesehen wurden. (vgl. Ackerknecht, 1974, S. 188-189)

2.2.3 Gesetzlich festgelegter Tätigkeits- und Kompetenzbereich von Hebammen

Nach der umfangreichen Auseinandersetzung mit der Geschichte des Hebammenwesens, soll der aktuelle, gesetzlich festgelegte Tätigkeits- und Kompetenzbereich von Hebammen behandelt werden. Die Definition des Tätigkeitsbereiches und der Aufgaben einer Rolle kann bei unterschiedlichen Berufsgruppen auch gesetzlich festgelegt sein. Mit der Bestimmung der Ausbildung von Hebammen, welche in den Jahren 1920 und 1923 beschlossen wurde, kam es zu einer Bestimmung und Festlegung des Tätigkeitsbereiches sowie der Ausbildung selbst. Mit dem darauffolgenden Bundesgesetz vom 2. Juli 1925 wurde das Hebammenwesen grundsätzlich reguliert. Diese Gesetze wurden bis in das Jahr 1994 aufrechterhalten, wobei der einzige Einschnitt der Anschluss Österreichs an das dritte Reich darstellte. Dieser Gesetzestext unterlag zwar mehreren Novellen, wie in den Jahren 1961, 1962 und 1963, allerdings kam es

zu keiner markanten Änderungen aufgrund derer. Mit dem 28. April 1994 verabschiedete sich der Nationalrat von dieser Bestimmung und ein neues Hebammengesetz wurde erlassen. Hierbei kam es zu zahlreichen Änderungen in der Verordnung. (vgl. Büchse, 2001, S. 26) In dem Bundesgesetz aus dem Jahr 1963 wird der Beruf der Hebamme folgendermaßen beschrieben:

„Der Hebammenberuf umfaßt die Beratung der Schwangeren, die Beistandsleistung bei der Geburt, die Pflege der Wöchnerin, des Neugeborenen und des Säuglings und die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.“
(Bundesgesetzblatt 310, 1994, S. 3222)

Diese Rollenbeschreibung wurde auch bei dem neuen Bundesgesetzblatt beibehalten und liegt in ähnlicher Form im Paragraph 2 Absatz 1 vor.

Der detaillierte, rechtlich festgelegte Tätigkeitbereich von Hebammen ist im Hebammengesetz vorzufinden. Hierbei wurden zwölf Punkte angeführt, die die Tätigkeiten umfassen. In dem ersten Punkt handelt es sich um die grundlegenden Methoden der Familienplanung und der Informationsgabe hinsichtlich dessen. Der zweite Punkt thematisiert die Feststellung und die Beobachtung der Schwangerschaft. Dabei stehen auch die Untersuchungen bei einer normal ablaufenden Schwangerschaft im Mittelpunkt der Beobachtungen. Die Aufklärung der unterschiedlichen Methoden, die bei einer Feststellung einer Anomalie in diesem Prozess in Anspruch genommen werden können, wird in Punkt 3 festgehalten. Des Weiteren umfassen ihre Tätigkeiten unter anderem die Vorbereitung auf das Elterndasein und die umfassende Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt auch in Hinsicht auf Hygiene und Ernährung, die Betreuung der Schwangeren, sowie die Überwachung des Ungeborenen mittels geeigneter klinischer sowie technischer Mittel und die Kenntnisse über Themen, wie dem Dammschutz, der Steißgeburt und der Durchführung des Scheidendammschnitts (Punkte 4-6). (vgl. Bundesgesetzblatt 310, 1994, S. 3222)

„7. Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei der Mutter oder beim Kind, die eine Rücksprache mit einer Ärztin/einem Arzt oder das ärztliche Eingreifen erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen, Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit der Ärztin/des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, woran sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;“ (Bundesgesetzblatt 310, 1994, S. 3222)

In Punkt 8 und 9 wird von den Hebammen verlangt, dass sie Kenntnisse über die Vitalzeichen und auch Vitalfunktionen der Säuglinge besitzen und bei eventuell auftretenden Schwierigkeiten die Maßnahmen und Hilfeleistungen bieten können, welche auch die Wiederbelebung umfasst. Auch müssen sie die Blutabnahmen mit Hilfe des Fersenstiches und andere Arten von Messungen durchführen können. Die Pflege und die Überwachung des Zustandes der Mutter in allen Stadien der Schwangerschaft, sowie die wiederkehrende Absprache mit jener, um die bestmögliche Versorgung und Pflege des Säuglings gewährleisten zu können, sind weitere Aufgabe von Hebammen (Punkt 10). Die gute Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten und die hierarchische Strukturierung wird in Punkt 11 thematisiert. Der letzte Aspekt umfasst die schriftliche Aufzeichnung, die ebenfalls für die Ausübung dieses Berufs erforderlich ist. (vgl. Bundesgesetzblatt 310, 1994, S. 3222)

Wie man aus den vorliegenden Punkten entnehmen kann, wird eine Reihe an Tätigkeitsbereichen dem Beruf der Hebamme zugesprochen, für deren Erfüllung sie zuständig sind. Diese Bandbreite reicht von der Feststellung der Schwangerschaft, die Beratungstätigkeiten der werdenden Eltern, die Vorbereitung auf die Geburt und die Pflege des Säuglings, der Informationsaustausch hinsichtlich der Untersuchungs- und Maßnahmemöglichkeiten, als auch die Pflege und Überwachung der Mutter selbst. Hierbei ist auffallend, dass nicht nur Kompetenzen und Kenntnisse gefragt sind, sondern, dass auch in einigen Punkten die Darstellung den Gedanken implizieren, dass es sich um eine Position handelt, welche innerhalb des hierarchischen Systems einer Organisation eingenommen wird (siehe Punkt 11). Demnach kann seitens der Gesetzgebung bereits erkannt werden, dass die Rolle unterschiedlichen Vorstellungen unterstellt sind, welche sie auch zu erfüllen haben. Auffallend bei der Formulierung im Gesetzestext ist es auch, dass die angeführten Tätigkeiten auf Eigenverantwortung hin von den Hebammen ausgeführt werden müssen, welche eine große Verantwortung mit sich bringt.

„Eine Verantwortung ist vergleichbar mit der moralischen Pflicht in der deontologischen Theorie, und wir müssen uns für unsere Pflichtversäumnisse im Beruf, am Arbeitsplatz und vor dem Zivilgesetz verantworten. Eine moralische Verantwortung und ein moralisches Handeln bezeichnet man auf den Beruf bezogen im Allgemeinen als Ethik.“ (Jones, 2000, S. 45)

Die Auseinandersetzung mit den Themen Werten, Berufsethik und Medizinethik werden in den darauffolgenden Kapiteln erfolgen.

2.2.4 Unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Rolle der Hebamme

Aufbauend auf dem vorliegenden Kapitel kann gesagt werden, dass es eine Reihe an Tätigkeitsbereichen im Beruf der Hebamme gibt, welche mit den Erwartungen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure verknüpft sind. Jones (2000) schrieb hierbei, dass Personen in ihrer beruflichen Tätigkeit oft mehrere Rollen zugleich einnehmen, wodurch sie eine Reihe an Kompetenzen mit sich bringen müssen. Sie fungieren in unterschiedlichen Rollen und werden auch von ihren Klientinnen und Klienten, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen beziehungsweise der Institution auf andere Weise wahrgenommen. (vgl. Jones, 2000, S. 43-45) In diesem Kapitel soll erläutert werden, in welchen Funktionen Hebammen in ihrem Arbeitsumfeld vorzufinden sind.

Es ist unumstritten, dass Hebammen eine doppelte Lehrfunktion haben, denn während sie auf der einen Seite die Eltern des Säuglings beziehungsweise des Ungeborenen unterweisen müssen, sind sie auf der anderen Seite verpflichtet die Betreuung von ein, oder in vielen Fällen auch mehreren Hebammenschülerinnen und Hebammenschüler zu übernehmen. Die werdenden Eltern müssen unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeit erwerben, welche im Zusammenhang der Gesundheitsförderung als auch der Versorgung des Kindes erforderlich sind. Hierbei handelt es sich in erster Linie um eine Ermächtigung der Eltern. Das Ausmaß der Wissensvermittlung beziehungsweise Anweisungen kann je nach Vorkenntnisse der Eltern variieren, wobei sich Hebammen sehr stark an den individuellen Bedürfnissen der Mutter orientieren müssen, um eine bestmögliche Betreuung gewährleisten zu können. Der weitere Bereich der Lehrfunktion umfasst die Ausbildung von Schülerinnen und Schüler des Hebammenwesens, denn diese werden als „Wächterinnen“ und „Wächter“ des eigenen Berufsstandes angesehen. Es obliegt nicht nur in ihrer rechtlichen, sondern auch in ihrer ethischen Pflicht sich um das Wohlergehen der Mutter als auch ihres Säuglings zu kümmern und demnach umfasst jene auch die Ausbildung unerfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da deren Kenntnisse und Qualifikationen einem qualitäts- und sicherheitsbestimmenden Charakter aufweist. Demnach sind Hebammen in ihrem beruflichen Umfeld als „Lehrerinnen und Lehrer“ anzutreffen. (vgl. Jones, 2000, S. 49-51)

Eine weitere Funktion stellt die des Ratgebers/der Ratgeberin dar, denn abgesehen von der Vermittlung von Informationen, ist auch die persönliche Unterstützung der werdenden Eltern eine Aufgaben mit der sich Hebammen beschäftigen müssen.

„Hebammen sind aufgrund ihrer Versorgungspflicht dafür verantwortlich, rund um die Geburt aktuell zu informieren und selbst so gut Bescheid zu wissen, dass sie Erläuterungen geben und Fragen beantworten können.“ (Jones, 2000, S. 51)

Diese Funktion wird auch seitens der Organisation, also in diesem Fall des Gesundheitswesens allgemein, begünstigt. Hebammen als kenntnisreiche Praktikerinnen und Praktiker können durch ihre spezifische Ausbildung und Kenntnisse eine Anlaufstelle für werdende Mütter und Väter darstellen und dadurch könnte die Anzahl der Fachleute in diesem Bereich um ein weiteres reduziert werden. Dieses würde die Kosten in dem jeweiligen Bereich senken. Nicht-therapeutische Ratschläge werden von den Müttern und Vätern in der Regel dann in Anspruch genommen, wenn diese vor einer Reihe an Versorgungsoptionen stehen und sie Informationen hinsichtlich der bevorstehenden Therapie beziehungsweise Untersuchung oder ähnlichem brauchen. Um dieser Funktion gerecht werden zu können, müssen sich Hebammen immer auf dem neuesten Stand des wissenschaftlichen Diskurses befinden, da die diversen Test, Verfahren und Therapiemöglichkeiten einer wiederkehrenden Adaption durchlaufen, sodass Informationen schnell veralten können. (vgl. Jones, 2000, S. 51-52)

„Hier kommt es für eine Hebamme darauf an, über die von der Vorsorgeuntersuchung abgedeckten Krankheiten oder Diagnosen Bescheid zu wissen, die angewendeten Methoden mit ihrem Zeitplan zu kennen und die Art und Bedeutung der Ergebnisse einordnen bzw. die Frauen über ihre Optionen im ungünstigsten Falle informieren zu können.“ (Jones, 2000, S. 52)

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich die Kenntnisse dieser Berufssparte mit der zunehmenden Anzahl an Untersuchungsmöglichkeiten erweitern. Die ausreichende Versorgung der Mütter und Väter mit Informationen ist nicht nur eine Pflicht aus rechtlicher, sondern auch aus ethischer Sicht, denn diese trägt einen erheblichen Beitrag zur Gewährleistung der Anerkennung und Förderung der Autonomie der Eltern bei. Mit dem Zugang zu Informationen werden das Selbstbestimmungsrecht und die Rationalität der Frau unterstützt, sodass diese selbst Entscheidungen treffen und eigenständig handeln können. In vielen Fällen beklagen sich Hebammen, dass sie dieser Funktion nicht zur Gänze nachkommen können, da die Ressourcenkürzungen im medizinischen Bereich einen gewissen Zeitmangel durch Mangel an Personal mit sich bringt, welcher einen negativen Einfluss auf die Funktion des Ratgebers/der Ratgeberin hat. Eine weitere Herausforderung in diesem Zusammenhang stellt die Vertraulichkeit der geteilten Informationen dar, denn in diesen Beratungssituationen können

auch persönliche Erfahrungen geteilt werden, die als solches zu behandeln sind. (vgl. Jones, 2000, S. 51-52)

Der Begriff der „professionellen Freundin“ ist eine, die im Hebammenwesen des Öfteren anzutreffen ist. Während auf der einen Seite der Gedanke postuliert wird, dass Zurückhaltung und Distanz ein Merkmal des professionellen Auftretens ist, welcher der Familie eine gewisse Sicherheit vermittelt, erwecken diese auf der anderen Seite den Anschein der mangelnden Fürsorge. Demnach scheint die Einführung dieser Begrifflichkeit ein Kompromiss für beide Ansichten zu stellen, denn bei einer richtigen Auslegung kann diese Beziehung eine enorme Unterstützung für die Mutter darstellen, während man allerdings bei einem unprofessionellen Handeln die Abhängigkeit der Frau initiieren kann. Diese professionelle Freundschaft liegt allerdings nicht nur zwischen der Patientin und der Hebamme vor, sondern kann auch zwischen der Hebamme und dem Auszubildendem/der Auszubildenden vorliegen. Hierbei darf allerdings nicht vergessen werden, dass das professionelle Handeln an erster Stelle steht. Eine weitere Funktion der Hebamme könnte unter anderem in der Betreuung der Forschung liegen, denn die Weiterentwicklung in medizinischen Belangen ist ein gesellschaftlich angestrebtes Ziel. (vgl. Jones, 2000, S. 53-54)

2.3 DIE BEDEUTUNG DER PERSON

Nach der ausführlichen Auseinandersetzung mit dem ersten Grundpfeiler der Rolle, Person und Organisation Triade, wird sich das folgende Kapitel mit der Bedeutung der Person beschäftigen. Die Rolle bekommt ihre Bedeutung, bis zu einem gewissen Grad, von der jeweiligen Person und deren Wertevorstellungen zugesprochen. Demnach ist die Behandlung von Werten im Allgemeinen und ethischen Werten im Beruf ein essentieller Bestandteil der vorliegenden Masterarbeit.

2.3.1 Werte

2.3.1.1 Begriffliche Definition von Werten

Der Begriff des Wertes entstammt aus dem althochdeutschen Wort „Werd“ und hat sich zunächst im ökonomischen Kontext etabliert, indem es als Synonyme für „Preis“ beziehungsweise „Kaufsumme“ verwendet wurde. Später wurde diese Begrifflichkeit auch mit den Wörtern „Wertschätzung“ und „Geltung“ in Verbindung gebracht, wodurch dieser als Qualitätsmerkmal einer Sache, Handlung oder gar einer Person angesehen wurde. In der Antike war die Einschätzung einer sachkundigen Person Voraussetzung um von einem Wert und einer

Wertschätzung überhaupt sprechen zu können. Die Unterscheidung der Begriffe „Wert“ und „Preis“ ist erstmals in der griechischen Moralphilosophie und im römischen Recht verzeichnet worden. Anhand der Auseinandersetzung mit der römischen Literatur ist ersichtlich, dass in der Antike „pretium“ als Bezeichnung für Wert und Preis verwendet, wobei in der mittelalterlichen Philosophie, der lateinische Begriff „valor“ als sogenannter „gerechter“ Preis angesehen wurde. Die Überlegung hinsichtlich der Differenzierung wird damit begründet, dass der Preis eines Objektes mit der Herstellung und der Nutzung korreliert, während der Begriff des Wertes unabhängig von Angebot und Nachfrage definiert werden sollte. (vgl. Grunder, 1999, S. 556)

Für den Zugang im allgemeinen Sprachgebrauch war eine Reihe an Entwicklungen notwendig, sodass sich die Unterscheidung durchsetzen konnte. Mit dem 18. Jahrhundert wurde der Begriff des Wertes nicht nur im wirtschaftlichen Kontext verwendet, sondern war auch in der Wirtschaftswissenschaft gebräuchlich. Im darauffolgenden Jahrhundert etablierte sich der Begriff des Wertes auch in der Philosophie und fand anschließend einen Zugang in den Kultur- und Sozialwissenschaften. (vgl. Joas, 1999, S. 37) Angesichts der Tatsache, dass der Terminus „Wert“ in den unterschiedlichsten Bereichen der Wissenschaft Verwendung findet, ist es schwierig von einer allgemeinen Definition zu sprechen, da dieser abhängig von dem jeweiligen Kontext ist. Demnach ist eine Vielschichtigkeit des Wortes zu verzeichnen. (vgl. Eisenmann, 2012, S. 133) Wils (2009) thematisierte ebenfalls die Bedeutung des Wertes und vertritt die Ansicht, dass die Popularität des Begriffes auf diese Wandelbarkeit zurückzuführen ist. Da von keiner universellen Moralvorstellung die Rede sein kann, ist das Heranziehen von persönlichen Werten eine geeignete Methode um die eigene Wertvorstellung darzulegen, anhand dessen man eine moralische Strukturiertheit des Lebens zu schaffen versucht. (vgl. Wils, 2009, S. 21)

2.3.1.2 Was sind ethische „Werte“?

Eine wichtige Debatte, die sich in den letzten Jahren immer wieder aufgetan hat, beschäftigt sich mit der Fragestellung „Gehen Werte in unserer pluralistischen Gesellschaft verloren?“. In vielen Fällen wird das Aufeinandertreffen diverser Kulturen, die mit unterschiedlichen Wertesystemen in Verbindung gebracht werden, welches durch die zunehmende Globalisierung gefördert wird, als Grund für den Verlust beziehungsweise den Verfall der Werte angeführt. Um diesem Prozess entgegenzuwirken, gibt es einen allgemeinen Aufruf, dass die „wahren“ Werte ins Bewusstsein gerufen und als Grundwerte etabliert werden sollen. Die Bemühungen hinsichtlich der Rückkehr zu den „ursprünglichen“ Werten stellt bis zu einem gewissen Grad eine Dichotomie zu der Überlegung der Pluralität der Werteüberzeugungen dar, denn der nicht

dogmatische Charakter der Werte bietet die Möglichkeit der Dekonstruktion und die Chance die Identität anhand der eigenen Vorstellungen neu zu gestalten. (vgl. Ernst, 2020a, S. 13-14)

„Grundlage ist ein Konstruktivismus, demzufolge die gesamte Wirklichkeit nicht etwas Vorgegebenes ist, das bereits von sich her Sinnstrukturen enthält, sondern das ausschließlich aus menschlicher Deutung und aus Sinnsetzung, die im Diskurs verhandelt werden, resultiert. Dies gilt insbesondere für sittliche Wertüberzeugungen.“(Ernst, 2020a, S. 13-14)

Mit anderen Worten kann bei der Beurteilung nicht von einer objektiven Überzeugung gesprochen werden, denn das subjektive Interesse und der Abgleich dahingegen haben einen Einfluss bei der Wahrnehmung und Klassifizierung.

Grundsätzlich unterscheidet man bei Werte zwischen sittlichen („bonum morale“) und nicht-sittlichen („bonum physicum“) Werten. Obwohl diese in der Regel gegenübergestellt werden und eine vollkommene Trennung der beiden Formen initiiert wird, bietet Stephan Ernst (2020a) in seinem Text einen Einblick, in welcher Korrelation die sittlichen zu den nicht-sittlichen Werten stehen, denn während es sich bei den letzteren um das Gut handelt, welches erstrebt wird, beschreiben sittliche Werte, wie danach gestrebt wird. So kann das menschliche Streben nach Geld nicht angeprangert werden, solange die Person sich die Werte „Ehrlichkeit“ und „Fairness“ als Ziel zur Erlangung dieses gesetzt haben. Auch ist im Streben nach beruflichem Erfolg nichts verwerflich, wenn diese durch Fleiß, Ehrgeiz und Maßhaltung erlangt wurde. Hierbei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Streben nach nicht-sittlichen Werte gewisse Versuchungen und negative Nebenwirkungen mit sich bringen. Die große Herausforderung liegt demnach darin, dem Erstrebten nachkommen zu können, ohne Kompromisse zuungunsten der sittlichen Werte einzugehen. (vgl. Ernst, 2020a, S. 17-19)

Ernst (2020a) nimmt allerdings eine weitere Unterteilung innerhalb der nicht-sittlichen und sittlichen Werte vor, welche man anhand der angeführten Abbildung 2 entnehmen kann:

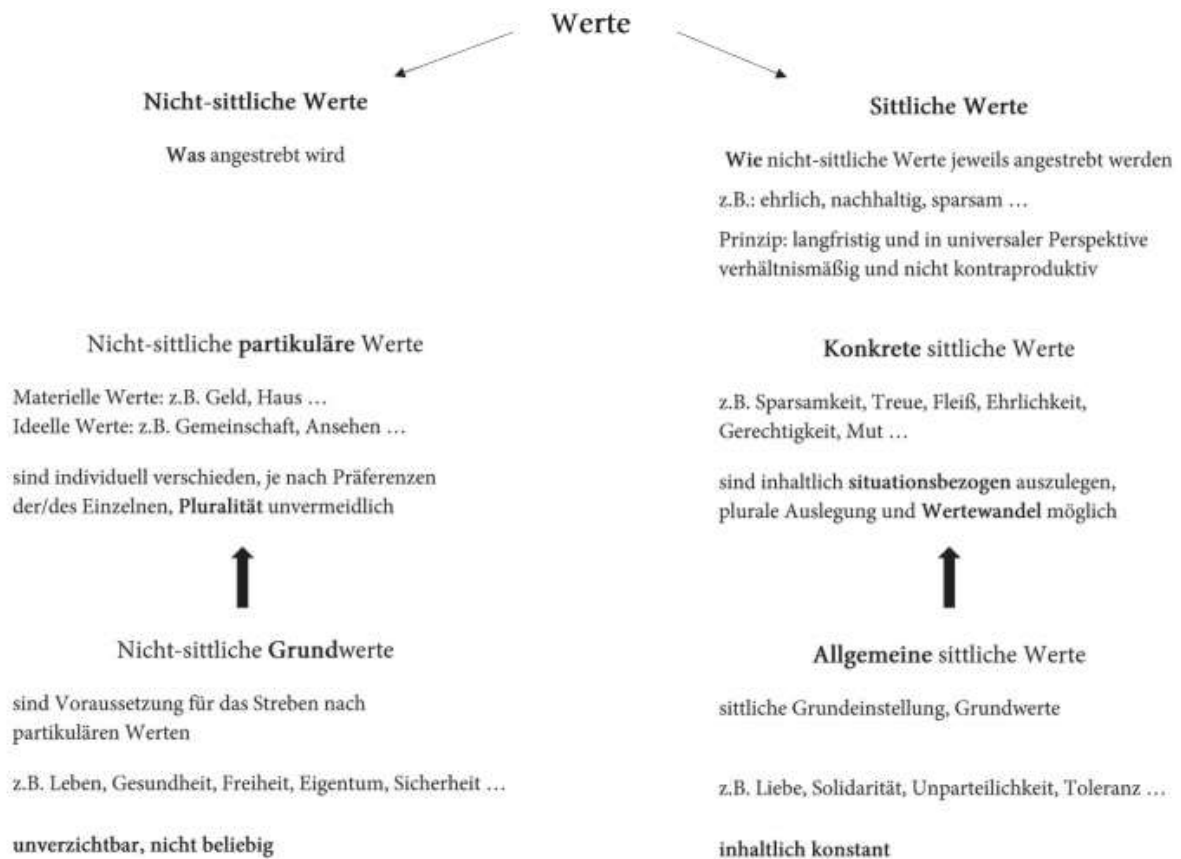


Abbildung 2: Einteilung der Werte nach Ernst (2020a), S. 169

Bei den nicht-sittlichen Werten unterscheidet man zwischen den nicht-sittlichen Grundwerten und den nicht-sittlichen partikulären Werten. Bei den ersteren handelt es sich um die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um die letzteren erreichen zu können. Darunter fällt unter anderem Leben, Gesundheit, Freiheit und vieles mehr. Diese gelten als nicht beliebig und sind unverzichtbar. Die partikulären Werte beinhalten die materiellen Werte (Haus, Geld, uvm.) und ideellen Werte (Ansehen, Gemeinschaft, uvm.). Hierbei ist die Pluralität der Werte unvermeidbar, da die Ziele und Wünsche eines jenen variieren. Bei den sittlichen Werten kommt es zur Unterscheidung zwischen den allgemeinen und konkreten sittlichen Werten. Die sittlichen Grundwerte, wie beispielsweise Liebe, Toleranz oder auch Solidarität, fallen unter die allgemeinen, deren Inhalt konstant ist. Die konkreten sittlichen Werte hingegen gelten als nicht universal, da eine Situationsbezogenheit gegeben ist. Ein Wandel dieser Werte erscheint hierbei durchaus möglich. Ein weiterer wichtiger Unterschied liegt in der Tatsache, dass während nicht-sittliche Werte von äußeren Faktoren, wie Verlusten oder Krankheiten beeinflusst werden können, sittliche Werte von dem eigenen Wollen einer Person abhängig ist. Zwar können äußere Faktoren die Umsetzung jener erschweren, dennoch ist die Möglichkeit hinsichtlich der Ausführung gegeben. (vgl. Müller et al., 2020, S. 167-169)

Durch diese Unterteilung kann die Befürchtung bezüglich der Beliebigkeit der Werte und der damit in Verbindung stehenden Werteverlusts entkräftet werden, da ersichtlich wird, dass die Pluralität der nicht-sittlichen partikulären Werte unvermeidlich ist. Die „erstrebten“ Werte gehen mit der Persönlichkeit und den Erfahrungen einer Person einher und können demnach sehr unterschiedlich aussehen, wohingegen die sittlichen Werte, welche die Art und Weise wie nicht-sittliche Werte angestrebt werden, keine Beliebigkeit aufweist. (vgl. Müller et al., 2020, S. 166-168).

Demnach gilt, dass

„[...] sittliche Werte weder rein objektive, dem Menschen vorgegebene Wirklichkeiten darstellen, die a priori existieren und die Anerkennung der Menschen verlangen, noch bloß beliebige Setzungen und Festlegungen von Menschen sind, die in ihrer Gültigkeit und Werthaftigkeit auch wieder außer Kraft gesetzt oder durch andere Werte beliebig ersetzt werden können.“ (Ernst, 2020a, S. 23)

2.3.2 Ethische Werte im Beruf

2.3.2.1 Berufsethik

Die Bedeutsamkeit von Werten für das moralische Handeln im alltäglichen Leben ist unumstritten und auch in der beruflichen Sparte ist eine Kombination aus mehreren Werte-Kategorien nachweisbar. Hierbei fallen unter anderem die berufs- und sachbezogenen, die persönlichen und sozialen, als auch die unternehmensspezifischen Werte. Für die Regulierung der beruflichen Tätigkeit, welche durch eine zunehmende Spezialisierung gekennzeichnet ist, ist nicht nur eine Reihe an normativen Rahmenbedingungen und fachspezifische Fähigkeiten notwendig, sondern auch die Identifikation mit der Institution und deren Zielen tragen einen erheblichen Beitrag zur allgemeinen Legitimation des jeweiligen Systems auf globaler Ebene bei. (vgl. Müller et al., 2020, S. 180)

Bei den berufs- und sachbezogenen Werten handelt es sich um all jene, die für die jeweilige Berufsausübung wichtig sind, darunter fallen unter anderem die Genauigkeit hinsichtlich des Umgangs mit Finanzen, die Präzision während des Handhabens mit fragilen Materialien, Nachhaltigkeit bei der Nutzung von natürlichen Ressourcen und vieles mehr. Dem gegenüber stehen die persönlichen und sozialen Werte, die bei der Übernahme der beruflichen Rolle ebenso einen wichtigen Bestandteil bilden. Welche Aspekte unter die persönlichen Werte fallen, wurde bereits in dem vorherigen Kapitel erläutert. Die Korrelation zwischen den beiden

Werte-Kategorien ist ein wichtiges Indiz für die Eignung des jeweiligen Berufs, da durch diese die Tätigkeit in dem Arbeitsbereich besser verinnerlicht und die Arbeit als sinnvoll erachtet werden kann. Gerade bei Berufsgruppen, die einen erhöhten Kontakt mit anderen Menschen beinhalten, sind auch die sozialen Werte für die gewissenhafte Verrichtung der jeweiligen Tätigkeit von großer Bedeutung, da die Kommunikation mit den Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, den Patientinnen und Patienten beziehungsweise Kundinnen und Kunden sehr stark durch diese Kompetenz geprägt ist. Die letzte Werte-Kategorie, die in dieser Triade vorzufinden ist, stellen die unternehmensspezifischen Werte dar, welche auf die Institution beziehungsweise Organisation zurückzuführen sind. (vgl. Müller et al., 2020, S. 180-181)

„Je größer die Institution ist, desto hilfreicher scheint ein Leitbild mit expliziten Werten, welches Orientierung und die Möglichkeit der Identifikation bietet. Diese Werte können jedoch nicht beliebig gewählt werden. Vielmehr müssen sie berufs- und sachbezogen sein, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Möglichkeit der Identifikation bieten und Ziele des Unternehmens reflektieren.“ (Müller et al., 2020, S. 185)

Durch dieses Leitbild wird eine Ausrichtung vorgegeben, die unter allen Umständen einer Überprüfung unterzogen werden muss. Diese Auseinandersetzung soll nicht nur die Realisierbarkeit der gesetzten Werte begutachten, sondern diese ist auch für die Eignung auf gesellschaftlicher, sowie globaler Ebene bedeutsam, da der Unternehmensethos keineswegs den normativen ethischen Werten entgegenwirken darf. (vgl. Müller et al., 2020, S. 182) Das Zusammenwirken und das Entgegenwirken von unterschiedlichen Kategorien an Werten sind auch im Gesundheitswesen zu verzeichnen. Während auf der einen Seite ein hohes Maß an Funktionalität und Wissen in der jeweiligen Berufssparte gefragt sind, sodass die notwendigen Dienstleistungen den Patientinnen und Patienten geboten werden können, wird auf der anderen Seite von dem medizinischen Personal verlangt, dass die Zufriedenheit der Personen, die jene in Anspruch nehmen, sichergestellt wird. Die äußeren Rahmenbedingungen müssen allerdings diesen Forderungen Genüge tun, sodass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer diesen Vorgaben nachgehen können. Sollten die Arbeitsbedingungen dem Nachkommen der Aufgaben nicht forcieren, so wird sich jenes nicht nur auf die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auswirken, sondern auch die Sinnhaftigkeit der beruflichen Tätigkeit wird eventuell in Frage gestellt werden. Um das Geschriebene mit einem Beispiel zu versehen: Die erhöhten bürokratischen und verwaltungstechnischen Vorgaben könnten einen erheblichen Teil der Arbeitszeit in Anspruch nehmen, sodass das medizinische Personal auf die gemeinsame

Zeit und die Zuwendung zu ihren Patientinnen und Patienten verzichten muss. Dadurch könnte es zu einem Spannungsverhältnis innerhalb einer Person kommen, da die persönlichen Ziele, die beispielsweise in der Hilfeleistung von Patientinnen und Patienten begründet ist, nicht mehr als der Fokus der Tätigkeit empfunden wird. Dieses Beispiel verdeutlicht, welchen Einfluss das Zusammenwirken unterschiedliche Werte-Kategorien auch auf die berufliche Legitimation eines jeden hat. (vgl. Müller et al., 2020, S. 182)

In diesem Zusammenhang ist auch die folgende Fragestellung gewiss nicht außer Acht zu lassen: „Inwieweit ist die Einflussnahme der Organisation beziehungsweise Institution auf die Werte der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gegeben beziehungsweise legitimierbar?“
Beziehungsweise: „Würde diese Überlegung nicht die Gefahr hinsichtlich einer Instrumentalisierung mit sich bringen?“. Ausgehend von der Fachdisziplin der Psychologie handelt es sich hierbei um eine unbegründete Befürchtung, da das Erlernen von Werten mit der Sozialisation einer Person einhergeht. Demnach bildet die Gesellschaft in dem das Kind aufgewachsen ist, einen Grundstein der Wertevermittlung und die Bezugspersonen sind für die Weitergabe dieser zuständig. Daher handelt es sich bei den persönlichen Werten nicht um willkürlich festgesetzte, sondern durch die Sozialisation erlernte Instanzen. Infolgedessen ist der Prozess des Erlernens von Werten schon Jahre vor der beruflichen Tätigkeit abgeschlossen. Nichtsdestotrotz können bestimmte Werte auch in einer späteren Phase des Lebens vertieft beziehungsweise gefördert werden, wobei dieser Gedanke erneut verdeutlicht, dass die Grundlage gegeben und in einer Person verankert sein muss. (vgl. Müller et al., 2020, S. 182-185)

„Die Herausforderung besteht demnach darin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden, bei welchen die Werte des Berufs bzw. des Unternehmens bereits angelegt sind. Ansonsten kann dies zu Spannungen zwischen der persönlichen und professionellen Identität der Person führen.“ (Müller et al., 2020, S. 184)

2.3.2.2 Ethik-Kodex im Hebammenberuf

Nach der umfangreichen Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Werten für das moralische Handeln und der Thematisierung der Berufsethik, stellt sich nun die Frage, welche Bedeutung Ethik-Kodexen für die jeweiligen Berufe haben und wie diese für die der Hebammen aussehen. Im Zuge dieses Kapitels soll der Ethik-Kodex im Hebammenberuf dargestellt und erläutert werden.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts formierten sich Berufsverbände vor allem im Bereich des Gesundheitswesens, die über die Grundlagen ihres Handelns diskutierten und festlegten, wie diese auszusehen habe. In diversen übermittelten Dokumenten unterscheidet sich die Grundhaltung hinsichtlich der Verhaltensweise, wobei eine Gemeinsamkeit herausgearbeitet werden konnte. Diese wäre, dass es sich bei den Pflegeberufen, welche auch den Beruf der Hebamme umfasst, nicht die rationale oder empirische Fragestellung im Mittelpunkt des Diskurses steht, sondern dass eine moralische Denkweise als Begründung für die Verhaltensweise angegeben wird. Diese Formierung der Berufsverbände und die Diskussionen hinsichtlich des Handels können als Geburtsstunde für die Formierung von Berufskodizes erachtet werden. (vgl. Bösch, 2013, S. 32-33) Thompson (2002) schrieb Ethik-Kodizes einen höheren Stellenwert zu, denn seines Erachtens, würden diese die Unterscheidung zwischen der Praxis und der Profession überhaupt erst mit sich bringen (vgl. Thompson, 2002, S. 522).

Für die Veröffentlichung des Ethik-Kodizes von Hebammen ist die „International Confederation of Midwives“ (ICM) verantwortlich. Diese wurden im Jahre 1919 gegründet und gilt als Dachorganisation für 101 Hebammenvereine in über 90 Ländern. Das große Ziel, welches von der Organisation verfolgt wird, ist es jeder Frau einen Zugang zu einer Hebamme zu verschaffen, da deren Profession einen erheblichen Beitrag zur Förderung der Gesundheit des Ungeborenen beziehungsweise des Säuglings als auch der Mutter beitragen. (vgl. Bösch, 2013, S. 38)

Der Ethik-Kodex für Hebammen steht mit bestimmten Werten in Zusammenhang und erkennt “women as persons with human rights, seeks justice for all people and equity in access to health care, and is based on mutual relationships of respect, trust and the dignity of all members of society.” (International Confederation of Midwives, 2014, S. 1). Der im Jahre 1993 verfasste Kodex, welcher sich mehreren Überarbeitungen in den Jahren 1999, 2008 und 2014 unterzogen hat, beinhaltet 4 unterschiedliche Kategorien, die wiederum in mehrere Teilaspekte gegliedert ist. Diese Kategorien umfassen die Beziehungen der Hebammen zu ihren Patientinnen und Patienten, die Berufsausübung der Hebamme, die berufliche Verantwortung von Hebammen und die Weiterentwicklung des Hebammenwissens und der Hebammenpraxis. Im Zuge dieses Kapitels sollen die unterschiedlichen Kategorien mit den jeweiligen Unterpunkten dargelegt werden, da diese für die Beantwortung der Forschungsfrage von großer Bedeutung ist.

Die erste Kategorie befasst sich mit den zwischenmenschlichen Beziehungen von Hebammen und beinhaltet 8 Unterpunkte, die von ethischer Relevanz sind. Der wichtigste Teilaspekt in diesem Zusammenhang stellt die zureichende Vermittlung von Informationen dar, da diese für

die Anerkennung der Autonomie der Frau und für die selbstständige Entscheidungsfindung von bedeutender Signifikanz ist. Des Weiteren sind sie für die Unterstützung der Frau und Familie im Allgemeinen zuständig und müssen auch aktiv Entscheidungen bei der Pflege treffen. Hebammen sollen zudem Frauen und Familien befähigen sich selbst bestmöglich auszudrücken und geeignete Fragestellungen an das medizinische Personal zu richten, wobei auch deren Kultur berücksichtigt werden soll. An diesem Punkt kann man erkennen, dass der Ethik-Kodex auch die kulturbedingten Unterschiede anerkennt und diese berücksichtigt. Eine weitere Aufgabe in Bezug auf die Beziehungen von Hebammen stellt die Zusammenarbeit mit der Politik und Finanzierungsvermittlern dar, da auch die Bedürfnisse der Frauen nach der gesundheitlichen Inanspruchnahme der diversen Mittel priorisiert und gesichert werden sollen. In der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Begriff der Rolle waren auch die Erwartungen der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure ein Thema, welche angesprochen wurde. Auch diese finden Zugang in dem Ethik-Kodex. In den Unterpunkten e und f wird die gegenseitige Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen und weiterer Angehörigen der Gesundheitsberufe als Teil der beruflichen Rolle genannt. Zudem müssen sich jene aktiv bei der Förderungen des eigenen Selbstwertgefühls und das der anderen miteinbringen. Sollte die Betreuung eine Frau die Kompetenzen der Hebamme übersteigen, so wird diese dazu angehalten sich Hilfestellung von anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen zu holen. Demnach ist auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein wichtiges Thema. Punkt g beinhaltet, dass sich Hebammen bei inhärenten Konflikten in der Lösungsfindung mitbeteiligen sollen. Der letzte Punkt ist einer, welchem besondere Achtung geschenkt werden sollte, da dieser das Spannungsfeld von Rolle, Person und Organisation explizit erwähnt. (vgl. International Confederation of Midwives, 2014, S. 1-2)

„Midwives have responsibilities to themselves as persons of moral worth, including duties of moral self-respect and the preservation of integrity.” (International Confederation of Midwives, 2014, S. 2)

In diesem Punkt des ersten Paragraphen kann man erkennen, dass die Person, welche die Rolle der Hebamme einnimmt, selbst moralische Werte an diese heranträgt und dass bei der Berufsausübung diese zu schätzen gelten.

Paragraph 2 beschäftigt sich mit der Berufsausübung der Hebamme und hierbei werden 6 Unterpunkte angeführt, die die moralische Bedeutung dieser verdeutlichen soll. Diese Punkte umfassen,

- a. dass Hebammen unter Berücksichtigung der kulturellen Vielfalt für die Gesundheit der Frau beziehungsweise des Neugeborenen schädliche Praktiken unterbinden müssen.
- b. dass keine Frau bei der Empfängnis beziehungsweise bei der Geburt Schaden erleiden darf, sobald dieser verhindert werden kann.
- c. dass Hebammen immer über das aktuellste und evidenzbasierte Fachwissen informiert und ihre Kompetenzen kontinuierlich erweitern sollen, um eine sichere Ausübung des Berufs garantieren zu können.
- d. dass Hebammen bei der medizinischen Versorgung Rücksicht auf die psychischen, physischen, emotionalen und spirituellen Bedürfnisse der Patientin nehmen soll. Dieser Paragraph ist auch hinsichtlich der Unterlassung der Diskriminierung bedeutsam.
- e. dass Hebammen als Vorbilder der Gesundheitsförderung für Frauen, Familien und anderen Angehörigen des Gesundheitswesens fungieren sollen.
- f. dass Hebammen über ihre gesamte Berufsausübung hinweg sich aktiv für ihren persönlichen, intellektuellen und beruflichen Wachstum einsetzen und dieser soll sich auch in ihrer Praxis widerspiegeln. (vgl. International Confederation of Midwives, 2014, S. 2)

Der zweite Paragraph des Ethik-Kodexes für Hebammen definierte den Tätigkeitsbereich der Hebamme, allerdings unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte. Hierbei ist ersichtlich, dass ein Anliegen gewiss in der sicheren Berufsausübung liegt, wobei die Bedürfnisse der Frau immer wieder in den Vordergrund gestellt werden. Der kulturelle beziehungsweise gesellschaftliche Rahmen in der sich die Schwangere oder die Mutter befindet, soll ebenfalls bei der Versorgung bedacht werden, da dies für die Wertschätzung der Werte und der Autonomie der Frau von großer Bedeutung erachtet wird. Bei der Formulierung dieser Grundsätze geht heraus, dass dem sozial-konstruierten Charakter der Kultur keine Beachtung geschenkt wird, wobei dies auch mit der Entstehungszeit in Verbindung stehen könnte, da dieses erst in den letzten Jahrzehnten zum Mittelpunkt des akademischen Diskurses geworden ist.

Der dritte Teilbereich des Kodexes beschäftigte sich mit der beruflichen Verantwortung von Hebammen, die wie es auch im zweiten Teilbereich gewesen ist, ebenfalls 6 Unterpunkte beinhaltet. Grundsatz a des dritten Paragraphen thematisiert das Recht auf Privatsphäre, die es zu schützen gilt, da man in der Hebammenpraxis Zugriff auf persönliche Daten hat. Sollte man gegen diese Vorschrift verstoßen, so kann dieser Verstoß rechtliche Folgen mit sich bringen. In Unterpunkt b wird auf die Verantwortung der Entscheidungen der Hebamme verwiesen, welche

auch die Verantwortung hinsichtlich der Ergebnisse bedeutet. Spannend sind die darauffolgenden beiden Punkte, da diese das Spannungsfeld Person und Rolle thematisieren, denn es heißt: „Midwives may decide not to participate in activities for which they hold deep moral opposition; however, the emphasis on individual conscience should not deprive women of essential health services.” (International Confederation of Midwives, 2014, S. 2), sowie “Midwives with conscientious objection to a given service request will refer the woman to another provider where such a service can be provided.” (International Confederation of Midwives, 2014, S. 3) An diesen Formulierungen ist ersichtlich, dass die Person immer die eigenen Werte an das Rollenverständnis heranträgt und dass diese im Beruf der Hebamme auch zur Verweigerung der Ausführung unterschiedlicher Praktiken führen kann. Diese dürfen allerdings keine Bedrohung für die Gesundheit der Frau darstellen, da das Wohlbefinden einer Person immer priorisiert werden sollte. Der Verweis auf eine andere Person, um die Serviceleistung in Anspruch nehmen zu können, wäre eine geeignete und auch die vorgeschlagene Lösung in solchen Fällen. Die beiden letzten Unterpunkte in diesem Teilbereich umfassen den Einsatz zur Verminderung der Verletzung der ethischen Werte und der Menschenrechte von Mutter und Kind, als auch das Mitwirken in der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Maßnahmen. (vgl. International Confederation of Midwives, 2014, S. 2-3)

Die letzte Kategorie beinhaltet die Weiterentwicklung des Hebammenwissens und der Hebammenpraxis und ist der Teilbereich, welcher lediglich 3 Unterpunkte aufweist. Hierbei werden die Hebammen dazu aufgefordert, die Verbesserung des Hebammenwissens basierend auf den Aktivitäten, die die Rechte von Frauen als Personen schützen, sicher zu stellen. Nicht nur das Teilen von Informationen mit den Patientinnen und deren Angehörigen, sondern auch der Austausch des berufsspezifischen Wissens innerhalb des Kollegiums mittels Peer-Review oder Forschung, sowie das Mitwirken bei der formalen Ausbildung von Hebammenschülerinnen und Hebammenschüler und Weiterbildung von praktizierenden Hebammen, sind Aspekte, die Zugang im Ethik-Kodex finden. (vgl. International Confederation of Midwives, 2014, S. 3) Auch in dem letzten Teilbereich ist ersichtlich, dass die Tätigkeit der Hebammen nicht nur den Umgang mit den Patientinnen und Patienten umfassen, sondern dass die Rolle sehr vielschichtig ist und diverse Fähigkeiten und Kompetenzen voraussetzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der Ethik-Kodex der Hebammen sich mit den unterschiedlichsten Teilbereichen der Berufsausübung auseinandersetzt und moralische Werte

als Leitobjekt der Handlungsweise erachtet. Ein weiteres Mal ist ersichtlich, wie wichtig auch die Person und deren persönliche Werte und Vorstellungen bei der Einnahme der Rolle ist, da diese als essentieller Bestandteil für die verantwortungsvolle Ausübung des Berufs erachtet wird.

2.4 DIE BEDEUTUNG DER ORGANISATION

Nach der umfangreichen Auseinandersetzung mit der Rolle und Person ist auch die Thematisierung des dritten Akteurs der Triade wichtig für die Behandlung des genannten Spannungsfeldes.

2.4.1 Die Organisation

Hierbei ist das Verständnis hinsichtlich der Organisation bedeutsam und bedarf einer umfangreichen Definition. Unter einer Organisation können unterschiedliche Systeme und Strukturen verstanden werden, wie unter anderem ein soziales Gebilde, welches mit einem Unternehmen gleichzusetzen gilt, wobei auf der anderen Seite eine Organisation auch als die Koordination innerhalb einer Ordnung eines Systems verstanden werden kann. Ein kennzeichnendes Merkmal ist demnach eine eindeutige Gliederung beziehungsweise Struktur, welche das Festhalten von bestimmten Regeln und Hierarchien miteinschließt. Diese erforderliche Zusammensetzung kann bewusst geschaffen worden sein, wobei unter Umständen auch unbewusste Vorgänge bei der Gestaltung mitgewirkt haben können. Diese Dynamik muss nicht notwendigerweise von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehungsweise von den Führungskräften wahrgenommen werden. (vgl. Steinhardt & Datler, 2005, S. 214)

Ein anderer Ansatz hinsichtlich des Erfassens einer Organisation ist nach dem Prinzip der „Kultur“. Hierbei besteht das Ziel einer Organisationskultur darin „die Bedeutung des Geflechts von Handlungen und Symbolen zu entschlüsseln, und zwar in einer intersubjektiv nachvollziehbaren Art und Weise.“ (Schreyögg, 1999, S.447) Ausgehend von dieser Organisationstheorie kann jene auch als eine Art „Miniaturgesellschaft“ wahrgenommen werden, welche eigene kognitive Strukturierungs- und Handlungsmuster, Wertvorstellungen und Interaktionsprozesse aufweist. Folglich wird ein Kollektiv gebildet, indem in einer bestimmten Zeitspanne mehrere Personen ein gewisses Sinnsystem entwickeln. Auch Gagliardi (1995) führt eine ähnliche Definition an, der unter dem Begriff „Organisationskultur“ ein kohärentes Zusammenwirken von Techniken, Werteüberzeugungen, sowie professionellen Handlungsweisen, versteht. Bei diesem kollektiven Muster handelt es sich um ein kaum

bewusstes System, da die Handlungsweisen und die Wertevorstellungen implizit übernommen werden. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 57)

Die Organisationskultur lässt sich in folgende drei Bereiche gliedern:

- 1.) Der erste Bereich umfasst die Anthropologie. Darin werden die Weltbilder und die Prämissen der Handlungsweisen der Mitgliederinnen und Mitglieder einer Organisation zusammengefasst. Die zwischenmenschliche Kommunikation und Interaktion ist ausschlaggebend in diesem Bereich.
- 2.) Die Normativität beinhaltet den zweiten Teil, der die Regel, Wertvorstellungen, Verhaltensweisen, sowie die Gebote und Verbote umfasst. Hierbei ist auch die Einigung auf die adäquate Interaktionen mit den Kolleginnen und Kollegen, sowie mit dem Klientel enthalten.
- 3.) Der letzte Teilbereich kann als das „Symbolsystem“ bezeichnet werden. Die darin festgehaltenen Geschichten und Legenden gelten als besonders wichtig für die Identitätsstiftung. In auftretenden Krisensituationen werden auf diese Narrationen zurückgegriffen, um so eine passende Bewältigungsstrategie ermöglichen zu können. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 58)

Im Bereich des Gesundheitswesens ist ein rascher Wandel hinsichtlich der ökonomischen Rahmenbedingungen zu verzeichnen. Die Budgetkürzungen auf Kosten des Gesundheitssystems gerieten in Konflikt mit der Abhaltung einer qualitativ hochwertigen Behandlung von Patientinnen und Patienten, welche als primäres Ziel in allen medizinischen Berufen gilt. Durch diese Entwicklung erfolgt eine Verdichtung der Arbeit, welche sich als Belastungsgefühl bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern äußert, welche unter Umständen auch in einem intrapersonellen Konflikt resultieren kann. Während auf der einen Seite der Wunsch nach einem Wandel besteht, da jener auch als Fortschritt wahrgenommen wird, ist das Bedürfnis hinsichtlich einer Stabilität ständig gegeben. Während in der Privatwirtschaft, die eine Maximierung ihres Profits anstreben, eine Orientierung am Markt selbstverständlich erscheint, wird diese Denkweise im medizinischen Kontext als „Störung“ der eigenen Arbeit bei den sogenannten „Helferinnen“ beziehungsweise „Helfern“ wahrgenommen, da das Patientinnen- beziehungsweise Patientenwohl an erster Linie steht. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 102-103)

„Aufgrund der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, des zunehmenden Kosten- und Konkurrenzdruckes und der damit notwendigen aktiven Einbeziehung

des ökonomischen Denkens, wird eine solche Haltung, aber immer dysfunktionaler – eine einseitige wirtschaftliche Orientierung, die nicht die spezielle Arbeitsweise „helfender Arbeit“ berücksichtigt, hat jedoch eine ebenso destruktive Wirkung, da sie sinnvolle Arbeitszusammenhänge zerreißt.“ (Lohmer et al., 2014, S. 102-103)

Ausgehend von dieser Überlegung besteht die Gefahr einer Spaltungsneigung, die sich zwischen Leitung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehungsweise zwischen medizinischem Personal und der Verwaltung ausdrücken kann. Ein wichtiges Ziel ist somit die Integration des Ökonomiegedankens, da das Ankämpfen gegenüber wirtschaftlichen Interessen die Spannung innerhalb der Organisation vergrößern würde, welche wiederum zu Dilemmata führen würde. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 102-103) Um den eigenen Wert der Organisation intern und extern etablieren und festigen zu können, ist die Sichtbarkeit der organisatorischen Identität innerhalb der Gesellschaft ein essentieller Punkt. Hierbei spielen nicht nur die Geschichte, sondern auch die Leitbilder eine wichtige Rolle, da diese nicht nur auf der abstrakten Ebene bleiben sollten, denn die Zielsetzung und die Erfüllung einer bestimmten Aufgabe ist eines der Gründe für eine funktionstüchtige Organisation. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 107-108)

„Organisation als Bezeichnung der Organisationswissenschaften die Ordnung von arbeitsteilig und zielgerichtet miteinander arbeitenden Personen und Gruppen. Organisation umfasst insofern nicht nur Verbände und Vereinigungen, sondern alle Institutionen, Gruppen und soziale Gebilde, die bewusst auf ein Ziel hinarbeiten, dabei geplant arbeitsteilig gegliedert sind und ihre Aktivität auf Dauer eingerichtet haben.“ (Fuchs-Heinritz et al., 2010, S. 472)

Anhand des folgenden Absatzes wird ein weiterer wichtiger Punkt der Organisation ersichtlich, nämlich die der Zielsetzung. Während in unterschiedlichen Institutionen und Organisationen es mehrere Aufgaben zu erfüllen gilt, dient die primäre Aufgabe zur allgemeinen Orientierung, deren Erfüllung das Vorhandensein des jeweiligen Systems auf nationaler beziehungsweise internationaler Ebene legitimiert und sichert. Im folgenden Kapitel soll auf die Überlegung der primären Aufgabe eingegangen werden.

2.4.2 Primäre Aufgabe der Organisation

Das Verständnis hinsichtlich der primären Aufgabe kann je nach Definitionsform unterschiedlich ausfallen. Während das Konzept von Rice (1958) unter diesem das Messen der Aktivität an Arbeit innerhalb einer Organisation versteht, beantwortet die Frage nach der

primären Aufgabe nach Steinhardt und Datler (2005) wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Herausforderungen und Belastungen reagieren und welche Bewältigungsstrategien hinsichtlich dessen Anwendung finden (vgl. Steinhardt & Datler, 2005, S. 215). Grundsätzlich ist dabei zu verzeichnen, dass die primäre Aufgabe innerhalb einer Organisation darin besteht, dass der Sinn und Zweck dieser in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt festgehalten wird, womit man die Relevanz und somit auch die Existenz des jeweiligen Systems legitimiert. Dabei handelt es sich nicht um ein statisches Konstrukt, sondern das Überdenken und die Modifizierung der primären Aufgabe ist ein wichtiger Bestandteil für die fortlaufende Weiterentwicklung des Systems. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 107-108)

„Diese *Primäraufgabe* muss fortwährend überdacht und modifiziert werden, um den Charakter eines offenen und entwicklungsfähigen Systems zu bewahren. Die Primäraufgabe ist Anlass für Fragen wie: „Warum sind wir hier? Was sichert das Überleben unseres Teams, aber auch der Gesamtorganisation? In welcher Rangfolge stehen die Aufgaben, mit denen wir zu tun haben?“. (Lohmer et al., 2014, S. 108)

Demnach ist das Nachgehen der primären Aufgabe ein wichtiger Bestandteil der Organisation beziehungsweise Institution, die es unter allen Umständen zu schützen gilt, allerdings können unterschiedliche Prozesse der Erfüllung dieser Aufgabe hinderlich entgegenwirken. Diese wären beispielsweise die nicht etablierte und mangelhafte Führungskultur, aber auch das fehlende Verantwortungsbewusstsein von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die klare Definition einer primären Aufgabe vermindert die Gefahr einer dysfunktionalen Arbeitsbeziehung, da mit dem Fehlen eines jenen eine gewisse Angst innerhalb der Organisation zu verzeichnen ist, die bei einer nicht adäquaten Verarbeitung das Gefühl der Überforderung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hervorrufen kann. Der Gedanke „jeder macht alles“ wird somit postuliert und das Nachgehen der eigentlichen Aufgabe, welches gerade in den medizinisch-psychosozialen Bereichen wichtig ist, wird dadurch erschwert. Die Regression auf eine strukturarme Organisation führt zu intra- und interpersonellen Spannungen, welche den Kooperationsgedanken in ein Konkurrenzverhalten resultieren lässt, das wiederum Gefühle wie beispielsweise Neid, Belanglosigkeit, Bedürftigkeit und den Wunsch nach übermäßiger Anerkennung hervorruft. Diese Arten von Konflikten, die durch die strukturelle Unstimmigkeit innerhalb einer Organisation beziehungsweise Institution, verursacht werden, können von dem Personal als Ausdruck von Rollenkonflikten empfunden werden. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 107-108)

3 MEDIZINETHIK

3.1 MEDIZINETHISCHE GRUNDLAGEN

Der Stellenwert der Ethik im medizinischen Kontext hat in den letzten Jahrzehnten stark an Bedeutung gewonnen. Um eine ethisch richtige Handlungsweise garantieren zu können, reicht in den meisten Fällen die moralische Intuition eines jenen nicht. Es kann festgehalten werden, dass dem Beruf der Hebamme eine gewisse Komplexität zugesprochen wird, da eine Reihe an Werte-Kategorien, welche unter Umständen widersprüchlich zueinander sind, berücksichtigt werden müssen. Diese wurden ausführlich im Kapitel 2.3.2 „Ethische Werte im Beruf“ beschrieben.

Es gibt Hinweise darauf, dass diese Komplexität aus einer Reihe an Gründen zunimmt. Erstens nimmt die Vielfalt der Gesellschaften, hinsichtlich Kulturen, Lebensstile und Werteüberzeugungen zu, was zum Teil aber nicht zur Gänze, auch auf die Migration zurückzuführen ist. Zweitens erfordern medizinische Praktiken, wie die Pränataldiagnostik oder die assistierte Reproduktion einerseits neue Fähigkeiten der Hebammen und verändern andererseits die Erwartungen der werdenden Eltern, welche unter Umständen nicht mit den persönlichen Überzeugungen der Hebamme einhergehen. Des Weiteren stellt die Arbeit in multiprofessionellen Teams, deren Mitgliederinnen und Mitglieder möglicherweise unterschiedliche Sichtweisen auf Situationen und die unter Umständen unterschiedliche persönliche oder berufliche Werte haben, Herausforderungen für die Erbringungen von Leistungen dar. Schließlich ist der Umgang mit spezifischen Problemen wie Frühgeburten, Drogenmissbrauch oder häuslicher Gewalt besonders anspruchsvoll, welche wiederum auch den Alltag von Hebammen prägen, weshalb das Berufen auf die eigenen moralischen Überzeugungen beziehungsweise dem eigenen Gewissen unzureichend ist. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 148-149)

Eine weitere Instanz wäre die Berufung auf gesetzlichen Vorschriften des Staates, welche ebenfalls Richtlinien hinsichtlich der Handlungsweisen festlegen. Hierbei stellt eine Schwierigkeit, die unzureichende Thematisierung von unterschiedlichen Fällen dar, da gesetzlich nicht alle Themengebiete abgedeckt werden, beziehungsweise hinsichtlich ihrer rechtlichen Regulierung noch sehr umstritten sind. So kann beispielsweise ein Sachverhalt gesetzlich als unproblematisch erachtet werden, während dieser aus ethisch-moralischer Sicht einem Verbot gleichzustellen ist. Auf der anderen Seite können auch Praktiken, welche aus dem

Gesetzestext heraus, zu untersagen und strafbar sind, aus ethischer Sicht einem Gebot gleichen, welche es unter allen Umständen zu praktizieren gilt. (vgl. Ernst, 2020b, S. 29-30)

„Gesetze können wegen ihrer Allgemeinheit nicht allen konkreten Situationen gerecht werden und – wie vielfältige schmerzliche Erfahrungen gezeigt haben – auch ungerecht und inhuman sein. Gesetze sind daher daran zurückgebunden und daran zu messen, ob sie ethisch zu begründen sind und wahrhaft dem Wohl aller Menschen dienen“ (Ernst, 2020b, S. 30)

Demnach wäre das Berufen auf Gesetzestexte bei einer ethischen Diskussion unzureichend und ist aus diesem Grund zu unterlassen.

Angesichts von Diskussionen mit Konfliktpotential hinsichtlich ihrer ethischen Vertretbarkeit soll das Heranziehen der Ethik die „passende“ Antwort, welche in vielen Fällen die passende Handlungsweise darstellt, bieten. Im Idealfall sollte eine klare Normaussage getroffen werden, an die man sich bei folgenden Fällen stützen kann, wenn unterschiedliche Handlungsoptionen im Raum stehen. Die zunehmende Bedeutung der Ethik im medizinischen Bereich kann an der zunehmenden Errichtung von Ethik-Kommissionen entnommen werden. Die Funktion dieser Ethik-Ausschüsse liegt unter anderem in der Abwägung von medizinisch biotechnischen Praktiken unter Berücksichtigung der menschlichen Würde, der Zulässigkeit von Methoden und Pharmazeutika und vieles mehr. Die Zusammensetzung dieser Kommissionen ist essentiell bei der Entscheidungsfindung, da auch in diesem Fall ein multiprofessionelles Team herangezogen werden muss, um die bestmögliche Option gewährleisten zu können. (vgl. Ernst, 2020b, S. 31-33)

„Nun lässt sich im Blick auf die Frage nach Kriterien für ethisches Handeln und Entscheiden im Rahmen der Medizinethik – als bereichsspezifischer, von Medizinern selbst entwickelter Ethik – eine gewisse Skepsis gegenüber einheitlichen prinzipienethischen Begründungsansätzen feststellen, wie sie in der philosophischen Tradition begegnen: etwa eine theologische, auf dem Gottesgedanken und dem christlichen Glauben aufbauende Ethik, eine naturrechtliche oder utilitaristische Ethik sowie eine Pflichtethik im Sinne Immanuel Kants oder – in der Fortsetzung Kants – die Diskursethik.“ (Ernst, 2020b, S. 33)

Die Bedeutung der Einführung medizinethischer Grundsätze für die Praxis bedarf einer Erläuterung. Ausgehend von der deontologischen Ethik nach Immanuel Kant kann eine

Entscheidung nur unter der Berücksichtigung des Kategorischen Imperativs gefasst werden, welche auf den Prinzipien der Praktischen Vernunft beruhen. Der Kategorische Imperativ „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (Kant & Von Kirchmann, 2022, S. 44) und die damit in Verbindung gebrachten Naturgesetze, fordern, dass mit den getroffenen Entscheidungen und Handlungen man niemals sich selber beziehungsweise den anderen als bloßes Mittel sehen dürfe, sondern, dass jede und jeder als Zweck an sich zu behandeln sei. Handlungsoptionen müssten ebenfalls Verallgemeinerungen zulassen, ohne welchen von einer moralischen Handlung nicht die Rede sein könnte. Die Problematik des deontologischen Ansatzes liegt unter anderem in der Tatsache, dass bei einem moralischen Verbot nach dem Kategorischen Imperativ eine Handlung immer und unter allen Umständen zu unterbinden ist, ohne der Berücksichtigung jeglicher Voraussetzungen. (vgl. Ernst, 2020b, S. 33-34)

Eine andere Denkweise und Orientierungshilfe wäre die des Utilitarismus, welche in seiner klassischen Form eine Handlung als moralisch wertvoll erachtet, wenn das Wohl beziehungsweise das Glück der größtmöglichen Anzahl an Personen gesteigert beziehungsweise maximiert wird. Der Präferenzutilitarismus hingegen erachtet die Vertretung der Interessen von unterschiedlichen Gruppierungen der Gesellschaft als essentiell für die Verwirklichung einer ethischen Handlung. Kritikpunkte dieses Ansatzes lauten, dass die Nutzenmaximierung nicht als Maßstab für die ethische Vertretbarkeit von Handlungen gesehen werden dürfte, da somit die unrechtmäßige Verhaltensweise nicht identifiziert werden könnte. Ein weiterer Einwand stützt sich auf die Tatsache, dass durch diese Annahme einer Person in der Gesellschaft keinen eigenen Wert mehr zugesprochen werden würde, sondern, dass lediglich das Gesamtnutzenkalkül zur Berechnung verwendet werden würden. Die Individualität und die Einzigartigkeit der jeweiligen Fälle würden unter diese Handlungsanleitung leiden und den jeweiligen Fällen nicht gerecht werden. (vgl. Ernst, 2020b, S. 34-35)

Die Betrachtung von medizinischen Fällen unter Berücksichtigung von einheitlichen Grundprinzipien erweist sich als äußerst schwierig. Für die adäquate Behandlung von Fällen, die angesichts ihrer Konstellation und Umständen eine Einzigartigkeit aufweisen, scheinen Prinzipien eine unzureichende Behandlung der Sachverhalte zur Folge zu bringen, weswegen allgemeine Normen sich nicht als hilfreich erweisen. Ein weiteres Mal tritt die Intuition eines jenen für die Entscheidungsfindung in den Vordergrund, welches zu vermeiden gegolten hat. (vgl. Ernst, 2020b, S. 34-36)

Die Skepsis hinsichtlich eines prinzipienethischen Begründungsansatzes besteht zudem aufgrund der herrschenden Pluralität innerhalb der Theorien. Ausgehend von den unterschiedlichen Theorieansätzen können sich diverse Handlungsweisen als richtig herauskristallisieren, welches wiederum einen Zweifel hervorruft, da die Grundlagenreflexion der Ethik keine Einigkeit aufzuweisen hat. Während die konsequentialistische Ethik die Folgen einer Handlung zur Beurteilung der moralischen Vertretbarkeit heranzieht, ist die deontologische Ethik der Auffassung, dass Handlungen von Natur aus als schlecht oder gut zu beurteilen ist. Eine Uneinigkeit kann unter den kognitivistischen Ethikerinnen und Ethiker und den Vertreterinnen und Vertreter des Non-Kognitivismus festgehalten werden, wenn auf der einen Seite die Annahme herrscht, dass Handlungsweise rational begründbar sind und auf der anderen Seite argumentiert wird, dass jene lediglich ein Ausdruck von Gefühlen sei. (vgl. Ernst, 2020b, S. 36)

Ausgehend von diesen Überlegungen und Einwänden erweist sich das Heranziehen von Prinzipien als unzureichend und nicht nützlich. Die auf einheitlichen Ansätzen basierende Ethik stößt an die Unmöglichkeit hinsichtlich ihrer Verwendung in der Praxis, nichtsdestotrotz haben diese Einwände zur Entwicklung von pragmatischen Ansätzen innerhalb der Ethik geführt, welche sich in der medizinischen Praxis bewähren und etablieren lassen. (vgl. Ernst, 2020b, S. 36-37)

3.2 DIE VIER MEDIZINETHISCHEN PRINZIPIEN

Das von Tom L. Beauchamp und James F. Childress erarbeitete Modell der vier medizinethischen Prinzipien (Principles of Biomedical Ethics) haben innerhalb der Medizinethik einen wichtigen Stellenwert erlangt und haben sich auch in der Praxis etabliert. Die beiden Philosophen und Medizinethiker vertreten die Ansicht, dass die Entscheidungsfindungen weder deduktiver noch induktiver Natur sind. Zum einen können sich diese nicht von ethischen Grundprinzipien ableiten lassen (Deduktion), da diese Theorien dem situativen Charakter der Praxis nicht gerecht werden würde und zum anderen kann es sich nicht um die von der im Einzelfall getroffenen Entscheidungen abgeleitete Theorie handeln (Induktion), zumal die Begründung und die Gültigkeit der Handlungen fehlen könnten. Ausgehend von dieser Überlegung wird weder ein top down-Modell noch ein bottom up-Modell für die Beantwortung von medizinethischen Fragestellungen und Herausforderungen gerecht, weshalb die Entwicklung einer alternativen Zugangsweise forciert werden musste. (vgl. Ernst, 2020b, S. 37-38)

Angesichts dieser Tatsache entwickeln Beauchamp und Childress einen pragmatischen Ansatz und definieren vier medizinethische Prinzipien, welche bei der Handlungsentscheidung als Orientierung beziehungsweise als Grundlage dienen sollen. Diese können folgendermaßen festgehalten werden:

- Achtung der Autonomie des Patienten/der Patientin (respect for autonomy)
- Prinzip der Schadensvermeidung (non-maleficence)
- Patient/innenwohl (beneficence)
- Handeln im Sinne der Gerechtigkeit (justice) (vgl. Ernst, 2020b, S. 38)

3.2.1 Achtung der Autonomie des Patienten/der Patientin (respect for autonomy)

Der Begriff „Autonomie“ ist ein Wort, welches aus dem Altgriechischen stammt und stellt eine Kombination aus den Wörtern "autos", was "sich selbst" bedeutet, und "nomos", was so viel wie Regel oder Gesetz bedeutet, dar. Eines der heutigen Anwendungsgebiete des Autonomiebegriffes ist der Bereich der Medizinethik im Rahmen des Grundsatzes der „Achtung der Patient/innen-Autonomie“. Von „Autonomie“ einer Person zu sprechen, kann, frei und mit eigenen/rationalen Fähigkeiten wählen und handeln zu können, bedeuten. Autonomie ist demnach die Kompetenz, eigenständig zu denken, selbst Entscheidungen zu treffen und auf der Grundlage dieser Entscheidung handeln zu können, unabhängig und ohne äußeren Druck. (vgl. Beauchamp & Childress, 1994, S. 120-121)

Die Annahme, dass das Nützlichkeitsprinzip im medizinethischen Diskurs der bedeutendste ethischer Wert ist, besteht seit Jahrhunderten und hat seit Ende der 1960er Jahre allmählich an Bedeutung verloren. Fortan sieht das medizinische Personal nicht nur den medizinischen Nutzen für die Patientin beziehungsweise den Patienten als bedeutsam, sondern es wird ihnen auch die Möglichkeit geboten, die eigenen Wünsche zu äußern, die sich aus der Autonomie ergeben, was als „Achtung der Autonomie des Patienten/der Patientin“ definiert ist. Sinn und Zweck der sachgerechten Anwendung dieses Grundsatzes durch das medizinische Personal ist es, bei einem medizinischen Eingriff die individuellen Rechte des Patienten/der Patientin zu beachten und die Beteiligung jener an der Entscheidungsfindung der Eingriffe sicherzustellen. Auf diese Weise wird das Risiko einer Schädigung durch medizinische Eingriffe reduziert und die Rechte des Patienten/der Patientin etabliert beziehungsweise gewahrt. (vgl. Aydin, 2005, S. 96)

Historisch gesehen lassen sich einige wichtige Punkte in der Entwicklung der Medizinethik anführen. Die Einbeziehung des Konzepts der Patient/innen-Autonomie in die Arzt/innen-

Patient/innen-Beziehung kann jedoch als einer der wichtigsten historischen Wendepunkte in der medizinischen Ethik bezeichnet werden. Das Bemühen des medizinischen Personals, den Patientinnen und Patienten zu Gute zu kommen, gilt auch heute noch als wichtigster Grundsatz. Ein absolutes Bekenntnis zu diesem Grundsatz reicht jedoch im Rahmen der sich verändernden Verhältnisse und Werte nicht mehr aus. Demnach zeigt sich, dass sich in der ethischen Dimension der Arzt/innen-Patient/innen-Beziehung neue Prinzipien und Werte zeigen und neue ethische Konzepte hinzukommen, die es zu achten gilt. Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin beziehungsweise des Patienten ist zu einem absoluten Grundsatz der Medizinethik geworden. Das Prinzip der Nützlichkeit ist fortan ein Prinzip, welches mit anderen Prinzipien „konkurriert“. (vgl. Aydin, 2005, S. 96-97)

3.2.2 Prinzip der Schadensvermeidung (non-maleficence)

Das Prinzip „primum non nocere“, welches auch als hippokratischer Eid bekannt ist, stellt eines der wichtigsten Grundsätze in der Medizin dar. Die Handlungen des medizinischen Personals dürfen den Patientinnen und Patienten weder physische, noch psychische Schäden zufügen. Das Prinzip, keinen Schaden anzurichten, geht zweifellos Hand in Hand mit dem Prinzip der Nützlichkeit. Oft ist es möglich, beide Grundsätze aus der gleichen Perspektive zu bewerten, denn hilfreich zu sein, kann bedeuten, keinen Schaden zuzufügen. Der grundlegende Unterschied zwischen den beiden Prinzipien liegt unter anderem in der Tatsache, dass das Prinzip des Nichtschadens als universell zu betrachten ist, da anderenfalls mit rechtlichen Konsequenzen zu rechnen sind, wohingegen das Prinzip der Nützlichkeit unter Umständen nicht für alle Patientinnen und Patienten realisierbar ist. (vgl. Aydin, 2005, S. 95-96)

3.2.3 Patient/innenwohl (beneficence)

Die Verbesserung des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten hat in der Medizinethik einen hohen Stellenwert und wird als primärer Wert wahrgenommen. Medizinethisch nützlich zu sein bedeutet in der Gesundheitsversorgung in erster Linie der Patientin beziehungsweise dem Patient zugute zu kommen. Anhand der Formulierung ist bereits zu entnehmen, dass eine Handlung seitens des medizinischen Personals eingefordert wird, da es sich um ein positives Gebot handelt. Während es auf der einen Seite die negative Folgen so weit als möglich zu reduzieren gilt, müssen auf der anderen Seite die positiven Ergebnisse in Bezug auf den Nutzen für die Patientinnen und Patienten gesteigert werden. Hierbei ist festzuhalten, dass das Prinzip des Patient/innenwohl nicht immer zur Gänze verwirklicht werden kann, da die Darbietung des bestmöglichen Gutes die Möglichkeiten eines jenen übertreffen können. (vgl. Ernst, 2020b, S. 55-57)

In Bezug auf seine historische Quelle kann gesagt werden, dass das Prinzip der Nützlichkeit von Hippokrates stammt. Das Prinzip „primum non nocere“ in der hippokratischen Ethik will in gewisser Weise nützlich sein. Im Rahmen dieser Verpflichtung wird angestrebt, dass die möglichen positiven Folgen einer Handlung die negativen Folgen überwiegen oder sich zumindest in einem gewissen Gleichgewicht halten. (vgl. Ernst, 2020b, S. 29)

3.2.4 Handeln im Sinne der Gerechtigkeit (justice)

Mittlerweile ist eines der führenden Prinzipien auf dem Gebiet der medizinischen Ethik das Gerechtigkeitsprinzip. Die weit verbreitete Verwendung des Gerechtigkeitsbegriffes findet bekanntlich vor allem im juristischen Bereich Anwendung. Ein weiterer Bereich in dem der Begriff der Gerechtigkeit heutzutage weit verbreitet ist, ist die der Medizinethik, in welchem Werteprobleme im Gesundheitswesen diskutiert werden. Das Gerechtigkeitsprinzip im Gesundheitsbereich erwartet, dass medizinische Ressourcen, die von der Verwendung von Geräten bis hin zu allen möglichen Arten von Dienstleistungen reichen, ehrlich und gleichmäßig nach Bedarf verteilt werden. Dieses Prinzip bietet einige hilfreiche Antworten auf ethische Fragen zur Ressourcenallokation, mit denen Angehörige der Gesundheitsberufe bei ihrer Arbeit konfrontiert sind. (vgl. Aydin, 2005, S. 100)

Die Umsetzung des Gerechtigkeitsprinzips im Gesundheitswesen hängt zweifellos mit der fairen Nutzung vorhandener Ressourcen im Gesundheitswesen zusammen. Ethisch problematisch scheint hier die Frage zu sein, wie medizinische Ressourcen gerecht auf die Einzelnen und die Gesellschaft verteilt werden können, sowohl auf staatlicher Ebene als auch in kurativen Gesundheitseinrichtungen, wie beispielsweise Krankenhäusern. Die unzureichende Anzahl an medizinischen Einrichtungen für jeden Einzelnen/jede Einzelne untergräbt das Recht auf Gesundheitsversorgung und die modernen medizinischen Versorgungsmöglichkeiten sind oft sehr begrenzt. Inwieweit die wirtschaftlichen Ressourcen auf staatlicher Ebene gerecht eingesetzt werden, stellt sich daher als separates Problem heraus. Nichtsdestotrotz ist festzuhalten, dass das Gerechtigkeitsprinzip ein Prinzip darstellt, welches auch bei ethischen Konfliktproblemen angewendet werden kann, die sich in Bezug auf den gerechten Umgang mit Ressourcen in der klinischen Praxis ergeben können. Als Beispiel können hier viele medizinische Fälle angeführt werden, in denen dieses Prinzip, das einen sehr wichtigen Platz in klinischen Ethikstudien einnimmt, benötigt wird. Demnach forciert dieses Prinzip nicht nur die Idee der Schadensvermeidung, sondern zugleich auch die der Selbstbestimmung und die Verbesserung des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten. (vgl. Aydin, 2005, S. 100-101)

3.2.5 Kritik an den vier medizinethischen Prinzipien

Ein wesentlicher Vorteil, den die Formulierungen der vier medizinischen Prinzipien nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress mit sich bringen, ist, dass diese auf der einen Seite eine gewisse Handlungsanleitung darbieten, an die man sich bei der Entscheidungsfindung bei Handlungsoptionen orientieren kann und auf der anderen Seite wiederum genug Raum für die diversen ethischen Fragestellungen und Moralvorstellungen bieten. Dieser pragmatische Charakter gilt als Erfolgsprinzip für die Etablierung im medizinethischen Kontext, wobei diese Prinzipien nahezu als dogmatisch wahrgenommen und unhinterfragt werden. Hierbei ist allerdings festzuhalten, dass die Etablierung in der Praxis keineswegs alle ethischen Dilemmata beseitigt, da in der Anwendung Konflikte hinsichtlich der Prinzipien untereinander auftreten können. So kann beispielsweise die Achtung der Autonomie des Patienten/der Patientin im Widerspruch zum Prinzip des Patient/innenwohles stehen, wenn beispielsweise eine Behandlung, welche aufgrund des medizinischen Wissens des Gesundheitspersonals als unumgänglich erachtet wird, von dem Patient/der Patientin abgelehnt wird. In diesem Fall würde die Achtung der Autonomie unter anderem zum Alleinlassen und zur Gleichgültigkeit führen, während das Beharren auf das Prinzip des Wohltuns unter anderem auch als Bevormundung erachtet werden kann. (vgl. Ernst, 2020b, S. 40) Die Beziehung und die Verwobenheit dieser beiden Prinzipien kann man aus der Grafik von Stephan Ernst (2020b) herauslesen:

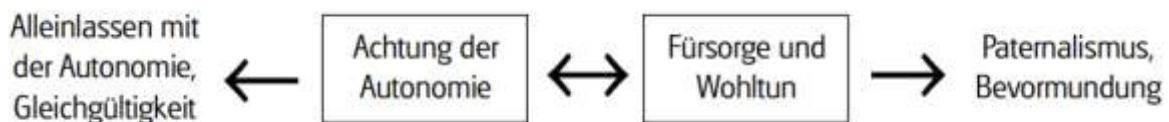


Abbildung 3: Zusammenwirken der medizinischen Grundsätze nach Ernst (2020b), S. 60

Ein anderer Grundfeiler, welcher Probleme mit sich bringen könnte, ist die der Gerechtigkeit, da es mit allen anderen Prinzipien in Konflikt geraten kann. Die Idee der Gleichbehandlung der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten könnte dazu führen, dass diverse Behandlungsmethoden nicht angeboten werden können. Somit würde man dem Prinzip der Schadensvermeidung, die des Patient/innenwohles und eventuell bei spezieller Anforderung die der Autonomie der jeweiligen Person nicht gerecht werden.

Angesichts dieser Überlegungen erweist sich die Handlungsorientierung basierend auf den vier Grundprinzipien der Medizinethik als schwierig und kontrovers. Die beiden Entwickler dieser

Prinzipien sind demnach der Auffassung, dass in Konfliktsituationen die Prinzipien abgewogen und in eine Balance gebracht werden müssen, welche nur mittels der menschlichen Urteilkraft erfolgen kann. Diese Überlegung von Beauchamp und Childress bringt wiederum den Vorwurf der Willkürlichkeit mit sich. Die Tatsache, dass die moralischen Intuition eines jenen beziehungsweise die eigene Moralvorstellung nicht als Grundlage für das Handeln dienen sollte, war der Ausgangspunkt für die Etablierung der Prinzipien, welche nicht zur Gänze beseitigt werden konnte. Nichtsdestotrotz ist festzuhalten, dass diese Prinzipien einen wichtigen Aspekt für die Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata bieten. (vgl. Ernst, 2020b, S. 40-41)

4 VERARBEITUNG ETHISCHER HERAUSFORDERUNGEN

4.1 ETHIK IM CURRICULUM ALS BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIE

Die Ethik ist ein wichtiger Bestandteil des Hebammenwesens. Ethische Erziehung von Hebammen ermöglicht professionelle Werte, Kodizes und Prinzipien zu kennen und Lösungen in der beruflichen Praxis zu entwickeln, mögliche ethische Probleme zu antizipieren und somit weniger Stress bei ethischen Dilemmata zu erfahren. Darüber hinaus trägt die ethische Ausbildung in der Hebammenarbeit dazu bei, ihre Rechte zu schützen und zu wahren, indem sichergestellt wird, dass Frauen und Neugeborene, die von Hebammen betreut werden, eine adäquate Pflege und Betreuung erhalten. Ethische Bildung trägt auch zur Professionalisierung des Hebammenberufs und zur Steigerung seines gesellschaftlichen Ansehens bei. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 148-149)

Hebammen, die wie andere Gesundheitsberufe in ihrer beruflichen Praxis mit ethischen Fragen konfrontiert werden, erhalten in letzter Zeit vermehrt Ethikschulungen während ihrer Ausbildung. Das Ziel der ethischen Bildung ist, dass Hebammen ethische Kompetenzen entwickeln, indem Wissen und Fähigkeiten erworben werden, die es ihnen ermöglichen, ethische Probleme von anderen Problemen zu unterscheiden und vertretbare Maßnahmen gegen die Probleme zu ergreifen. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 148-149)

Die Entwicklung ethischer Kompetenzen bei Gesundheitsfachkräften beginnt häufig mit einem strukturierten Curriculum während der Berufsausbildung. Hierbei erlangen und vertiefen Schülerinnen und Schüler durch den „verdeckten Lehrplan“, der oft als ebenso effektiv wie der offizielle Lehrplan angesehen wird, berufliche Werte. Ethische Kompetenzentwicklung wird durch Vorbilder, persönliche Erfahrungen und Feedback der Patientinnen und Patienten zusätzlich unterstützt. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 152-153)

4.1.1 Modell: „Increasing Ethical Competence in Midwifery Education and Practice“ (INEC)

Um die ethischen Kompetenzen von Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten zu erhöhen und ein hochrangiges Modell für die ethische Ausbildung im Hebammenwesen zu entwickeln, wurde das Projekt „Increasing Ethical Competence in Midwifery Education and Practice“ (INEC) in Kooperation mit fünf Universitäten in Finnland, Estland und der Schweiz gestartet. In der ersten Phase dieses Projekts wurde mit Hebammen, Pädagoginnen und Pädagogen, sowie Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten der aktuelle Stand und

Bedarf der Ethikausbildung in der Hebammenausbildung ermittelt. Dabei wurden mit den Forschungsteilnehmerinnen und Forschungsteilnehmern 43 halbstrukturierte Einzel- und 6 Fokusgruppeninterviews geführt und bei 36 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein Fragebogen angewendet. In der Studie wurde festgestellt, dass die Ethikkurse in der Ausbildung ein ethisches Bewusstsein bei Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten vermittelt, aber zu abstrakt gestaltet ist, sodass das theoretische Wissen sich nicht in der klinischen Praxis widerspiegelt und die Studentinnen und Studenten dementsprechend Schwierigkeiten haben, klinisch-ethische Probleme zu erkennen und zu benennen. In derselben Studie wurde der Schluss gezogen, dass Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten versuchten, Ethik mit ihrem eigenen moralischen System zu erklären. In Übereinstimmung mit diesem Ergebnis wurde berichtet, dass die Autonomie der Schwangeren vernachlässigt werden würde, wenn das Moral- und Glaubenssystem der Patientin mit den persönlichen Werten der Hebamme in Konflikt geriet. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit betont, den Studierenden die Unterscheidung ihrer persönlichen und beruflichen Werte in der Ethikausbildung zu vermitteln, um ethische Verstöße bei der Erbringung von medizinischen Leistungen zu verhindern. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 150)

In der zweiten Phase des INEC-Projekts ist das Ausbildungsmodell für Ethikschulungen der Hebammen (MidEthics) entstanden, das in der theoretischen Ausbildung und in der klinischen Praxis verwendet werden soll. Im MidEthics-Modell, das darauf abzielt, die ethischen Kompetenzen von Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten zu erhöhen, wurde nach umfangreicher Forschung und Auswertungen von Pilotstudien entwickelt. Hierbei beginnt das spiralförmige Curriculum im Bildungsumfeld und wird im Zuge des lebenslangen Lernprozess fortgesetzt. Der Hauptzweck des Lehrplans ist, sicherzustellen, dass Studierende und graduierte Hebammen ein ethisches Verhalten entwickeln, das mit ihrem Wissen, Fähigkeiten und persönlichen Werten korreliert. Das Curriculum beinhaltet Fallanalysen mit denen die Studierenden während ihrer klinischen Praxis konfrontiert sein können, damit möchte man die autonome Entscheidungsfindung und die reflektierte ethische Handlungsweise fördern. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 156-157)

Das Curriculum ist in verschiedene Ebenen gegliedert. Dies bietet den Schülerinnen und Schülern die Flexibilität, das Niveau zu wählen, welches deren Bedürfnissen entspricht. Die unterschiedlichen Ebenen dieses Modells sind folgendermaßen:

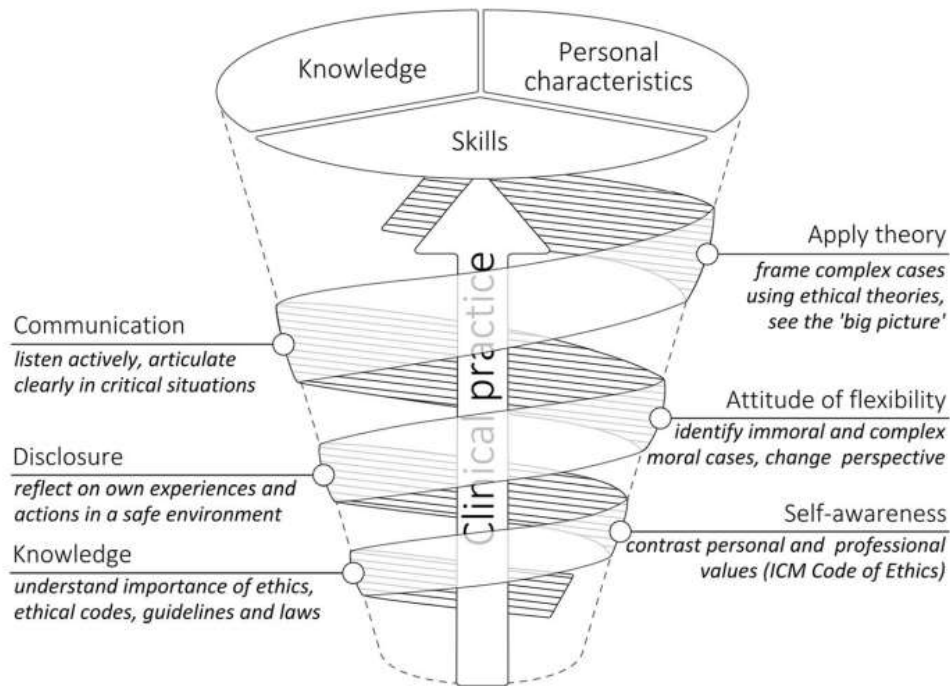


Abbildung 4: Das MidEthics-Modell nach Oelhafen et.al. (2017), S. 157

Wissen (Knowledge): Ziel ist es zunächst, den Studierenden den Zweck ethischer Werte, Kodizes, Regeln und Gesetze zu vermitteln und das Bewusstsein für Ethik zu schärfen. Es wird jedoch empfohlen, auf dieser Ebene nicht zu viel ethisch-theoretisches Wissen zu vermitteln, da die Informationen abstrakt bleiben, wenn kein direkter Bezug zur klinischen Praxis besteht. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 157-158)

Selbstbewusstsein (Self-awareness): Ziel ist es, dass Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten lernen, zwischen persönlichen und beruflichen Werten zu unterscheiden. Es werden Präsentationen und Gruppendiskussionen über ethische Probleme gehalten, die den Studierenden in der klinischen Praxis begegnen. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 158)

Erläuterung (Disclosure): In dieser Phase sollen die Studentinnen und Studenten dazu befähigt werden, ihre Erfahrungen und Gedanken in einer sicheren Umgebung und in Gegenwart von Pädagoginnen und Pädagogen auszudrücken, Krankenhausverfahren zu erkennen, die möglicherweise mit ihren eigenen Werten in Konflikt stehen, und ihre Bedenken dahingehend zu äußern. Hierbei werden Diskussionsgruppen mit einer kleinen Teilnehmer/innenzahl geführt, die es den Studierenden ermöglichen, sich auszudrücken und ihre Entscheidungen und Urteile zu bewerten. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 158)

Haltung der Flexibilität und Kommunikation (Attitude of flexibility and Communication): Jede Frau und Familie hat individuelle Bedürfnisse, Werte und Vorlieben. Hebammen müssen sich diesen Unterschieden bewusst sein und diese auch respektieren. Hierbei erscheint es wichtig, dass Hebammen, die bei der Lösung eines bestimmten ethischen Problems mitwirken, die Präferenzen der beteiligten Personen berücksichtigen. Dabei sollte der situative Charakter einzelner Fälle nicht außer Acht gelassen werden, weshalb sich jene nicht immer an eine einzige „Regel“ oder „Richtlinie“ halten können, wobei auch eine Grenze hinsichtlich der Toleranz und Flexibilität gegeben ist. Hebammen sollten zudem in der Lage sein, Situationen zu unterscheiden, in denen ethische Regel und Berufswerte verletzt werden, und in diesen Situationen gemäß den Berufsregeln beziehungsweise den passenden Kodizes zu handeln. Insbesondere um Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen der Studierenden zu unterbinden, sollten diese darin geschult werden, bei ethischen Herausforderungen Hilfe bei den zuständigen Personen zu konsultieren. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 158)

Praxistheorie (Apply theory): Mit zunehmenden klinischen Erfahrungen sind Hebammen stärker in ethische Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden, die interdisziplinär getroffen werden. In ethisch herausfordernden Fällen ist es notwendig, die Meinungsverschiedenheiten des medizinischen Personals bei der Entscheidungsfindung im Rahmen ethischer Theorien zu definieren. In einem solchen Fall sollten alle Angehörigen der Gesundheitsberufe angesichts des Problems das Gesamtbild betrachten und die unterschiedlichen Werte anderer Fachleute respektieren. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 158)

Obwohl das MidEthics-Modell, das zur Steigerung der ethischen Kompetenz von Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten entwickelt wurde, viele Vorteile mit sich bringt, können auch Nachteile verzeichnet werden. Ein Nachteil besteht darin, dass es keine konkrete pädagogische Anleitung zur Steigerung der ethischen Kompetenz enthält. (vgl. Oelhafen et al., 2017, S. 159)

4.1.2 Modell: „The Midwives' Ecosystemic Model of Ethical Thinking“ (MEMET)

Ein weiteres Modell zur Verbesserung der Ethikerziehung in der Hebammentätigkeit ist „The Midwives' Ecosystemic Model of Ethical Thinking“ (MEMET). Das von Foster und Lasser (2011) entwickelte Modell soll ethische Kodizes und Prinzipien in Einklang bringen. MEMET, dessen konzeptionelle Grundlagen auf der Moraltheorie von Gilligan (1982) und der Systemtheorie von Capra (1996) beruhen, stellt die Beziehung zwischen Hebamme und Patientin in den Mittelpunkt. Dem Modell zufolge liegt die ethische Belastung in der Hebammenpraxis hauptsächlich in der Hebammen-Patientin-Beziehung. In diesem Fall muss

zunächst festgestellt werden, wer die Patientin beziehungsweise der Patient ist. Aufgrund der Verflechtung der Schwangerschaft wird die Patientin als Duo, bestehend aus Mutter und Fötus, betrachtet. Die Hebamme baut eine Beziehung zur Patientin als professionelle Freundin auf und persönliche Eigenschaften von Hebamme und Patientin können die Beziehung zwischen den beiden sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Die Hebamme-Patientin-Beziehung ist umgeben vom Unterstützungsnetzwerk, dem Praxisumfeld, dem kulturellen Umfeld und der traditionellen Struktur. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 186-192)

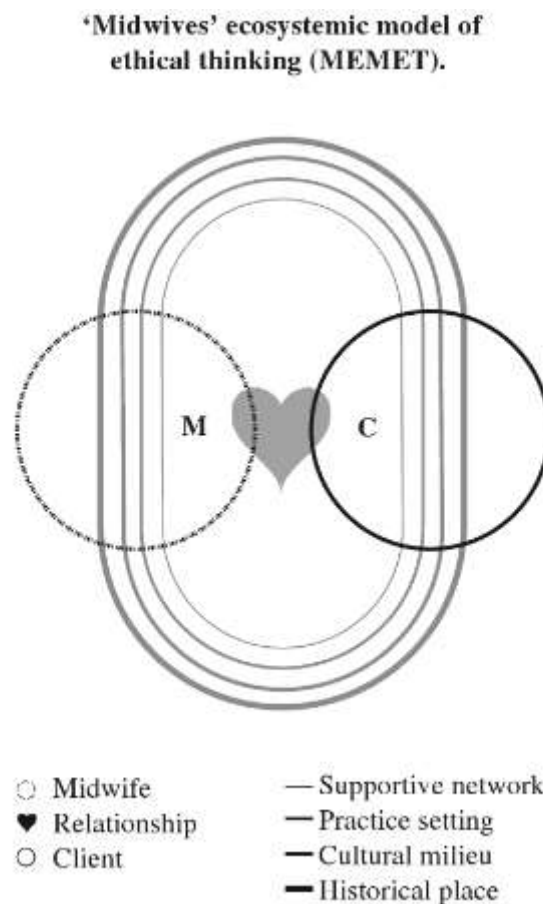


Abbildung 5: Modell ethischen Denkens in der Hebammenarbeit nach Foster und Lasser (2011), S. 190

Unterstützungsnetzwerk (Supportive network): Es umfasst andere medizinische Fachkräfte, Familie und Freunde, mit anderen Worten Personen, die nicht in der Hauptverantwortung der Hebamme liegen. Personen in diesem Unterstützungsnetzwerk haben einen direkten Einfluss auf die Hebammen-Patientin-Beziehung und können diese Beziehung sowohl negativ, als auch positiv beeinflussen. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 192-193)

Anwendungsumfeld (Practice Setting): Es umfasst institutionelle, soziale und politische Strukturen. Insbesondere der Arbeitsbereich der Hebamme ist einer der wichtigsten Faktoren, die das ethische Denken der Hebamme beeinflusst. Das Praxisumfeld kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die Hebammen-Patientin-Beziehung auswirken, wie es auch beim Unterstützungsnetzwerk der Fall gewesen ist. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 193-194)

Kulturelle Umfeld (Cultural milieu): Die Rollen von Hebammen, der Umfang ihrer Tätigkeit, Berufsregeln, ethische Kodizes und Pflegestandards werden durch das kulturelle Umfeld definiert. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 194-195)

Traditionelle Struktur (Historical place): Es wird als das Glaubenssystem zusammengefasst, das Religion, Philosophie und Werte umfasst. Es deckt auch die Veränderungen ab, die mit der Entwicklung von Wirtschaft und Technologie einhergehen. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 196-197)

Da die oben angeführten Faktoren die Hebammen-Patientin-Beziehung negativ beziehungsweise positiv beeinflussen, sollten diese Faktoren gut analysiert werden. Das Modell „MEMET“, das als deskriptives und analytisches Instrument bei ethischen Problemen verwendet wird, zielt darauf ab, die Herangehensweise der Hebamme an ethische Probleme und Dilemmata zu analysieren. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 198-199)

Obwohl es viele Gründe für ein ethisch fragwürdiges Verhalten gibt, ist einer der wichtigsten Gründe die Unzulänglichkeit der ethischen Erziehung. An dieser Stelle ist die Ethikschulung der Hebammen, die eine wichtige Rolle für den Schutz und die Entwicklung der Gesundheit von Frauen und Ungeborenen beziehungsweise Säuglingen spielen, während ihrer Ausbildung äußerst wichtig. Der Hauptzweck der ethischen Bildung ist die ethischen Standards, Kodizes, Grundsätze und Werte des Berufs zu lehren, die moralische Sensibilität der Studentinnen und Studenten zu erhöhen, die Entwicklung der Fähigkeiten zu unterstützen, die für das Treffen ethischer Entscheidungen erforderlich sind, das Verhalten angesichts ethischer Probleme positiv zu beeinflussen, um ethisches Verhalten in der Hebammenversorgung und -praxis sicherzustellen. Ethikkurse sind besonders für Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten in der Hochschulausbildung sehr wichtig, um sich ein Bild von ethischen Ansätzen zu machen und neue Perspektiven zu gewinnen. Ethikkurse, die in Hebammenausbildungsprogrammen verschiedener Länder durchgeführt werden, umfassen Themen wie Einverständniserklärungen, gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse und vorgeburtliche Diagnosemöglichkeiten. Die Themen wie Mutter-Fötal-Konflikt und moralische

Konfliktsituationen sind in der Ethikausbildung von Hebammen ebenfalls enthalten. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 172-174)

Es wird festgestellt, dass infolge der Kommerzialisierung der Gesundheitsdienste und der Beschäftigung von Hebammen in der Funktion als Krankenschwestern beziehungsweise Krankenpflegern in den letzten Jahren Hebammenstudentinnen und Hebammenstudenten eine Ethikausbildung erhalten, die eine Kombination aus Medizinethik und Pflegeethik darstellt. Obwohl die ethischen Grundsätze und Werte in den unterschiedlichen Sparten der Gesundheitsberufe ähnlich sind, erfordern die Unterschiede in den Pflichten und im Verantwortungsbereich des Hebammenberufs, dass die berufsethische Ausbildung spezifisch für Hebammen konzipiert wird. Obwohl Hebammen akzeptieren, dass Ethikunterricht in der Ausbildung wichtig und notwendig ist, ist das Wissen über den Lehrplan, die Methoden, die Bewertung und die Angemessenheit des aktuellen Ethikunterrichts begrenzt. Es kann festgehalten werden, dass in der Ausbildung die Kursinhalte, der Stundenausmaß und die Bewertungsinstrumente in Bezug auf ethische Bildung stark variieren und dass es keine Standardisierung gibt, welche als wünschenswert erachtet wird. (vgl. Foster & Lasser, 2011, S. 172-174)

4.2 SUPERVISION ALS BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIE

4.2.1 Bedeutung und Aufgaben der Supervision

Der Begriff der Supervision hat seinen Ursprung aus dem amerikanischen und wurde über ein Jahrhundert hinweg als eine Art Kontrolle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesehen. Diese Funktion wurde von den Vorgesetzten verkörpert, welche auf sachliche, aber auch auf fachliche Ebene erfolgte. Ausgehend von dem Ursprung des Begriffes scheint auch die Skepsis, die Scheu beziehungsweise die mit Vorurteilen behaftete Abneigung gegenüber der Supervision verständlicher. Mittlerweile wird der Begriff mit einer beruflichen Beratung in Verbindung gebracht. Gaertner (1988) beschreibt die Supervision als „regelgeleiteten Beratungsprozess über Probleme und Konflikte der beruflichen Interaktion“. Eine ähnliche Auffassung vertritt Pühl (2009), der die Supervision als berufsbezogene Beratung sieht, deren Ziel in der Erweiterung der eignen Kompetenzen beruht. Hierbei verweist er auf die Unterscheidung zwischen Ausbildungssupervision, die als eine Anleitung im beruflichen Alltag fungiert, deren Ziel die Ausbildung von kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Initialisierung von Verantwortung in der Praxis und einer gewissen Haltung beinhaltet, und die Fortbildungssupervision, die von den sich bereits in der Praxis befindenden Arbeitnehmerinnen

und Arbeitnehmern in Anspruch genommen wird. Diese wiederum sollen, dass in der Supervision thematisierte und erlernte Wissen in der institutionellen Praxis anwenden und eine Erleichterung bei der Bewältigung von speziellen Aufgaben zur Folge haben. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 120-121)

Im gesundheitsmedizinischen Kontext stoßen die Akteurinnen und Akteure des Öfteren an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten, da unter anderem ihr Instrumentarium der Praxis nicht Genüge leistet, beziehungsweise eine Stagnation hinsichtlich des Prozesses zu beobachten ist. Hierbei handelt es sich um ein natürliches Phänomen, wobei jenes als belastend und entmutigend empfunden werden kann, da Gefühle wie Demotivation und Erschöpfung hervortreten können. Um diesen, nichts zwangsläufig auftretenden, Gefühlen entgegenwirken zu können, herrscht das Bedürfnis eines Austausches mit dienstälteren Kolleginnen und Kollegen oder mit einer/m Supervisor/in. Demnach dient die Supervision zum einen das psychodynamische Verständnis zu erweitern und die damit verbundene Anwendung von diversen Techniken in der Praxis zu verbessern, zum anderen aber erfüllt es die Funktion einer „Psychohygiene“, welche zur Entlastung und Beruhigung des Supervisanden/der Supervisandin führt. (vgl. Boessmann, 2005, S. 201)

Eine Gefahr, die die Supervision mit sich bringt, ist die Schwierigkeit, dass diese als ein Raum zur Behandlung von persönlichen Problemen mit Klientinnen und Klienten angesehen wird. Die Fokussierung, oder in extremen Fällen die Reduzierung dieses Prozesses auf das Patient/innen-Helfer/innen-Beziehung läuft der Gefahr aus, komplexe Zusammenhänge in der Institution, oder innerhalb des Rollenverständnisses außer Acht zu lassen. Eine Folge ist, dass jene Themen keinen Zugang in der Beratung finden. Diese Entwicklung scheint zunächst den Supervisandinnen und Supervisanden gelegen, da der Wunsch und das Bedürfnis hinsichtlich einer Aufarbeitung herrschen und diese Thematik einen direkten Zugang in die Praxis aufweist. Die unmittelbar wahrgenommene Belastung in der Beziehung mit Klientinnen und Klienten weckt den Wunsch hinsichtlich einer Aufarbeitung, welche durchaus Zugang in den Supervisionseinheiten finden kann. Hierbei darf allerdings die Zuwendung zu beruflichen Prozessen und Aufgabenstellungen nicht zu kurz geraten. Eine gegenstandsangemessene Supervision beschäftigt sich mit individuell auftretenden Problemen unter besonderer Berücksichtigung der Organisationszusammenhänge und der herrschenden Dynamik innerhalb einer Gruppe beziehungsweise eines Teams. Eine Kombination aus allen genannten Komponenten verursacht das Bedürfnis einer Aufarbeitung und spiegelt sich im Individuum wieder. Persönliche Erlebnisse und Vorkommnisse stehen in einem größeren Kontext und eine

Korrelation zu den anderen Bereichen ist vorzuweisen. Die Zusammenhänge werden in vielen Fällen von den Personen nicht wahrgenommen, sodass eine falsche Erwartungshaltung die Folge ist. Dieser Bedürfnisstruktur muss sich die Supervisandin beziehungsweise der Supervisand entziehen, um eine gerechte Bearbeitung gewährleisten zu können. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 126-127)

„Behutsame Frustration dieser Erwartungen und die Motivation zu einer übergeordneten, über die individuelle oder dyadische Interpretationsebene hinausgehende Betrachtungsweise sind die zentralen Aufgaben der Teamsupervisorin.“ (Lohmer et al., 2014, S. 127)

Die primäre Funktion von Supervision liegt in der Optimierung der Erledigung von Aufgaben und soll zugleich auch die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dahingehend steigern. Sollte die Gestaltung einer angenehmen und motivationsfördernden Atmosphäre funktionieren, so können selbst gesteuerte Lösungsansätze und Optimierungsmöglichkeiten zur Erzielung der primären Aufgabe kreiert werden. Durch die Förderung des persönlichen Wachstums einer Person kann jene auch als Teil der Erwachsenenbildung gesehen werden. Auf der anderen Seite kann Supervision auch als Interventionsprozess wahrgenommen werden, deren Aufgabe in der Verbindung von Individuum und Institution liegt, somit wird der Spannungsbogen zwischen der Person und der Institution geschaffen. Wichtig ist zu vermerken, dass in der Supervision das Interesse der Triade (Klientel-Team-Organisation) berücksichtigt werden muss. (vgl. Lohmer et al., 2015, S. 127-128)

4.2.2 Supervisionssettings

Um die Effektivität der Supervisionseinheiten steigern zu können, muss die Auswahl bezüglich der Art der Supervision mit großer Sorgfalt erfolgen. Sollte die Einheit dazu abzielen die Beziehung der Mitarbeiter/innen-Klient/innen zu verbessern, so würde sich die Fallsupervision als hilfreich erweisen, wohingegen die Veränderung beziehungsweise die Optimierung der Strukturen innerhalb eines Verbandes eine sogenannte „Teamentwicklung“ voraussetzt. Diese Art der Differenzierung ist auch für die Fragestellung hinsichtlich der Anteilnahme der Leitung bei den Sitzungen von großer Bedeutung. Bei dem ersteren würde das Fehlen der Leitung an den Sitzungen sich als hilfreich erweisen, da Problem ohne Hemmungen angesprochen werden könnten ohne der Befürchtung einer möglichen Sanktionierung. Sollte allerdings der Wunsch bestehen die Dynamik im Team zu optimieren, so erweist sich die Anteilnahme der Leitung als ein unverzichtbarer Bestandteil, da sie einen erheblichen Beitrag zu Veränderungen von Strukturen beitragen. (vgl. Obermeyer & Pühl, 2015, S. 57-58)

Zur Konzeption der Supervision kann festgehalten werden, dass diese in unterschiedlichen Konstellationen stattfinden kann. Eine Variante stellt die der Einzelsupervision dar, welche auch als dyadisches Setting bezeichnet wird. Das jeweilige Setting ermöglicht das Miteinbinden der eigenen Biographie, die bei der Behandlung der speziellen Problematik eventuell eine entscheidende Rolle spielt, welche lediglich nur durch das Einverständnis beider Parteien Gegenstand der Supervision wird. Im Zuge der Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen erscheinen temporäre Regressionen unumgänglich und bilden einen wichtigen Punkt des Entwicklungsprozesses. Je nach Auffassungsweise kann die Einzelsupervision auch als Coaching beziehungsweise als Rollenberatung aufgefasst werden. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 128)

Ein weiteres Supervisionssetting stellt die der Gruppensupervision dar. Merkmale dieser Zusammensetzung sind beispielsweise die fehlende Beziehung der jeweiligen Personen zueinander, das stammen aus unterschiedlichen Praxisfeldern und der Wunsch hinsichtlich einer Reflexion bezüglich der Rolle und die Erweiterung der Handlungsweise in dem beruflichen Alltag. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 128-129)

Das Gegenstück zur Gruppensupervision stellt die Teamsupervision dar, welche zur Voraussetzung hat, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche an der Teamsupervision teilnehmen in derselben Institution beziehungsweise Organisation arbeiten und Aufgaben in einem bestimmten Arbeitsgebiet bewerkstelligen. Aus der jeweiligen Definition können bereits die primären Aufgaben der Teamsupervision entnommen werden, nämlich die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und die Förderung der Arbeitsweise innerhalb eines Teams. Demnach steht die Befähigung zur Aufgabenbewältigung an erster Stelle und persönliche Leistungen und Vorkommnisse bleiben im Zuge dessen unbearbeitet. Diese Art der Supervision stellt die am häufigsten in Anspruch genommene Form dar und deutet auf die Verflechtung von Supervision mit der Organisation hin. Eine besondere Herausforderung in diesem Zusammenhang stellt die Dichotomie zwischen Privat- und Rollenbeziehungen, aber auch die der Team- und Institutionsdynamik dar. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 129-130)

„Um die größere Komplexität zu fassen, ist die Bezugnahme auf systematisch-strukturelle Konzepte unausweichlich, will man der Problematik von Teamsupervision gerecht werden.“ (Lohmer et al., 2014, S. 130)

4.2.3 Psychoanalytische Supervisionsansätze

Psychoanalytische Supervisionsansätze gelten als die wichtigste Form bei der Arbeit mit institutionellen Gruppen und im professionellen Feld agierende Teams. Hierbei sollen die in der Praxis gängigsten zwei Modellen kurz vorgestellt werden.

Das Modell von Balint beschäftigte sich zunächst mit der ganzheitlichen Medizin, in welchem die Arzt/innen-Patient/innen-Beziehung im Mittelpunkt des Forschungsinteresses gestanden ist, um die passende körperliche und seelische Unterstützung bieten zu können. Später wurde dieses Modell auf das Verhältnis von Patientinnen und Patienten, sowie Helferinnen und Helfer im Allgemeinen ausgeweitet. Das Spiegelungsphänomen Balints stellt einen Zusammenhang der problemhaften Beziehung beider Parteien mit dem gesamten Team her. Demnach ist die Reflexion mit Hilfe des gesamten Teams notwendig um eine adäquate Rekonstruktion der Beziehung gewährleisten zu können. Geartner (1988), der seine Konzeption auf das von Balint anlehnt, vertritt die Ansicht, dass durch diese Art der Bearbeitung auch Machtverhältnisse betrachtet werden können. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 130-131)

„An den Themen, die die Supervisanden artikulieren, spiegeln sich die Erfahrungen der Supervisanden und die Konfliktzonen der Institution. Dabei bilden sich insbesondere institutionelle Spaltungsprozesse in der Fall- bzw. Problemeinbindungsphase ab.“ (Schreyögg, 1999, S. 488)

Ein anderes in der Supervision angewendetes Modell stellt die „Container-Contained“-Theorie von Bion dar. Die Idee des „Containment“ ist in einer Organisation von großer Bedeutung, da es zum einen zum Aufdecken psychosozialer Abwehrmechanismen beiträgt und zum anderen als Ausgangspunkt für die Bearbeitung im Team dient, sodass der primären Aufgabe wieder gänzlich die Aufmerksamkeit gerichtet werden kann. Mit der Thematisierung bestehender Probleme und Herausforderungen erfolgt eine emotionale Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Funktion der Supervisorinnen und Supervisoren liegt unter anderem darin als sogenannter „Container“ zu dienen, die die als problematisch angesehenen Angelegenheiten aufnehmen. Die Gefahr, dass ledig die Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten und Helferinnen und Helfer im Fokus des Interesses liegt, ist auch hier gegeben. Somit würde man der Funktion der Supervision nicht mehr nachgehen können, da dies auf einen therapeutischen Kontext reduziert werden würde. Die Herausarbeitung von Notwendigkeiten und das Abgeben von Empfehlungen sind zwar nicht zu unterbinden, nichtsdestotrotz muss die Orientierung hinsichtlich des Arbeitsprozesses gegeben sein. Somit besteht die Aufgabe einer Teamsupervisorin beziehungsweise eines Teamsupervisors, die sich auf der individuellen

Ebene befindenden Interpretationsmöglichkeiten auf die zentralen Aufgaben zu übertragen. Nachdem sich die Supervisandinnen und Supervisanden mit Ängsten, Unverstandenen, Rollenunsicherheiten und dem Gefühl der Erschöpfung an den Supervisor/die Supervisorin gewendet hat und eine Erleichterung erfahren durfte, werden Gründe für die herrschenden Abwehrmechanismen gesucht, bearbeitet und in kleinen Schritten der Person zum Erkenntnisgewinn zurückgegeben („Containment“). Diese Ausführung wird als ein wichtiger Punkt für die Steigerung der Qualität bei der Erfüllung der Aufgaben innerhalb eines Teams angesehen. Um dieser Anforderung gerecht werden zu können, erscheint die „face-to-face“-Durchführung unumgänglich, da somit die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hinsichtlich ihrer Professionalität und Vernetzung sichtbar und hinterfragbar werden. Somit kann man dem Gedanken der herrschenden Fehlerlosigkeit entgegenwirken und eine angenehme Atmosphäre schaffen, welche für die Bearbeitung und Entwicklung von Lösungen ausschlaggebend ist. Die Bearbeitung unter Berücksichtigung der Diversität gestaltet eine Vielschichtigkeit der Ziele, die bei größeren Herausforderungen als hilfreich erachtet wird. (vgl. Lohmer et al., 2014, S. 133-135)

5 METHODISCHE VORANGEHENSWEISE –

QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING (2010)

Für die Bearbeitung der Forschungsfrage „Wie werden ethische Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle-Person-Organisation von Hebammen erlebt und welche Bedeutung hat die Supervision hinsichtlich der Verarbeitung?“ wurde eine qualitative Forschung betrieben, indem vier leitfadengestützte Interviews mit Hebammen durchgeführt und mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet wurden. Im Zuge dieses Kapitels der Arbeit soll die Datenerhebung und die Methode zur Auswertung vorgestellt werden.

5.1 BEGRIFFSDEFINITION

Unter dem Begriff „Inhaltsanalyse“ fällt eine Reihe an unterschiedlichen Definitionen, deren Gemeinsamkeit die Analyse einer jeglichen Form der Kommunikation beinhaltet. Eine besondere Schwierigkeit hinsichtlich dieser Definition stellt die Tatsache dar, dass die Analyse nicht nur den Inhalt der Kommunikation umfasst. Mayring (2010), der den Begriff der Inhaltsanalyse stark geprägt hat, definierte mehrere Punkte, welche die Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode prägen sollten. (vgl. Mayring, 2010, S. 12)

- Der Gegenstand der Inhaltsanalyse stellt die Kommunikation dar, welche die Übertragung von Symbolen, die nicht nur die Sprache, sondern auch die Musik, Bilder und vieles weitere beinhaltet.
- Hierbei handelt es sich um eine fixierte Kommunikation. Demnach muss das Material mit dem gearbeitet wird auf eine beliebige Art und Weise protokolliert werden.
- Der Inhaltsanalyse liegt eine Systematik zugrunde.
- Explizite Regeln werden für die Systematik ausformuliert (Regelgeleitetheit), sodass die Analyse auch von Dritten verstanden, nachvollzogen und überprüft werden kann. Somit kann das Gütekriterium der Intersubjektivität erfüllt werden.
- Hierbei sprechen wir von einer theoriegeleiteten Analyse, da das zu analysierende Material aus der Theorie heraus interpretiert wird und an die Erfahrungen anderer anknüpft.

- Bei der Inhaltsanalyse wird der Text nicht für sich analysiert, sondern als schlussfolgernde Methode, welche den gesamten Kommunikationsprozess begutachtet. (vgl. Mayring, 2010, S. 12-13)

5.2 BEGRÜNDUNG FÜR DAS HERANZIEHEN DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE

Eine Reihe an unterschiedlichen Vorteilen hat zum Heranziehen dieser Methode geführt, die im Zuge dieses Kapitels näher erläutert werden sollen.

Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse hebt sich von anderen Analyseansätzen ab, da sie bei der Bearbeitung die Kommunikationszusammenhänge berücksichtigt. Demnach erfolgt eine kontextabhängige Interpretation mit dessen Hilfe man mögliche Schlussfolgerungen auf die Sprecherinnen und Sprecher ziehen kann. (vgl. Mayring, 2010, S. 48)

Die für die Analyse zugrunde gelegte Systematik kann als zentrales Anliegen dieser Methode erfasst werden. Hierbei müssen die einzelnen Schritte für die Vorgehensweise vorab definiert werden, denn bei der Inhaltsanalyse handelt es sich um kein standardisiertes Instrumentarium, welches für jene Forschung verwendet werden kann. Ausgehend von dem zu untersuchenden Thema, der Fragestellung und dem Material müssen Anpassungen getroffen werden. Einzelne Arbeitsschritte bedürfen einer Definition und einer bestimmten Reihenfolge. (vgl. Mayring, 2010, S. 48-49)

Die Verwendung von Kategoriensystemen bei der Bearbeitung von Texten stellt ein wichtiges Instrumentarium dar. Diese Vorgehensweise garantiert eine gewisse Nachvollziehbarkeit, welches wiederum das Gütekriterium der Intersubjektivität sicherstellt. Für die Konstruktion von Kategoriensystemen ist eine Begründung notwendig, welche sich als besonders herausfordernd stellt, doch dieses ist essentiell für die Vergleichbarkeit der Erkenntnisse und der Gewährleistung des Gütekriteriums der Reliabilität. (vgl. Mayring, 2010, S. 49-50)

Der dynamische Charakter der qualitativen Inhaltsanalyse erweist sich für die Anpassung der Methode auf das Forschungsthema als besonders vorteilhaft. Aufgrund der Tatsache, dass die jeweiligen Schritte im vornherein definiert werden müssen, erfolgen ein Gegenstandsbezug und eine Abwendung von der Auffassung, dass es sich hierbei um eine Technik handeln würde. Hiermit ist gewährleistet, dass der Gegenstand der Forschung im Fokus des Interesses steht und eine adäquate Vorgehensweise gewählt wird. (vgl. Mayring, 2010, S. 50)

Die theoriegeleitete Ansatzweise dieser Methode sichert, dass die technische Unschärfe mittels Stringenz der Theorie einen Ausgleich findet. Der aktuelle Forschungsstand wird bei der Entscheidungsfindung der Vorgehensweise in der Analyse berücksichtigt, welcher wiederum ein weiteres Gütekriterium, nämlich die der Validität sichert. Demnach werden alle drei Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bei der Bearbeitung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt. (vgl. Mayring, 2010, S. 50-51)

Angesichts der angeführten Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) fiel die Entscheidung hinsichtlich der Bearbeitung auf jenen Analyseansatz. Die umfangreiche Auseinandersetzung mit der Theorie im Vorfeld stellte für den Erarbeitungsprozess ein Grundgerüst dar, welche eine Erleichterung der Bearbeitung zur Folge hat. Durch den nicht statischen Charakter war eine gewisse Flexibilität bei der Analyse gegeben, welche eine adäquate und für das Forschungsinteresse passende Methode gewährleistete. Nichtsdestotrotz war die Vergleichbarkeit durch die Systematik, welche die Bildung von Kategorien umfasst, gegeben. Abschließend ist auch die Berücksichtigung der Kommunikationszusammenhänge enorm wichtig um eine kontextabhängige Interpretation, welche mein Ziel bei der Bearbeitung des Themas darstellte, sicherzustellen.

5.3 FESTLEGUNG DES MATERIALS

Da es sich bei der qualitativen Inhaltsanalyse um eine Auswertungsmethode handelt, dient ein sprachlich festgehaltener Text als Material. Um eine adäquate Interpretation gewährleisten zu können, ist die Auseinandersetzung mit dem Ausgangsmaterial von großer Bedeutung. Die in der Geschichtswissenschaft als Quellenkritik betitelte Prozedere ist ebenfalls vorhanden und erscheint unumgänglich. Hierbei müssen drei Schritte berücksichtigt werden:

- Die Definition des Materials stellt den wichtigsten Punkt bei der Festlegung des Materials dar und soll im Laufe der Analyse, wenn möglich, nicht erweitert beziehungsweise geändert werden. Der Stichprobenumfang soll nach ökonomischen Erwägungen und Repräsentativitätsüberlegungen erfolgen.
- Ein weiteres Augenmerk beruht auf die Entstehungssituation der jeweiligen Texte. Zu berücksichtigen ist hierbei der Verfasser/die Verfasserin, sowie die Interpartnerinnen und Interviewpartner, das emotionale und kognitive Befinden des Verfassers/der Verfasserin, der konkrete Entstehungshintergrund und die jeweilige Zielgruppe.
- Die formalen Charakteristika der Texte ist ein ebenso wichtiger Bestandteil bei der Festlegung des Materials. Der Analyse liegen Texte zugrunde, die in gesprochener Form

vorliegen. Hierbei ist das Aufzeichnen mittels eines Tonbandes erforderlich, sodass eine anschließende Transkription, welche auf bestimmten Protokollierungsregeln beruht, erfolgen kann. (vgl. Mayring, 2010, S. 52-53)

Mit dem Einreichen des Formulars für die Genehmigung des Masterarbeitsthemas erfolgte eine umfangreiche Auseinandersetzung mit der Theorie, wobei schon bald die Suche nach Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern gestartet wurde, die sich als schwieriger erwies als zunächst vermutet. Nach der Absage des Landesklinikums Wiener Neustadt hinsichtlich einer Kooperation wurden Freunde und Bekannte kontaktiert, um passende Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu finden. Im Zuge dieses Forschungsprojektes fiel die Auswahl anschließend auf vier Personen, die sich für die Mitarbeit bereit erklärt haben. Alle Interviews wurden im Mai 2021 geführt, kurz nachdem der harte Lockdown in Wien und Niederösterreich beendet wurde. Da drei der vier Interviewpartnerinnen in einem direkten Kontakt zu ihren Patientinnen und Patienten standen und die vierte Interviewpartnerin damals schwanger gewesen ist, wurden alle Interviews online über Zoom durchgeführt, um die Corona-Regelungen zu befolgen und eine verantwortungsbewusste Verhaltensweise zu Zeiten der Pandemie darzulegen. Diese Entscheidung wurde auch seitens der Interviewpartnerinnen begrüßt. Während das Finden eines passenden Zeitpunktes für die Durchführung der Interview sich als relativ einfach erwies, da kein bestimmter Ort aufgesucht werden musste, bereiteten Verbindungsschwierigkeiten Probleme. Zwei der vier Interviews wurden aufgrund der schwachen Internetverbindung kurzfristig pausiert und bei einem Interview musste die Video-Funktion ausgeschaltet werden, sodass das Interview ohne Verbindungsprobleme weitergeführt werden konnte. Diese kurzfristigen technischen Schwierigkeiten erwiesen sich als störend, nichtsdestotrotz konnten die Gespräche schon bald wieder aufgenommen und weitergeführt werden, ohne dass der Sprachfluss stark beeinträchtigt wurde. Die Kontaktaufnahme erfolgte mittels Nachrichten über WhatsApp beziehungsweise Emails, wo eine kurze Vorstellung meiner Person, sowie das Forschungsthema der Arbeit ihnen näher gebracht wurden. Nach der schriftlichen Einwilligung der Personen wurde ihnen eine Einverständniserklärung geschickt, welche die vertrauliche Verwendung der erhobenen Daten und der Tonaufnahmen, sowie die Anonymisierung der personenbezogenen Informationen zusicherte. Alle Daten zu Personen, Orten und Institutionen wurden anonymisiert, sodass eine Schlussfolgerung auf die Person nicht möglich gewesen ist. Die Interviews wurden mit der Diktierfunktion zweier Handys, um bei einer technischen Störung ein Back-up zu haben, festgehalten und anschließend nach vordefinierten Protokollierungsregeln transkribiert.

5.4 DARSTELLUNG DER INTERVIEWPARTNERINNEN

Für die Festlegung des Materials ist auch die Erläuterung der Stichprobe ein essentieller Bestandteil. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurden vier Hebammen interviewt, die in Wien beziehungsweise Niederösterreich tätig sind. Während es sich, von dem Geschlecht ausgehend, um eine homogene Gruppe handelt, unterscheiden sich die Gesprächspartnerinnen hinsichtlich ihrer Berufserfahrungen. Drei der vier Interviewpartnerinnen haben sowohl im Krankenhaus, als auch freiberuflich gearbeitet, welche für die Erfassung der ethischen Herausforderungen in dem Beruf einen Vorteil darstellt, da somit die unterschiedlichen Aspekte gedeckt werden können. Anbei sollen die Interviewpartnerinnen vorgestellt werden.

5.4.1 Interviewpartnerin 1

Die erste Interviewpartnerin ist 47 Jahre alt und beschloss relativ bald den Beruf der Hebamme auszuüben, weshalb sie bereits mit 24 Jahren ihre Ausbildung an einer Hochschule in Tschechien erfolgreich abschloss. Unmittelbar nach der Absolvierung arbeitete sie ein Jahr in der Geburtshilfe in ihrem Heimatland und beschloss anschließend nach Österreich auszuwandern. Das Ausüben ihres Berufes war zunächst nicht möglich, da eine Nostrifizierung notwendig gewesen ist. Mit dem Abschluss dieses Prozesses nahm sie ihre Tätigkeit im medizinischen Bereich auf und wurde an einem Krankenhaus in Wien angestellt. Ab dem Jahr 2011 fiel ihre Entscheidung ihren Beruf als freiberufliche Hebamme auszuführen und sie verfolgt dieses Ziel bis heute noch.

5.4.2 Interviewpartnerin 2

Bei der zweiten Interviewpartnerin handelt es sich um eine Frau, deren Hingebung zum Hebammenberuf erst nach einiger Zeit kam, da sie zunächst ein Soziologiestudium an einer österreichischen Universität startete. In den darauffolgenden Jahren arbeitete sie in den unterschiedlichsten Bereichen unter anderem auch für das Rote Kreuz. Mit der erfolgreichen Absolvierung der Fachhochschule in Kärnten im Jahr 2019 begann ihre berufliche Laufbahn als Hebamme. Sie arbeitete bis zum Beginn ihres Mutterschutzes an einem Krankenhaus in Wien.

5.4.3 Interviewpartnerin 3

Die dritte Interviewpartnerin ist im Jahr 1985 geboren und ist somit 37 Jahr alt. Ihre studentische Laufbahn begann zunächst als Medizinstudentin, wobei sie kurz darauf in den Bereich der Pflegewissenschaften wechselte, welche sie auch erfolgreich abschloss. Mit der Absolvierung ihres Studiums an einer Hebammenschule in einer Großstadt in Deutschland,

nahm die gebürtige Österreicherin vor 7 Jahren ihre Tätigkeit in einem Krankenhaus in Wiener Neustadt auf. Seit 2017 arbeitet sie nebenberuflich auch als freiberufliche Hebamme.

5.4.4 Interviewpartnerin 4

Bei der vierten Interviewpartnerin handelt es sich um eine 50-jährige Frau, die mittlerweile 29 Jahren an Berufserfahrung zählen darf. Innerhalb dieser Zeit durfte sie in den unterschiedlichsten Bereichen arbeiten. Die ersten sieben Jahre ihrer Berufszeit war sie in einem Krankenhaus als Hebamme angestellt, woraufhin sie die nächsten neun Jahre den Beruf der freiberuflichen Hebamme ausübte. Nach ihrer Karenz nahm sie ihre Tätigkeit als Hebamme wieder auf und ist seit 2013 sowohl freiberuflich, als auch im Krankenhaus angestellt. Ihre Ausbildung absolvierte sie in einer Klinik in Wien, wo sie auch die meiste Zeit ihrer Berufslaufbahn verbrachte. Sie ist zudem stolze Gründerin einer Hebammenpraxis in Niederösterreich.

5.5 LEITFADENGESTÜTZTE INTERVIEWS

Einer der häufigsten Varianten der qualitativen Forschung stellt das Führen von Leitfaden- und Expert/inneninterviews dar.

„Bei diesen Befragungsformen wird vor dem Interview eine Frageliste erstellt, die zwar während des Interviewverlaufs um weitere Fragen ergänzt werden kann, bei der aber versucht wird, alle Fragen im Lauf des Interviews auch abzuarbeiten.“
(Baur & Blasius, 2022, S. 19)

Demnach kann der erstellte Leitfaden als Orientierungshilfe erachtet werden, wobei der Interviewerin beziehungsweise dem Interviewer die Möglichkeit gegeben wird, Formulierungen anzupassen, Nachfragestrategien zu entwickeln und die Reihenfolge beliebig zu ändern. Der Unterschied zwischen den beiden Varianten liegt darin, dass die Leitfadeninterviews dazu dienen die persönliche Sichtweise der Person zu erfragen und ihre Erfahrungen in Bezug auf die Fragestellung zu untersuchen. Währenddessen sollen Expert/inneninterviews eine neutrale und erweiterte Blickweise auf die Thematik bieten. (vgl. Baur & Blasius, 2022, S. 19)

Im Zuge dieser Masterarbeit wurden vier Leitfadeninterviews mit Hebammen geführt. Die Entscheidung auf die Erhebungsmethode fiel aufgrund mehrere Gründe, wie unter anderem die Möglichkeit hinsichtlich einer Integration von weiteren Fragestellungen, aber auch die Teilstrukturierung, die den Rückgriff auf die vordefinierte Fragen ermöglichte, welche bei der

Gesprächsführung einem zugutekommt. Eine neutrale und offene Formulierungsweise, die keine bestimmten Antworten suggerierten, bildete die Grundlage bei der Erstellung. Der Interviewleitfaden beinhaltete zehn Fragen, welche wiederum in Unterfragen gegliedert gewesen ist. Hierbei wurde den Interviewpartnerinnen auch die Möglichkeit geboten, die im Interview nicht erwähnten Inhalte, welche sie dennoch als wichtig erachten würden, zu Worte zu bringen. Die Initiative wurde auch von zwei der vier Interviewerinnen genutzt und weitere wichtige Thematiken in Bezug auf die Forschung wurden angesprochen.

5.6 FORMEN DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE

Die Systematik für die Analyse der jeweiligen Texte kann nach Mayring (2010) in drei Grundformen zusammengefasst werden, in die zusammenfassende, explizierende und strukturierende Inhaltsanalyse.

- Das Ziel bei der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ist eine Reduzierung des Materials auf die wesentlichen Inhalte. Mittels der Abstraktion auf ein höheres Verständnisniveau soll allerdings der Zusammenhang zum Grundmaterial nicht geändert werden, sodass jener weiterhin als Abbild dient.
- Die Form der Inhaltsanalyse, welche die Explikation in den Vordergrund rückt, verfolgt das Ziel fragliche Bereiche des Textes mittels Heranziehen von zusätzlichem Material verständlicher zu gestalten. Der Textkontext in dem das Material entstanden ist bedarf demnach einer Erläuterung.
- Die Vorgehensweise bei der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ist geregelt. Bevor der Text bearbeitet wird, werden Ordnungskriterien, die durch die Auseinandersetzung mit der Theorie erfolgen, entwickelt, welche anschließend mit dem Material in Verbindung gebracht werden. Ziel ist es anhand dieser Kriterien den Text zu untersuchen. Die Strukturierung kann unterschiedlich erfolgen: formal, inhaltlich, typisierend und skalierend. (vgl. Mayring, 2010, S. 65-66)

Nach Mayring (2010) fällt die Entscheidung auf die passende Grundform nur mittels der Berücksichtigung des Forschungsinteresses und des Vorhabens. Für die aktuelle Masterarbeit wurde die erste Variante, nämlich die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewählt. Da im Vorfeld die Bildung von Ordnungskriterien, welche durch die Auseinandersetzung mittels der Theorie nicht möglich gewesen ist, und bei der Bearbeitung nicht nur einzelne Textstellen herangezogen werden, fiel die Entscheidung auf die Form der Zusammenfassung. Das Forschungsinteresse bezieht sich auf das subjektive Empfinden der

ethischen Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation bei Hebammen und die Supervision als Bewältigungsmethode. Da die im Zuge des Forschungsprojektes entstandenen Texte einen zusammenfassenden Charakter aufweisen, eignete sich diese Methode für die Analyse am ehesten.

5.7 VORGEHENSWEISE MITTELS INDUKTIVER KATEGORIENBILDUNG

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse bedarf einer Definition von Kategorien anhand dessen die Bearbeitung des Materials durchgeführt wird. Die Kategorienbildung können auf zwei unterschiedliche Art und Weisen erfolgen: deduktiv und induktiv. Unter der deduktiven Definitionsvariante versteht man das Herausarbeiten von Ordnungskriterien unter Berücksichtigung der Theorie und diversen Konzepten. Die induktive Kategorienbildung hingegen erfolgt mittels Anlehnung an das Material aus dem heraus es zur Bildung kommt, wobei der theoretische Hintergrund nicht außer Acht gelassen wird. (vgl. Mayring, 2010, S. 83)

Wie bereits in Kapitel 5.1 „Begriffsdefinition“ beschrieben wurde, ist die Systematik (Regelgeleitetheit) ein wichtiges Kriterium bei der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse, sodass die Analyse auch von Dritten verstanden, nachvollzogen und überprüft werden können. Angesichts dessen soll in diesem Kapitel die einzelnen Schritte erläutert werden, welche nach Mayring (2010) auch als „Ablaufmodell der Analyse“ betitelt wird. (vgl. Mayring, 2010, S. 59)

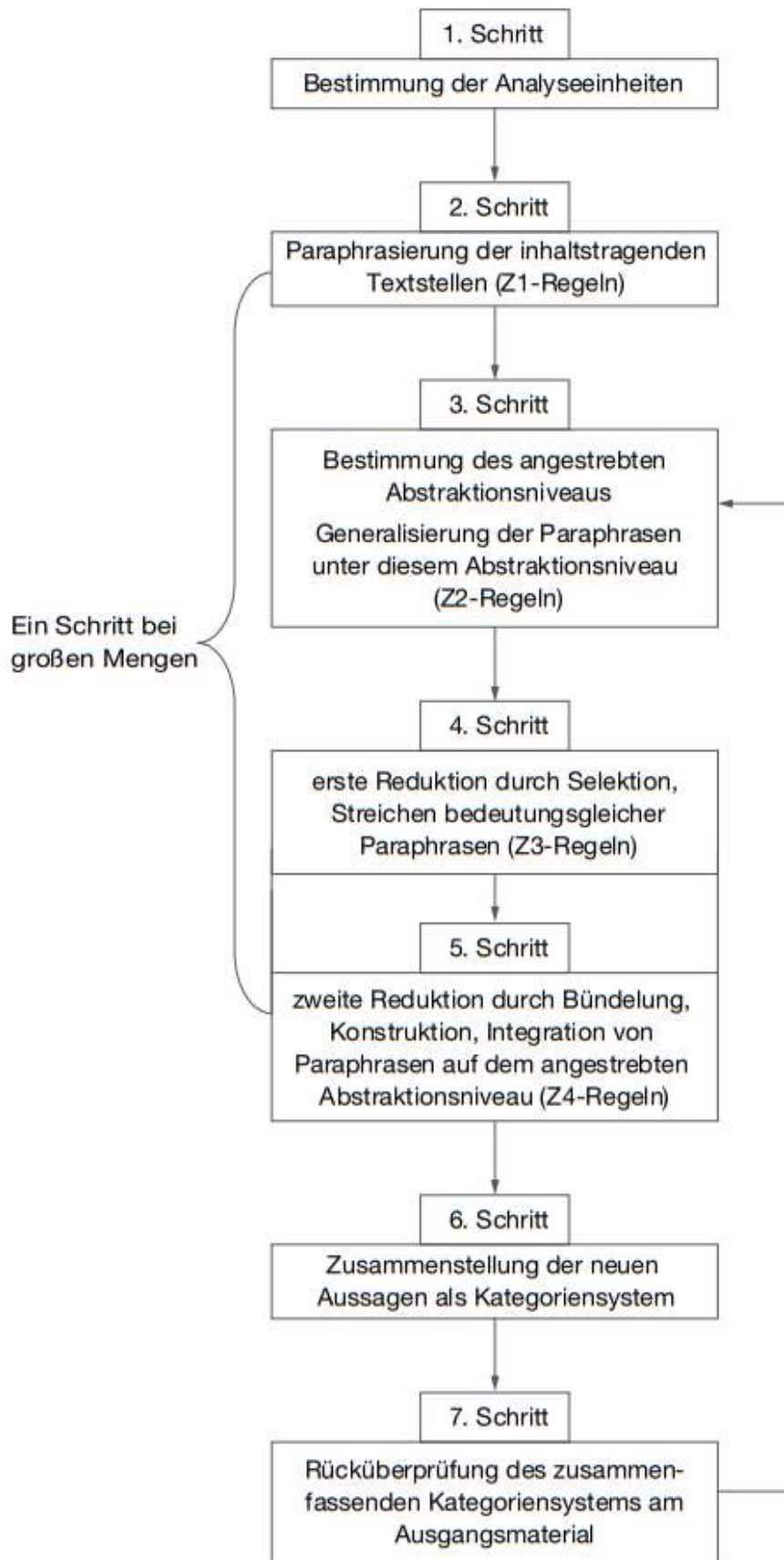


Abbildung 6: Vorgehensweise nach Mayring (2010), S. 68

Der erste Schritt beinhaltet die Bestimmung der Analyseeinheiten, die einer umfangreichen Beschreibung bedürfen, welche durch die Fragestellung abgeleitet werden. Darauf folgend werden die inhaltstragenden Textstellen markiert und paraphrasiert, wobei die lediglich zum Ausschmücken des Inhaltes gesagten Textstellen gestrichen werden. Unterdessen soll eine Vereinheitlichung der Sprachebene erfolgen (Z1-Regel). Im dritten Schritt kommt es zur Festlegung des Abstraktionsniveaus auf Basis des vorhandenen Materials und der Abstraktion der Paraphrasen (Z2-Regel). Die Reduktion und die Streichung inhaltsgleicher beziehungsweise nichtssagender Formulierungen stellen den weiteren Schritt bei der Vorgehensweise dar (Z3-Regel). In einer zweiten Reduktionsphase kommt es zum Einsatz von den Makrooperatoren „Bündelung“, „Konstruktion“ und „Integration“, welche so viel bedeuten wie, dass die Paraphrasen mit einem ähnlichen Gegenstand zusammengefasst und mittels neuer Formulierungen wiedergegeben werden (Z4-Regel). Es ist in dieser Phase gestattet bei Zweifel sich auf die Theorie beziehungsweise auf theoretische Vorannahmen zu stützen. Das Ende dieses Ablaufmodells stellt die Überprüfung und die Repräsentativität der gebildeten Kategorien dar. Fragestellungen wie: „Repräsentieren die Kategorien die Aussagen des Materials?“, oder „Sind alle Inhalte der Paraphrasen des ersten Durchgangs in dem Kategoriensystem enthalten?“ können sich bei der Überprüfung als hilfreich erweisen. Auf Wunsch der Forscherinnen und Forscher kann eine zweite Phase der Zusammenfassung stattfinden, welche die Steigerung des Abstraktionsniveaus mit sich bringt. (vgl. Mayring, 2010, S. 67-70)

Dieser „Ablaufmodell der Analyse“ ist nur eines der vielen möglichen Varianten, die in Mayrings Werk (2010) vorgestellt werden. Die abgebildete Art der Vorgehensweise liegt diesem Forschungsprojekte zugrunde. Wie bereits beschrieben wurde das Ausgangsmaterial zunächst paraphrasiert und eine Reduktion auf die wichtigsten Aussagen war die Folge. Mit der Generalisierung auf das Abstraktionsniveau, der Reduktion und der Bündelung der Paraphrasen, sowie der Konstruktion der Kategoriensysteme wurde gearbeitet. Die im Anhang beigelegte Tabelle veranschaulicht den Prozess der Kategorienbildung Schritt für Schritt.

6 AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE

Im Zuge dieses Kapitels sollen die wichtigsten Ergebnisse der qualitativen Studie festgehalten werden. Die entwickelten Kategorien nach Mayring (2010) dienen zur Unterteilung und besseren Veranschaulichung der Resultate.

6.1 K1: HERAUSFORDERUNG IN DER ARBEIT MIT PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Durch die ausführliche Auseinandersetzung mit der Theorie konnte festgehalten werden, dass Hebammen eine Reihe an Aufgaben erfüllen, welche unter anderem in einer direkten Verbindung mit ihren Patientinnen und Patienten stehen. Bei der Erfüllung dieser Aufgaben kann es immer wieder zu Schwierigkeiten und Herausforderungen kommen, welche des Öfteren einen Zugang in den Gesprächen gefunden haben. Demnach handelt es sich bei der ersten Kategorie um die Herausforderungen in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.

Ein Kind auf die Welt zu setzen, ist sowohl eine physische als auch psychische Belastung für die werdenden Eltern und bringt einige Probleme mit sich (Diedrich, 2006, S. 323). Die innige Beziehung mit der Hebamme veranlasst die Patientinnen die auftretenden Probleme mit jener/m zu besprechen. Darunter fallen unter anderem Probleme, die mit der Geburt in Verbindung stehen, wie beispielsweise Geburtsverletzungen, die nicht gut heilen, Stillprobleme, auftretende Schmerzen und vieles weitere. Hierbei benötigen die Patientinnen eine intensive Unterstützung und suchen Rat bei der Hebamme. Einer der schwerwiegendsten Herausforderungen treten auf, wenn die Säuglinge gesundheitliche Probleme aufweisen. Sollten Komplikationen zudem unerwartet erscheinen, so erschwert sich die Situation nicht nur für die werdenden Eltern, sondern auch für das medizinische Personal. Die Hilflosigkeit in solchen Situationen wurde von der ersten Sprecherin angemerkt.

„Oder wenn das Baby einfach dann nicht gesund ist. Das ist überhaupt dann ja, eine große Herausforderung. Besonders wenn man es nicht erwartet.“ (S1, Zl. 71-73)

Nicht nur Probleme hinsichtlich der Gesundheit werden angesprochen, sondern auch die zwischenmenschlichen Beziehungsschwierigkeiten der Partnerinnen und Partner finden Eingang in den Gesprächen.

„Zum Beispiel Beziehungsprobleme der Eltern. Das spürt man schon stark mit. Aber man ist kein Psychotherapeut. Man kann sich das anhören, aber richtige Lösungen kann ich ihnen nicht anbieten.“ (S1, Zl. 114-116)

Wie in diesem Absatz verdeutlicht wird, werden auch Probleme angesprochen, die nicht unmittelbar in den Tätigkeitsbereich der Hebamme fallen. Die Sprecherin 1 meinte zwar, dass sie sich die Angelegenheit, die die Patientinnen belasten, anhören würde, um ihre die passende emotionale Unterstützung bieten zu können, doch Lösungsvorschläge könne sie ihnen nicht geben, da dies nicht in ihren Aufgabenbereich fallen würde.

Um den Aufgaben und der Rolle als Hebamme gerecht werden zu können, ist man allerdings auf die Kooperation und Unterstützung der Patientinnen und Patienten angewiesen. Eine Situation, die im Rahmen der Interviews geschildert wurde, war die mangelnde Untersuchungsmöglichkeit aufgrund der Verweigerung der Patientin. Die Corona-Pandemie hat eine Unsicherheit bei vielen Personen hervorgerufen, wo jeglicher Kontakt mit Menschen vermieden wurde. Auch wenn das medizinische Personal trotz allem im direkten Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten stand, kamen dennoch Fälle vor, wo dieser nichtsdestotrotz vermieden werden wollte. Auch die Patientin der ersten Sprecherin hat jenen Weg gewählt und wollte eine Untersuchung ihres Säuglings via Videotelefonie. Diese Vorgehensweise war der freiberuflichen Hebamme zwar neu, doch durch den expliziten Wunsch der Patientin willigte sie ein. Im weiteren Verlauf kam es zu einer akuten Situation, in welcher das Kind operiert werden musste. Mit einer adäquaten Untersuchung im Vorfeld hätte man die Komplikationen früher feststellen und eventuell sogar vermeiden können. Sprecherin 1 gab an, dass sie sich damals viele Vorwürfe gemacht habe, da die prekäre Situation hätte vermieden werden können. Die Erfüllung der eigenen Rolle ist demnach auch von dem Rollenverständnis der Patientinnen und Patienten abhängig.

6.2 K2: SCHWIERIGKEITEN IM TEAM

Im medizinischen Bereich arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen, deren gemeinsames Ziel in der Steigerung des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten liegt. Die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team verursacht eine Reihe an unterschiedlichen Herausforderungen, welche im Zuge der Studie ebenfalls thematisiert wurden. Hierarchische Schwierigkeiten entstehen unter anderem durch die Zusammenarbeit von mehreren Berufsgruppen, die in ihrer Position anders gewertet werden. Während es bei einigen Fällen aufgrund der untersichtlichen Tätigkeitsbereichen klar ersichtlich ist, wie es beispielsweise

bei der ersten Sprecherin der Fall gewesen ist, die meinte, dass sie im Gegensatz zu Ärzten eine, wie sie es betitelt hat, „unterlegene“ Position haben würde, kommen Herausforderungen auch innerhalb des Teams vor, wenn Personen mehr Erfahrung in dem Bereich aufweisen. Die Umgangsweise in solchen Konfliktsituationen wurde von den Teilnehmerinnen der Studie unterschiedlich bewertet. Während die zweite Interviewpartnerin gemeint hat, dass sie die Situation gelassener sehen würde, da man von den Erfahrungen der Kolleginnen profitieren könnte, wurde diese Verhaltensweise von einer anderen Interviewpartnerin stark kritisiert.

„In [Ort] war es insofern ein bisschen schwieriger, das habe ich nach der Diplomierung sehr schwer empfunden, weil da waren sehr alteingesessene Hebammen, die eigentlich schon nicht mehr in den Kreissaal gehört hätten, weil ich glaube, dass es, wenn man das nicht mehr so wirklich mit Herzen gerne macht, dann darf man das einfach nicht mehr machen. Weil es ist wirklich, kann ganz große Wunden an gebärende Frauen weitergeben werden, [...]“ (S4, Zl. 293-298)

Die Verwendung des negativ konnotierten Wortes „alteingesessen“ verdeutlicht, dass die Erfahrungen von Hebammen einen bedeutenden Einfluss innerhalb des Teams hatten. Da diese Probleme unmittelbar nach der Diplomierung aufgetreten sind, ist wiederum ein Indiz für die herrschenden Erfahrungsunterschiede. Hierbei ist eine kritische Betrachtungsweise allerdings notwendig, da die weitere Formulierung der Hebamme, dass diese ihren Beruf nicht mehr ausüben sollte, da diese jenen nicht mit Herzen machen würde, auf ein anderes, vielleicht sogar persönliches Probleme mit der jeweiligen Hebamme hindeuten könnte. Nichtsdestotrotz kann festgehalten werden, dass die Erfahrungsunterschiede innerhalb des Teams ein gewisses Konfliktpotential mit sich bringen.

In vielen Fällen bedarf es einer Zusammenarbeit, um die passende Behandlung der Patientin bieten zu können und demnach ist die interdisziplinäre Entscheidungsfindung bedeutsam, die wiederum von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Herausforderung empfunden werden können.

„Dann werden natürlich die Ärzte mit ins Boot geholt, ist eh klar. Und die schauen mit zu der Frau. Und das sind dann so die hm, herausforderndsten Momente finde ich, wenn es dann gemeinsam, also Entscheidungen treffen musst, wie tut man jetzt weiter?“ (S2, Zl. 70-73)

Schwierigkeiten kamen nicht nur im Zuge der Entscheidungsfindung auf, sondern auch anlässlich der herrschenden Hierarchie in der Organisation.

„In Kombination mit den diplomierten Schwestern ist das schwierig. Weil das ein anders Verständnis ist. Hebammen sind immer selbstständige harte Frauen eigentlich. Weil du entscheidest dich ja auch den Beruf zu machen, wenn du ein bisschen was Anderes tun willst. Und die Schwestern sind meistens ein wenig eifersüchtig, weil wir so viel tun dürfen, was sie nicht tun dürfen. Und somit gibt es da oft Probleme und so ein bisschen so: „Ah, die Hebammen immer, ja, die Hebammen immer.“ Aber es ist halt so. Wir unterstehen, also wir sind auch unterstehen den Ärzten und nicht den Schwestern. Das ärgert sie auch ein wenig. Weil wir da schon wieder auf einem anderen Stuferl stehen und aber wir bemühen uns redlich wirklich, aber wir sind eh sehr kooperativ.“ (S4, Zl. 330-339)

Laut der Aussage der Interviewpartnerin 4 sind Hebammen befugt einige Praktiken durchzuführen, welche Krankenschwestern beziehungsweise Krankenpflegern nicht gestattet sind. Diese meinte, dass sie demnach auf einem anderen „Stuferl“, so wie sie es bezeichnet hat, stehen würden und dass dies eine Eifersucht bei den Krankenschwestern und Krankenpflegern hervorrufen, welches wiederum Probleme mit sich bringen würde. Mit der Verwendung des Begriffes „Stuferl“ könnte unter anderem auch gemeint sein, dass sie sich als Hebamme auf einem anderen „Level“ beziehungsweise „Ebene“ sieht als andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zwar wird verdeutlicht, dass sie den Ärztinnen und Ärzten unterstehen würden, aber nicht den „Schwestern“. Diese Formulierung postuliert den Gedanken, dass sie einen höheren Rang einnehmen als die Krankenschwestern und Krankenpflegern. Die vierte Interviewpartnerin verwendete in diesem Kontext im weiteren Verlauf des Interviews auch die Bezeichnung „Schlangengrube“. Sie meinte, dass die Uneinigkeiten im Team auch auf diese Schwierigkeiten zurückzuführen seien.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang stellte die Positionsfindungsschwierigkeiten im Team dar.

„War für mich aber ganz schwierig, mich aus dieser jahrelangen ständig ich selber sein, also diese Selbstständigkeit, wo man ja auch ständig man selber ist, ja, also das ist ja ein Prozess, wo du mutiger wirst, wo du dich vor vielen Leuten reden traust, wo du einfach auch an Stärke gewinnst. Ich habe das Gefühl gehabt, oh mein Gott, am Schluss gebe ich das im Krankenhaus jetzt wieder ab. Also das war ganz schwierig, bis ich da dann wieder meine Position für mich selber gefunden habe.“ (S4, Zl. 72-78)

Nachdem die Interviewpartnerin lange als freiberufliche Hebamme tätig gewesen ist, fasste sie den Beschluss wieder im Krankenhaus zu arbeiten, doch dieser Schritt verursachte Unsicherheiten. In den letzten Jahren hatte sie aufgrund ihrer Selbstständigkeit die Möglichkeit erhalten, ihre Arbeit selbst einzuteilen und gewisse Entscheidungen eigenständig zu treffen. Mit der Rückkehr in die Klinik mussten einige dieser Privilegien abgegeben werden, die in ihr eine gewisse Angst auslöste, welche mit der Positionsfindung für sich selbst und innerhalb des Teams in Verbindung stand.

6.3 K3: KONFLIKTE IN BEZUG AUF DIE ROLLE

Die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema hat bereits veranschaulicht, dass man unter der Rolle eine Bündelung an Erwartungen versteht, die an eine Person gerichtet werden. Daher wird diese auch als Schnittstelle zwischen Person und Organisation definiert, da sowohl die eigenen Vorstellungen hinsichtlich des Berufs, als auch die Anforderungen der Organisation zur Erfüllung des Aufgabenbereiches aufeinandertreffen. Zudem sind auch die Erwartungshaltungen der Klientinnen und Klienten, sowie die der Kolleginnen und Kollegen bedeutsam, welche bei Unstimmigkeit zu einem Rollenkonflikt führen kann. Ausgehend von dieser Überlegung, ergibt sich die dritte Kategorie, nämlich „Konflikte in Bezug auf die Rolle“. Ein wichtiger und zugleich herausfordernder Punkt liegt an den unterschiedlichen Erwartungen, die an die Hebamme gerichtet werden.

„Was schlage ich der Frau vor? Was mache ich? Was will sie von mir? Was kann ich verantworten? Was nicht? Also das hat mich glaube ich am meisten überrascht.“

(S2, Zl. 41-43)

Die Formulierungen verdeutlichen, dass die Wünsche der Frauen im Fokus des Interesses stehen, wobei zugleich ersichtlich ist, dass die Abwägung, ob es in den Aufgabenbereich fallen würde und mit einem selbst vereinbar ist, sehr wohl gegeben ist. Das Spannungsfeld zwischen Rolle, Person und Organisation kann aufgrund dieser Textstelle sehr gut entnommen werden. Die Betonung, dass jene Fragestellungen die Interviewpartnerin am meisten überrascht habe, zeigt, dass das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Erwartungen hinsichtlich der Rolle vor der Berufswahl nicht ersichtlich gewesen ist.

Die vierte Sprecherin gab auch zu bedenken, dass die eigenen Vorstellungen eventuell auch von denen der Mutter abweichen können und dass jene auch respektiert werden müssten. Obwohl einem vielleicht die Bedeutung des Stillen bewusst und einem selbst vielleicht als

wichtig erscheinen, würde dies nicht gleich heißen, dass es für die gewordene Mutter auch so ist. Sie gab an, dass sie bei einem Fall zunächst versucht habe, die Frau zu überzeugen, aber sie habe dann feststellen müssen, dass diese das Stillen in Wirklichkeit nicht wollen würde und dass man diese Einstellung auch hinnehmen müsste, trotz der Tatsache, dass es einem selbst vielleicht wichtig wäre.

Manchmal sei es aber auch wichtig, das Wohlergehen der Mutter und des Neugeborenen und das eigene Interesse den Wünschen der Mutter vorzureihen, da, wie es die vierte Sprecherin selbst anmerkte, es nicht die Aufgabe einer Hebamme sei, Frauen unter allen Umständen glücklich zu machen.

„Dass man natürlich auch nicht jede Frau glücklich machen kann, das ist nicht meine Aufgabe. Sondern dass sie das selber machen. Also sie machen die Arbeit selber. Ich bin der Begleitschutz, ja. Also ich weiß die Bedürfnisse, die Wünsche der Frau. Ich begleite sie und ich kann aber auch, wenn ich mir jetzt denke, das wäre gut und die Frau sagt das will ich nicht, [...]“ (S4, Zl. 169-173)

Zwar würde man auf die Bedürfnisse und Wünsche der Frauen, soweit es geht, eingehen, nichtsdestotrotz dürfte man den eigenen Funktionsbereich nicht überschreiten, vor allem auch dahingehend, wenn die Wünsche nicht im beruflichen Aufgabengebiet liegen. So gab die vierte Sprecherin an, dass sie Fragen bezüglich der Einschulung und der Auswahl hinsichtlich des Kindergartens unbeantwortet lassen würde, trotz der Tatsache, dass es für die Klientin eventuell wichtig wäre. Auch die erste Interviewpartnerin wies auf dieselbe Problematik hin und äußerte, dass sie die Erwartungen der gewordenen Eltern hinsichtlich bestimmter Themen wahrnehmen würde, aber dass klar kommuniziert werden müsste, dass dies nicht in den eigenen Aufgabenbereich fallen würde.

Eine weitere Problematik in Bezug auf die Rolle sind die Abgrenzungsschwierigkeiten, die für die Ausübung des Berufs aber äußerst wichtig wären.

„[...] die Abgrenzung zu schaffen zu sagen okay, ich begleite sie aber ich leide nicht mit. Weil das bringt ihr nichts. Das finde ich manchmal sehr schwer. Da nicht zu sehr einzusteigen und da die Grenze zu haben, Mitgefühl zu haben aber nicht mit zu leiden.“ (S3, Zl. 136-139)

Die Gradwanderung zwischen Mitgefühl zu empfinden und Mitleiden erwies sich manchmal als schwierig, welche wiederum aber sehr wichtig wäre. Hierbei müsse man sich, ausgehend von der Aussage von Sprecherin 3, immer wieder in Gedanken rufen, dass das

Mitleiden mit den Patientinnen und Patienten nicht hilfreich sei. Die Bedeutung und die Notwendigkeit der Abgrenzung zum Selbstschutz wurden auch von der vierten Interviewpartnerin angesprochen, welche auf die körperliche und seelische Herausforderung im Beruf der Hebamme hinwies.

„Ich habe es mir nicht so ahm so fordernd vorgestellt. Also es ist schon körperlich fordernd. Es ist psychisch und geistig und seelisch sehr fordernd in diesem Beruf zu sein. Und ich habe lernen müssen, dass man sich wirklich, wirklich gut abgrenzen muss in dem Beruf. Das war mir überhaupt nicht bewusst.“ (S4, Zl. 160-164)

Einige der Wünsche, die man selbst an die Ausübung des Berufes hätte, würden sich wiederum mit den Vorstellungen der Organisation nicht vereinbaren. Der Wunsch nach Selbstständigkeit war bei einer der Hebammen gegeben, welcher sich aufgrund der Größe des Krankenhauses nicht vereinbaren ließ und man somit auf die Zusammenarbeit mit anderen Hebammen angewiesen gewesen ist. Somit ist ersichtlich, dass in Bezug auf die Rolle einige Konflikte entstehen können, die sich entweder im Spannungsfeld Person und Rolle oder Rolle und Organisation befinden.

6.4 K4: KONFLIKTE IN BEZUG AUF DIE PERSON

Viele der ethischen Herausforderungen, welche den Grundpfeiler der vorliegenden Masterarbeit bilden, würden bei Konflikten in Bezug auf die Person liegen. Darunter fallen beispielsweise Unstimmigkeiten in Bezug auf die Werte einer Person.

„Na ja, ich finde halt, das Schwierigste in der Hebammenarbeit sind wirklich die Sachen, wo man selber nicht mit dem Verlauf einverstanden ist. Zum Beispiel ich betreue auch Mütter nach, eigentlich wenn sie sich gegen ein behindertes Kind entschieden haben und es eigentlich abgetrieben haben eben späte Schwangerschaften und so. Und eigentlich haben dann eine Totgeburt selber eigentlich eingeleitet oder einleiten lassen. Das ist für mich schon sehr schwierig. Weil ich das selber nicht befürworte, dass jemand sterben muss, nur weil er krank ist. Wie ein Baby und in der späten Schwangerschaft. Selbstverständlich sind das Frauen, welche ich mag. Meistens habe ich sie schon nachbetreut bei vorherigen Kindern oder ein Kind. Also wir haben eine sehr gute Beziehung und ich komme auch zu der Nachbetreuung, weil aus meiner Sicht hat die Frau geboren und sie

verdient eigentlich auch eine Hebammenbetreuung und so. Aber das ist wirklich sehr schwer. Also das ist eigentlich das Schwierigste.“ (S1, Zl. 157-169)

Die Textpassage verdeutlicht, dass im Zuge der Hebammenarbeit auch Aufgaben auf einem zukommen, die eventuell nicht mit den eigenen Werten beziehungsweise mit dem eigenen Moralverständnis einhergehen, die aber nichtsdestotrotz verrichtet werden müssen. Das angeführte Beispiel der ersten Interviewpartnerin weist darauf hin, dass die Erledigung der Aufgaben, in diesem Fall die Betreuung, auf der einen Seite aufgrund des Pflichtbewusstseins gegenüber dem eigenen Beruf und zum anderen aufgrund der eigenen Vorstellung, dass alle Frauen nach einer Geburt die Betreuung zustehen würde, beruhen würde. Trotz dessen wird aber betont, dass es ihr sehr schwer fallen würde und dies wenn nicht sogar das schwierigste an dem Beruf wäre. Demnach kann die Wertevorstellung einer Person Konflikte hervorrufen, die das eigene Berufsleben belasten können.

Eine weitere Schwierigkeit würde laut der Angabe einer Interviewpartnerin in dem Bedürfnis nach Zustimmung seitens der Patientinnen liegen.

„Weil die Frauen eigentlich verlangen von einem, dass man ihnen sagt ja, die Entscheidung was du gemacht hast, war in Ordnung. So richtig (unv.) sprechen. Aber das (unv.) kann ich nicht. Aber selbstverständlich, ich unterstütze die Frau wo es geht.“ (S1, Zl. 171-174)

Zwar würde man den Wünschen und den Bedürfnissen der Frau gerecht werden und ihr die passende Unterstützung bieten wollen, aber die Zustimmung für Praktiken zu geben, die mit den eigenen Werten nicht übereinstimmen, könne die Sprecherin nicht. Hierbei ist ersichtlich, dass die Spannung zwischen der Person und der Rolle gegeben ist, welches wiederum auf die Wertvorstellung einer Person zurückzuführen ist.

6.5 K5: KONFLIKT IN BEZUG AUF DIE ORGANISATION

Der dritte Akteur in der Triade wäre die Organisation, welche ebenfalls Konfliktpotential in dem Spannungsfeld bietet. Darunter fällt unter anderem das hohe Arbeitsaufkommen mit dem die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer konfrontiert sind. Die parallele Betreuung von mehreren Patientinnen, welche gerade in größeren Kliniken gefragt sei, würde einigen der Interviewpartnerinnen zu schaffen machen. Diese gaben zu bedenken, dass viele der werdenden Mütter viel Unterstützung brauchen würden und auf die Anordnungen der Hebammen angewiesen wären und aufgrund dieser Tatsache wäre es auch ein Anliegen des medizinischen

Personals den Wünschen und Anforderungen der Patientinnen gerecht werden zu können, welchen sie aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens nicht immer nachkommen könnten. Im Zuge der Interviews wurde allerdings nicht nur in Bezug auf die Intensität der Arbeit gesprochen, sondern auch die Gefühle, welche mit einem hohen Arbeitsaufkommen einhergehen. Das Gefühl, dass man der Frau nicht gerecht werden und die eigene Arbeit nicht zu hundert Prozent bewerkstelligen könne, würde mit dem Betreuen mehrerer Patientinnen verursacht werden. Angesichts der Tatsache, dass die Arbeit als Hebamme aufgrund der enormen Verantwortung eine hohe Konzentration einfordern würde, wäre es wünschenswert, dass ein jene die Betreuung erhält, die sie benötigen würde. Die zweite Interviewpartnerin erwähnte in diesem Kontext, dass sie sich vor Eintritt in das Berufsleben dieser großen Verantwortung nicht zur Gänze bewusst gewesen sei und dass dieser eines der Aspekte an ihrem Beruf gewesen sei, welche sie, nach eigenen Wortlauten, „geflasht“ habe.

Die Herausforderung in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten, wurde seitens der Interviewpartnerinnen des Öfteren zu Worte gebracht, sodass eine eigene Kategorie „Schwierigkeiten im Team“ dieser Thematik gewidmet wurde. Einige dieser Diskussionspunkte werden allerdings auch Seitens der Organisation und ihrer Art und Weise zu agieren gefördert. So wurde beispielsweise von der Interviewpartnerin 4 angemerkt, dass es in einer ihrer Kliniken nicht möglich gewesen sei, einige Aufgaben selbstständig zu verrichten auch wenn es sich dabei um Routineaufgaben handelten, da die Einverständnis von der jeweiligen Ärztin beziehungsweise von dem jeweiligen Arzt immer eingeholt werden musste. Diese klinikinterne Regelung hätte die Arbeitsbedingungen, ihrer Meinung nach, um ein Vielfaches erschwert. Ein weiterer Punkt in Bezug auf Regelungen in der Organisation war hinsichtlich der Diensterteilungen, die in einigen Fällen nicht förderlich gewesen sind.

„Und das hat sich oft ein bisschen schwierig gestaltet, weil wenn einer so ganz anders (unv.) als der andere, dann ist das zwar gelaufen, aber dann halt nicht so gut, wie man es sich im Optimalfall vorgestellt hätte. Man hat dann halt probiert, dass man sich mit denen (unv.) wo man sagt, da können wir gut zusammenarbeiten. Ist halt auch nicht immer gegangen.“ (S4, Zl. 307-311)

Die Zusammenarbeit mit einigen Kolleginnen beziehungsweise Kollegen erweist sich als einfacher als mit anderen. Eine gewisse Flexibilität, welche die Einteilung der Dienste betreffen würde, hätte laut der vierten Interviewpartnerin eine Erleichterung darstellen und Konflikte vorbeugen können. Dass dieses in größeren Kliniken sich als schwierig erweisen würde, sei ihr allerdings bewusst.

Im Zuge der Auswertung wurde die Herausforderung in Bezug auf die interdisziplinäre Entscheidungsfindung thematisiert und bearbeitet. Wie der Sachverhalt in einzelnen Fällen geklärt werden sollte, würde im Team besprochen werden, um anschließend die passende Entscheidung für die Patientin und dem Ungeborenem beziehungsweise dem Säugling zu fällen. Die Interviewpartnerin 3 sprach allerdings einen weiteren Aspekt an, welches zunächst keinen Zugang in den Interviews gefunden hatte. Hierbei wies sie auf die Theorie und diverse Studien hin, die den Handlungsrichtlinien zugrunde gelegt werden und dass es sich hierbei um eine unzureichende Abhandlung der Themen handeln würde.

„Es gibt, es werden bestimmte, also es werden Handlungsrichtlinien entwickelt aufgrund von Studien meistens, ja. Das heißt, man sagt, es wäre gut, also die Studien sagen es wäre gut, nach zehn Tagen über den Termin die Frau medikamentös einzuleiten spätestens. Und das gilt aber dann für alle Frauen so. Also die Empfehlung geht eben dahin. Das heißt, es wird den Frauen dann eben auch gesagt, es wäre gut, man leitet da ein. Ich bin halt der Meinung, dass das nicht für alle Frauen immer gleich ist. Es ist immer schwierig. Wir sind alle sehr individuell und das ist halt so etwas, was zum Beispiel über alle Frauen einfach drübergelegt wird.“ (S3, Zl. 150-158)

Die erwähnten Handlungsempfehlungen würden auf unterschiedlichen empirischen Studien basieren, nichtsdestotrotz wäre es laut der Aussage der Interviewpartnerin 3 nicht auf jeden Fall einzusetzen. Die Problematik allgemeiner Normen bei der Auswahl von Behandlungen oder Vorgehensweisen, wurde im Kapitel 3.1 „Medizinethische Grundlagen“ thematisiert, da die unterschiedlichen Konstellationen und Umstände jedem Fall eine Einzigartigkeit verleihen und somit die universellen Handlungsrichtlinien sich als schwierig erweisen würden. Im weiteren Verlauf des Gespräches wurde von derselben Gesprächspartnerin erwähnt, dass das Bedürfnis diese Handlungsrichtlinien zu umgehen, gegeben wäre, doch diese aufgrund der Richtlinien der Organisation nicht durchgeführt werden könnten. In diesem Fall war das Spannungsverhältnis zwischen Organisation und Person klar ersichtlich.

6.6 K6: BEDEUTUNG DER SUPERVISION

Einen wichtigen Teilbereich der vorliegenden Masterarbeit macht die Auseinandersetzung mit dem Thema der Supervision aus, weshalb ein Teil der Interviews sich mit dieser Thematik beschäftigt hat. Die Bedeutung und Wichtigkeit der Supervision wurde seitens aller Teilnehmerinnen der Studie hervorgehoben und der Wunsch hinsichtlich mehr

Supervisionseinheiten geäußert. Dabei wurde unter anderem auch auf die Stellenwert der Gruppensupervision und der Fallsupervision hingewiesen. Trotz der positiven Empfindungen hinsichtlich Supervisionseinheiten, sind Vorurteile gegenüber der Anspruchnahme dieser Dienstleistung immer noch gegeben.

„Besser wäre halt irgendwie noch einmal ein Schäubchen mehr aber das, immer schwierig so was in einem bestehenden System, du glaubst gar nicht wie schwierig das ist, durchzubringen, einzuführen. Weil man immer noch sehr viele Menschen das Gefühl haben, wenn man einen Psychotherapeuten oder einen Supervisor, eine Supervision braucht, oh mein Gott, das ist ja nicht normal.“ (S4, Zl. 375-380)

Die Ansicht, dass Supervision nur bei einer Abweichung von der Norm in Anspruch genommen werden würde, sei demnach noch gegeben, welche es zu überwinden gilt. Die Formulierung, dass das Einbringen von Supervisionseinheiten in ein bestehendes System sich als schwierig erweisen würde, lässt unter anderem auch die Vermutung nahe, dass diese Seitens der Organisation herausfordernd wäre.

„Team Sitzungen waren ganz, ganz schrecklich in [Ort] immer. Also da hat es meistens Tränen gegeben, weil irgendwer was nicht verstanden hat und weil du auch geschrieben hast, eine Supervision, wir haben damals auch versucht einmal eine Supervision zu machen. (unv.) vollkommen in die andere Richtung gegangen ist, weil so wie (unv.) wie ich und auch die andere haben sich gedacht super, wir reden jetzt einmal echt das an, was man darf in einer Supervision und dann war das vorbei und dann sind die anderen, die nichts gesagt haben, waren total garstig nachher. Ja, die haben gesagt boa, also es war überhaupt nicht dieser heilige Rahmen, der es sein sollte. Also das ist ganz in die Hose gegangen. Die Team Sitzungen waren wirklich nicht lustig. Das war immer gut, wenn die vorbei waren.“ (S4, Zl. 311-321)

Eine Überraschung hinsichtlich der Erkenntnisse aus dieser Masterarbeit stellte der angeführte Punkt dar. Obwohl alle Interviewpartnerinnen darauf hinwiesen, dass sie die Supervision im Arbeitskontext als hilfreich erachten würden, wurde von der vierten Gesprächspartnerin auch ein Szenario beschrieben, in welchem sich die Supervision als nicht förderlich erwies. Der geschützte Rahmen, den die Supervision bieten sollte, um Probleme und Anliegen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu thematisieren, ist in diesem Fall nicht gelungen. Wünsche und Problematiken wurden nicht angesprochen und falls es doch Zugang in der Einheit

gefunden hatte, wurden diese nicht adäquat in der Supervision bearbeitet, sondern als Anlass für spitze Bemerkungen gesehen. Die unbehagliche Stimmung in diesen Supervisionseinheiten hat bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Wunsch nach einem raschen Ende dieser Sitzungen mit sich gebracht. Die euphorische Stimmung hinsichtlich dieses Angebots kann zu Beginn der Passage entnommen werden, welche vermuten lässt, dass der Wunsch beziehungsweise das Bedürfnis bezüglich einer Auseinandersetzung mit bestimmten Themen vorhanden gewesen sei. Der letzte Satz der Textstelle lässt wiederum darauf schließen, dass die Wirksamkeit nicht gegeben gewesen war und so ist festzuhalten, dass die Rahmenbedingungen und die Gestaltung der Supervisionseinheiten unfassbar wichtig für die Effektivität eines solchen Angebots sind.

6.7 K7: NOTWENDIGKEIT BEI SUPERVISANDINNEN

Zwar wurde die Bedeutung der Supervision in der vorhergehenden Kategorie verdeutlicht, doch es galt zudem die Notwendigkeit seitens Supervisandinnen festzuhalten.

Einer der Interviewpartnerinnen gab zu bemerken, dass sie seitens der ersten Klinik, in der sie gearbeitet hatte, dazu verpflichtet gewesen ist, eng mit Ärztinnen und Ärzten zusammenzuarbeiten. Dieses scheint nicht besonders wunderlich, da das Arbeiten in multiprofessionellen Teams im medizinischen Bereich häufig anzutreffen ist. Doch in ihrem Fall mussten bereits kleine Routineaufgaben von der diensthabenden Ärztin beziehungsweise dem diensthabenden Arzt genehmigt werden, da sie ansonsten jene nicht verrichten durfte. Diese Regelung hätte nicht nur die Erschwerung der Arbeit mit sich gebracht, sondern habe auch gewisse Unsicherheiten in ihr ausgelöst, die mit ihrer Arbeit und ihrer eigenen Wahrnehmung vom Beruf in Verbindung standen.

Eine weitere Notwendigkeit ergibt sich aufgrund der von der Organisation vorgegebenen Rahmenbedingungen, die bereits in den Kategorie „K5: Konflikt in Bezug auf die Organisation“ angesprochen wurden.

„Und dass natürlich für mich jetzt in meinem speziellen Fall einfach in der Klinik Rahmenbedingungen da sind, die ja auch gut sind, dass sie da sind, über die ich mich manchmal gerne hinwegsetzen würde, aber nicht kann. Ja, so. Weil ich das Gefühl habe, dass es anders besser wäre. Aber natürlich muss es in so einem großen Setting einfach Rahmenbedingungen geben, die dann für alle gelten.“ (S3, Zl. 141-146)

Die Interviewpartnerin 3 gab zu bemerken, dass die von den Studien entwickelten Rahmenbedingungen, sich für die Praxis teilweise als ungeeignet gestalten würden. Der Wunsch diese Rahmenbedingungen zu umgehen, wäre demnach bei der Hebamme gegeben, wobei sie auch auf die Notwendigkeit dieser Handlungsanweisung im großen Setting hinwies. Anhand dieser Textpassage kann allerdings herausgelesen werden, dass die Unzufriedenheit hinsichtlich der mangelnden Selbstbestimmung bezüglich den Handlungsoptionen gegeben ist, welche als Belastung empfunden wurde.

Eine andere Schwierigkeit in diesem Rahmen würde das Gefühl des „Allein-gelassen-werdens“ bilden. Die erste Interviewpartnerin, welche die einzige gewesen ist, die lediglich als freiberufliche Hebamme gearbeitet hat, gab zu bedenken, dass sie aufgrund ihrer Arbeit öfters das Gefühl haben würde, dass sie mit ihren Problemen und Fragen allein gelassen wird. In den Krankenhäusern würde das Team, ihrer Meinung nach, eine große Unterstützung darstellen, welche gerade bei freiberuflichen Hebammen gänzlich fehlen. Um mit den Herausforderungen fertig werden und auch sich bei schwierigen Fällen austauschen zu können, wäre eine Supervisionseinheit sehr hilfreich, da das Bedürfnis nach Verständnis gegeben ist. Dieses Bedürfnis wurde auch von anderen Interviewpartnerinnen angesprochen, wie beispielsweise Gesprächspartnerin 3, die das Gefühl des „Verstanden-werdens“ als eine große Erleichterung empfinden würde. Demnach ist auch die Supervision dahingehend wichtig, um die praktizierenden Hebammen in ihrer Arbeit zu unterstützen und eine psychische Hilfestellung zu bieten.

6.8 K8: VORTEILE DER SUPERVISION

Im Zuge der Kategorie 7 wurden das Bedürfnis und die Notwendigkeit von Supervisionseinheiten bei Hebammen erarbeitet. Einer der letzten Fragen des Interviewleitfadens lautete „Inwieweit haben Sie die Supervision als Unterstützung erlebt? Können Sie ein Beispiel nennen?“. Mit dieser Frage sollten die Vorteile der Supervision festgehalten werden, welche wiederum die letzte Kategorie der Forschungsarbeit darstellt.

Zum einen kann festgehalten werden, dass durch die Abhaltung von Supervisionseinheiten es zu einer Erweiterung der Handlungsoptionen kommt.

„Bei der Supervision ist es bei mir fast immer drum gegangen, was hätte ich in der Situation anders machen können oder habe ich eh alles gemacht, was ich tun konnte?“ (S2, Zl. 125-127)

Die Unzufriedenheit mit der eigenen Handlungsweise bei bestimmten Situationen ist gegeben und bedarf einer Auseinandersetzung. In den Supervisionseinheiten würde man, laut Interviewpartnerin 2, die Gelegenheit erhalten über die eigene Vorgehensweise zu reflektieren und alternative Handlungsoptionen zu entwickeln. Diese Reflektion ist auch für das eigene Gewissen notwendig, um sich die Frage zu stellen, ob das eigene Handeln der Situation Genüge gewesen ist, denn dadurch kann man bis zu einem gewissen Grad auch mit der Situation innerlich abschließen.

„Ich habe nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt und es wäre einfach nicht anders möglich gewesen. Und das ist halt ein sehr wichtiger Punkt. Dass man wieder nachdenkt drüber, was passiert ist in der Situation und dass man auch natürlich für nächstes Mal sagt was kann man besser machen?“ (S2, Zl. 136-140)

Dieser Prozess würde nicht nur zum innerlichen Frieden einer Person beitragen, sondern zugleich auch zur Verbesserung der Handlungsweise laut Interviewpartnerinnen führen. Im Arbeitsalltag habe man nicht nur eine Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten, sondern auch gegenüber der Arbeitsgeberin beziehungsweise dem Arbeitsgeber, in diesem Fall der Organisation. Strukturelle Änderungen und Richtlinien seien demnach zu befolgen und auch hier würde die Supervision den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zugutekommen.

Einer der wichtigsten Vorteile von Supervisionseinheiten würde die „Psychohygiene“, die psychische Entlastung, darstellen. Alle vier Interviewpartnerinnen gaben an, dass das Kommunizieren bezüglich schwieriger Fälle unfassbar wichtig für sie wäre, um mit der jeweiligen Situation zurechtkommen zu können. Für einige würde die Kommunikation mit Familienangehörigen, Freundinnen und Freunde oder auch Kolleginnen und Kollegen die erste Instanz darstellen, welche die Personen zunächst mittels guten Zuspruchs beruhigen. Dennoch sei auch das Bearbeiten mittels einer Supervisorin beziehungsweise eines Supervisors unfassbar wichtig.

„Also immens wichtig. Einfach erstens einmal schon nur das drüber reden, das Ganze, die ganze Situation noch einmal zu erzählen hilft schon ganz gut. Und also ich habe mich mit meiner Therapeutin halt sehr gut verstanden und mich auch verstanden gefühlt bei ihr. Und dass es dann halt auch immer wieder Nachfragen gibt und die ganze Situation so aufgearbeitet werden kann, dass ich für mich das Gefühl habe, okay, ich habe es für mich noch einmal als so Ganzes erzählen können.

Und dann kriege ich selber durchs Erzählen einen klareren Blick drauf.“ (S2, Zl. 162-169)

Der Prozess des Wiedergebens würde bereits den ersten Beitrag dazu leisten, dass man die gesamte Situation durch den Kopf gehen lässt und durch das Aussprechen man es loslässt, um somit auch einen klaren Blick von außen auf die gesamte Situation zu erhalten. Auch hier wird wiederum ersichtlich, dass das Gefühl, das man verstanden wird, einen wichtigen Beitrag für die Aufarbeitung leistet. Durch die adäquaten Fragestellungen der Supervisorin war es der Interviewpartnerin möglich gewesen, die Situation gut zu verarbeiten. Die Verwendung des Wortes „immens“ wiederum verdeutlicht, ein weiteres Mal, wie wichtig die Supervision für die Hebammen ist.

Die Herausforderungen und Probleme, die in interdisziplinären Teams entstehen können, wurden im Zuge der Masterarbeit ausführlich dargestellt. Die dritte Gesprächspartnerin meinte im Rahmen der Studie, dass Gruppensupervisionen auch für die Dynamik im Team von großer Bedeutung seien, da sie die Zusammenarbeit um ein Vielfaches erleichtern würden.

„Und das ist immer, die finde ich sehr bereichernd, weil wir uns dadurch besser kennenlernen und dann man wirklich den Effekt sehen kann, dass bei den nächsten Geburten das wesentlich besser läuft, wenn man das einmal besprochen hat und sagen kann du, das war für mich nicht okay oder da habe ich dich falsch verstanden, sag das bitte das nächste Mal anders. Oder eben auch mir jemand sagt bitte, das musst du anders formulieren, da verstehe ich dich so nicht in einer Akutsituation oder sonst irgendwas. Und das merkt man sich und damit wird die Zusammenarbeit einfach immer besser.“ (S3, Zl. 255-263)

Hebammen sind in ihrem Beruf mit stressigen Situationen konfrontiert, die nichtsdestotrotz eine präzise Arbeit erfordern. Das Arbeiten im Team kann sich hierbei als schwierig erweisen, da in einigen Fällen die Kommunikation nicht reibungsfrei funktioniert. Demnach sind klare Anweisungen unfassbar wichtig, um die Arbeit bestmöglich verrichten zu können. Gruppensupervisionen schaffen den Raum, um genau solche Themen und konkrete Situationen anzusprechen. Durch die bessere Kommunikation kommt es zur besseren Zusammenarbeit, welche wiederum Konflikte innerhalb des Teams gänzlich beseitigen können.

Angesichts dieser zahlreichen Vorteile, die die Inanspruchnahme von Supervision für die Hebammen mit sich bringen, ist die Inkludierung im beruflichen Alltag noch relativ gering. In der Fortbildungseinteilung des Österreichischen Hebammengremiums (ÖHG) fällt die

Supervision in die freiwillige Fortbildung und wird mit einer Wertigkeit von einem Punkt pro Stunde versehen (Österreichisches Hebammengremium, 2015, S. 4). Anhand dieser Bewertung, die die geringste von den möglichen fünf Punkten darstellt, ist bereits ersichtlich, welchen Stellenwert der Supervision zugesprochen wird. Demnach erscheint es nicht wunderlich, dass der Wunsch nach mehr Supervisionseinheiten auch von den Interviewpartnerinnen gefordert wurde.

„Und es wäre halt super, wenn es da so ein Angebot, ich glaube es gibt jetzt mittlerweile eh sogar welche. Und es wäre halt voll ausbaufähig finde ich.“ (S2, Zl. 180-181)

Angebote im Bereich der Supervision sind demnach gegeben, aber, laut Aussage der Interviewpartnerin 2, auch ausbaufähig. Diese Denkweise kommt verstärkt daher, dass zwei der vier Interviewten die Supervisionseinheiten privat in Anspruch nehmen mussten, welche wiederum eine finanzielle Angelegenheit darstellt.

7 FAZIT

Die berufliche Identität hat in den letzten Jahrzehnten einen immer bedeutenderen Stellenwert erhalten, da sich viele Personen durch ihre berufliche Tätigkeit definieren. Dies erscheint nicht befremdlich, da man in einem erheblichen Teil des Alltags in der beruflichen Rolle agiert und die Identifikation auf dieser Funktion basierend erfolgt. Dabei darf die Rolle nicht als ein statisches Konstrukt wahrgenommen werden, die sich als Position in einem hierarchischen System beziehungsweise einem gesetzlich festgelegten Tätigkeits- und Aufgabenbereich versteht. Vielmehr handelt es sich um einen Zusammenspiel der Triade Rolle, Person und Organisation. Hierbei richten sich eine Reihe an unterschiedlichen Erwartungen seitens der Organisation, der Kolleginnen und Kollegen beziehungsweise des Klientel an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bei gegensätzlichen Auffassungen auch in einem inneren Konflikt resultiert. Intra- und interpersonelle Konflikte sind in jedem Arbeitsbereich anzutreffen, wohingegen ethische Herausforderungen vor allem im medizinischen Bereich keine Seltenheit darstellen. Die zunehmende Bedeutung der Medizinethik kann man anhand der Errichtung von Ethik-Kommissionen feststellen, deren Aufgaben sich divers gestalten. Im akademischen Diskurs gelangen vor allem die Praktiken von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern in den Fokus, wohingegen die Berufsgruppe der Hebammen nur selten thematisiert wird. Ausgehend von dieser Überlegung wurde die Forschungsfrage "Wie werden ethische Herausforderungen im Spannungsfeld Rolle, Person und Organisation von Hebammen erlebt und welche Bedeutung hat die Supervision hinsichtlich der Verarbeitung?" der Masterarbeit zugrunde gelegt. Das Fazit soll nun zu einer prägnanten Beantwortung der Fragestellung dienen.

Menschen besitzen eine Reihe an unterschiedlichen Werten, die bei der Entscheidung ihrer Handlungsoptionen in den Vordergrund rücken. Im Beruf dagegen kommt es zu einem Zusammenspiel von mehreren Werte-Kategorien, wie den berufsbezogenen, sinnorientierten sowie unternehmerischen Werten. Im Ethikkodex für Hebammen "International Code of Ethics for Midwives", welche von der International Confederation of Midwives (ICM) im Jahre 1993 veröffentlicht wurde, werden die berufsbezogenen Werte festgehalten, welche die Beziehungen der Hebammen zu ihren Patientinnen und Patienten, die Weiterentwicklung des Hebammenwissens und der Hebammenpraxis, sowie die Berufsausübung und die berufliche Verantwortung von Hebammen umfassen. Hierbei wird allerdings auch Bezug auf die persönlichen Werte genommen, indem erwähnt wird, dass Praktiken, die nicht mit den eigenen moralischen Werten einhergehen, nicht durchgeführt werden müssen, solange sie den Frauen

und ihren Ungeborenen beziehungsweise Neugeborenen die notwendigen Behandlungen für ihre Gesundheit nicht vorenthalten. Demnach werden die moralischen Werte einer Person bei der Berufsausübung geschätzt und mitberücksichtigt. Die unternehmerischen Werte werden wiederum von der Organisation unter der Berücksichtigung der primären Aufgabe definiert und sollen von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern verinnerlicht werden. Sollten die unterschiedlichen Werte-Kategorien nicht miteinander harmonieren, beziehungsweise gegensätzlich zueinander sein, so können ethische Herausforderungen entstehen. Im Rahmen der vorliegenden empirischen Studie konnte festgestellt werden, dass sich viele dieser in dem Bereich Person-Rolle und Rolle-Organisation zu verorten sind.

Um die Bewerkstelligung von aufkommenden ethischen Herausforderungen von Hebammen zu thematisieren, wurden im Kapitel 4 „Verarbeitung ethischer Herausforderungen“ mögliche Bewältigungsstrategien erarbeitet. Studien haben bewiesen, dass das Abhalten von Ethikkursen während der Ausbildung sich als äußerst hilfreich erweist. Programme, wie „Increasing Ethical Competence in Midwifery Education and Practice“ (INEC) oder „The Midwives' Ecosystemic Model of Ethical Thinking“ (MEMET), haben verdeutlicht, dass das ethische Bewusstsein schon in der Ausbildung gefördert werden sollte, sodass der Überforderung bei Problemen entgegengewirkt werden kann. Die Integration dieser Kurse wäre demnach essentiell, wohingegen die Standardisierung hinsichtlich der Inhalte ebenfalls angestrebt werden sollte. Eine weitere Bewältigungsstrategie würde die Abhaltung von Supervisionseinheiten darstellen. Die Bedeutung und die Notwendigkeit von Supervision wurden bereits im theoretischen Teil der Arbeit thematisiert, welche auch bei der empirischen Studie von den Interviewpartnerinnen bestätigt wurde. Diese betonten, wie wichtig das Gefühl des „Verstanden-werdens“ und das Kommunizieren von Problemen und Herausforderungen, für das Loslassen der belastenden Gedanken sei. Dieser Prozess, welcher auch als „Psychohygiene“ betitelt wird, sei eines der wichtigsten Vorteile für die Inanspruchnahme. Es ist festzuhalten, dass die Supervision einen geeigneten Raum für die Bewerkstelligung dieser Probleme schaffen würde, welche auch gerne von den Hebammen genutzt wird. Auch die Erweiterung und Optimierung von Handlungsoptionen waren Gründe, weshalb die Supervision gerne als Bewältigungsstrategie für ethische Herausforderungen gewählt wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ethische Herausforderungen in mehreren Bereichen des Spannungsfeldes Rolle, Person und Organisation zu verorten sind. Zum einen können die berufsspezifischen und die persönlichen Werte, aber auch die berufsspezifischen und unternehmerischen Werte in Konflikt geraten und somit zu ethischen Herausforderungen einer

Person führen. Um diese adäquat bewerkstelligen zu können, wäre sowohl die Inkludierung von Ethikkursen im Curriculum der Hebammenausbildung, als auch die Inanspruchnahme von Supervisionseinheiten geeignete Methoden. Es kann festgehalten werden, dass eine Entwicklung in diesem Bereich zu verzeichnen ist, aber ein Forschungsbedarf hinsichtlich den weiteren Funktionen und Wirkungen von Supervision bei Hebammen herrscht, da, wie es auch aus den Interviews hervortritt, viele der Interviewpartnerinnen bei vermehrten Angeboten, diese in Anspruch nehmen würden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Ackerknecht, E. (1974). Zur Geschichte der Hebammen. *Gesnerus : Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, 31(3–4), 181–192.
- Aydin, E. (2005). Tarihsel ve Güncel Yönden Tıp Etiği. *Erdem*, 44, 83–102.
- Baur, N. & Blasius, J. (2022). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2022). Springer VS.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4. Aufl.). Oxford University Press Inc.
- Beck, U., Brater, M. & Daheim, H. (1980). *Soziologie Der Arbeit Und Der Berufe: Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. Rowohlt Verlag GmbH.
- Beumer, U. & Sievers, B. (2000). Einzelsupervision als Rollenberatung. Die Organisation als inneres Objekt. *Supervision*, 3, 10-17.
- Boessmann, U., Hübner, G. & Remmers, A. (2005). *Wirksam behandeln: Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie, Medizin und Supervision* (1.,). Deutscher Psychologen Verlag.
- Bösch, K. (2013). *Werte von Krankenpflegenden und Hebammen: eine qualitative Studie zum Vergleich der Werte aufgrund der Berufsausübung* [Diplomarbeit]. Universität Wien.
- Büchse, S. (2001). *Die Stellung der Hebamme in Österreich: eine Auseinandersetzung mit dem Hebammenberuf* [Diplomarbeit]. Universität Wien.
- Bundesgesetzblatt 310 (1994): Hebammengesetz – HebG:
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1994_310_0/1994_310_0.pdf (zuletzt aufgerufen am 26.01.2023).
- Diedrich, K. (2006). *Gynäkologie und Geburtshilfe (Springer-Lehrbuch)* (2. Aufl.). Springer.
- Eisenmann, P. (2012). *Werte und Normen in der Sozialen Arbeit* (2. Aufl., überarbeitete und erweiterte). W. Kohlhammer GmbH.
- Ernst, S. (2020a). Was sind sittliche Werte? In S. Müller, S. Höllinger & B. Baldt (Hrsg.) *Werte im Beruf* (Bd. 14). Aschendorff Verlag.
- Ernst, S. (2020b). *Am Anfang und Ende des Lebens - Grundfragen medizinischer Ethik* (1.). Verlag Herder.

- Foster, I. R. & Lasser, J. (2011). *Professional Ethics In Midwifery Practice* (Midwifery ed.). Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- French, R. (2003). *Group Relations, Management, And Organization (Illustrated)*. Oxford University Press.
- Frey, H. P. & Haußer, K. (1987). *Identität*. Thieme.
- Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stäheli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (2010). *Lexikon zur Soziologie* (5. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grunder, K. (1999). *Historisches Wörterbuch Der Philosophie Gesamtwerk Bd. 1-13: St - T*. Schwabe.
- Haußer, K. (1995). *Identitätspsychologie*. Springer.
- Heinzer, S. & Reichenbach, R. (2013). *Schlussbericht zum Forschungsprojekt „Die Entwicklung der beruflichen Identität“* (BB2010.0095). Universität Zürich.
- Hutter, T. (1992). *Berufliche Identität zwischen Ideal und Entwertung* [Dissertation]. Universität Zürich.
- International Confederation of Midwives (2014): ICM International Code of Ethics for Midwives: <http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf> (zuletzt aufgerufen am 26.01.2023)
- Joas, H. (1999). *Die Entstehung der Werte* (7. Aufl.). Suhrkamp.
- Jones, S. (2000). *Ethik und Hebammenpraxis* (1. Aufl.). Huber.
- Kant, I., & Von Kirchmann, J. H. (2022). *Immanuel Kant's Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1870*. Legare Street Press.
- Krall, J., Mikula, E. & Jansche, W. (2008). *Supervision und Coaching: Praxisforschung und Beratung im Sozial- und Bildungsbereich (German Edition)* (2008. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühl, S. (2018). Rollen als Grundlagenthema im Coaching. In: Greif, S., Möller, H. & Scholl, W. (2018). *Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching (Springer Reference Psychologie)* (1. Aufl. 2018). Springer.
- Lohmer, M., Möller, H., Benecke, C., Gast, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Mertens, W. (2014). *Psychoanalyse in Organisationen: Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung (Psychoanalyse im 21. Jahrhundert: Klinische Erfahrung, Theorie, Forschung, Anwendungen)* (1. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH.

- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik) (10. Aufl.). Beltz.
- Müller, S., Höllinger, S. & Baldt, B. & (2020). *Werte im Beruf: Ethik und Praxis im Gespräch* (Studien der Moraltheologie. Neue Folge). Aschendorff.
- Müller-Christ, G., Tegeler, M.K., Zimmermann, C.L. (2018): Rollenkonflikte der Hochschullehrenden im Spannungsfeld zwischen Fach- und Orientierungswissen. Führungstheoretische Überlegungen. In Filho, L. W. (Hrsg.) *Nachhaltigkeit in der Lehre: Eine Herausforderung für Hochschulen* (Theorie und Praxis der Nachhaltigkeit) (1. Aufl. 2018). Springer Spektrum.
- Obermeyer, K. & Pühl, H. (2015). *Teamcoaching und Teamsupervision: Praxis der Teamentwicklung in Organisationen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Oelhafen, S., Hölzli, U., Häsänen, M., Kärema, A., Kasemets, M. T., Bartels, I., Leberecht, A. M., Kauppila, M., Järvillehto-Impivaara, I. & Berglund, M. (2017). Increasing midwives' ethical competence: a European educational and practice development project. *International Journal of Ethics Education*, 2(2), 147–160.
- Österreichisches Hebammengremium (2015): Fortbildungseinteilung: <http://www.hebammen.at/media/Fortbildungssystem.pdf> (zuletzt aufgerufen am 07.02.2023)
- Rice, A. K. (2014). *Productivity and Social Organization: The Ahmedabad experiment: technical innovation, work organization and management*. Routledge.
- Scherzer, R. (1988). *Hebammen, weise Frauen oder Technikerinnen?: zum Wandel eines Berufsbildes*. Institut d'Estudis Catalans.
- Schreyögg, G. (1999). *Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien* (3. Aufl.). Gabler Verlag.
- Steinhardt, K. & Datler. (2005). Organisation und Psychodynamik. In H. Fasching & R. Lange (Hrsg.) *Sozial managen*. Haupt Verlag AG.
- Thompson, F. E. (2002). Moving from Codes of Ethics to Ethical Relationships for Midwifery Practice. *Nursing Ethics*, 9(5), 522–536.
- Wils, J. (2009): Ethik – Über Werte nachdenken. In Arn, C. & Weidmann-Hügler, T. (Hrsg.) *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen / Ethikwissen für Fachpersonen* (1.). EMH Schweizerischer Ärzteverband.

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Überlappung: Rolle, Person und Organisation nach French (1999)	8
Abbildung 2: Einteilung der Werte nach Ernst (2020a), S. 169.....	19
Abbildung 3: Zusammenwirken der medizinischen Grundsätze nach Ernst (2020b), S. 60....	38
Abbildung 4: Das MidEthics-Modell nach Oelhafen et.al. (2017), S. 157	42
Abbildung 5: Modell ethischen Denkens in der Hebammenarbeit nach Foster und Lasser (2011), S. 190	44
Abbildung 6: Vorgehensweise nach Mayring (2010), S. 68	60

10 ANHÄNGE

10.1 INTERVIEWLEITFADEN

1. Können Sie mir beschreiben: Was sind Ihre konkreten Aufgaben in der Arbeit mit Ihren Patient*innen?
2. Wie haben Sie sich die Arbeit als Hebamme vorgestellt, bevor Sie selbst in diesem Feld gearbeitet haben? Was war so, wie Sie sich das vorgestellt haben, was war anders als erwartet?
3. Wie sieht Ihr Arbeitsalltag konkret aus? Können Sie mir einen typischen Tag beschreiben?
4. Was erleben Sie in Ihrer Arbeit als herausfordernd? Können Sie mir ein konkretes Beispiel erzählen? Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen? Wie ist das abgelaufen? Wie gehen Sie mit Herausforderungen innerhalb des Teams um? /Wie wird im Team mit Herausforderungen umgegangen?
5. Können Sie sich an Situationen erinnern, bei denen Sie sich mit den Anforderungen in der Arbeit nicht identifizieren konnten? Falls ja, was war das für eine Situation? Wie sind Sie mit dieser Spannung umgegangen?
6. Ich weiß, dass Sie in der Arbeit auch Supervision haben. Inwieweit werden Situationen, wie (auf die geschilderte Situation verweisen) in der Supervision angesprochen?
7. Können Sie mir eine Situation schildern, die in der Supervision besprochen wurde? Wie wurde sie in der Supervision bearbeitet? Was wurde Ihnen dabei deutlich? Gibt es Themen, die immer wieder in der Supervision aufkommen? Welche?
8. Inwieweit haben Sie die Supervision als Unterstützung erlebt? Können Sie ein Beispiel nennen?
9. Gibt es von Ihrerseits noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint? Etwas, das vielleicht noch nicht erwähnt wurde und Sie gerne noch erzählen möchten?
10. Noch ein paar Eckdaten: Wie lange arbeiten Sie schon als Hebamme? Wie häufig haben Sie Supervision? Wer nimmt daran teil?

10.2 KATEGORIENBILDUNG NACH MAYRING (2010)

Fall	Zeilen	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
S1	18-20	1	„Unterlegene“ Position in der Organisation	Hierarchische Schwierigkeiten	K1: Herausforderung in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten • Probleme der Patientinnen • Gesundheitliche Probleme der Säuglinge • Beziehungsprobleme der Patientinnen und Patienten • Mangelnde Untersuchungsmöglichkeit aufgrund von Verweigerung
S1	38-39	2	Ungewissheit hinsichtlich der Aufgaben	Ungewissheit bei Aufgaben	
S1	64-70	3	Intensive Unterstützung bei Problemen der Patientinnen	Probleme der Patientinnen	
S1	71-73	4	Herausforderung, wenn der Gesundheitszustand des Kindes nicht wie erwartet ist	Gesundheitliche Probleme der Säuglinge	
S1	98-104	5	Unsicherheiten bezüglich der eigenen Handlungsweisen	Unsicherheit der Handlungsweise	
S1	104-106	6	Zur Beruhigung dient der Mann als Ansprechpartner	„Psychohygiene“	
S1	107-109	7	Heranziehen von Freundinnen und Kolleginnen zur Unterstützung	„Psychohygiene“	
S1	114-116	8	Beziehungsprobleme zwischen den Paaren	Beziehungsprobleme der Patientinnen und Patienten	

S1	133-141	9	Keine adäquate Untersuchung durch Verweigerung von Hausbesuchen seitens der Patientin	Mangelnde Untersuchungsmöglichkeit aufgrund von Verweigerung	K2: Schwierigkeiten im Team • Hierarchische Schwierigkeiten • Interdisziplinäre Entscheidungsfindung • Erfahrungsunterschiede • Positionsfindungsschwierigkeiten im Team • Uneinigkeit im Team • Interdisziplinäre Konflikte
S1	145-148	10	Das Gefühl allein gelassen zu werden ist schlimm Bei freiberuflichen Hebammen der Fall	Allein gelassen werden	
S1	157-169	11	Unverständnis gegenüber der Handlungsweise der Patientin Unstimmigkeit mit den eigenen Überzeugungen	Moralische Unstimmigkeiten	
S1	171-174	12	Zustimmung seitens der Patientin wird einverlangt Keine Zustimmung der Hebamme möglich	Zustimmung gewünscht	
S1	176-178	13	Erwartungen der Mütter nicht im Aufgabenbereich der Hebamme	Nicht im beruflichen Aufgabenbereich	K3: Konflikte in Bezug auf die Rolle • Nicht im beruflichen Aufgabengebiet • Unterschiedliche Erwartungen • Abgrenzungsschwierigkeiten • Abgrenzung ist notwendig • Wunsch nach Selbständigkeit
S2	32-37	14	Intensität des Arbeitsaufkommens Persönliche Anteilnahme ist sehr hoch	Hohes Arbeitsaufkommen	

S2	41-43	15	Eigene und fremde Erwartungen wollen erfüllt werden	Unterschiedliche Erwartungen	K4: Konflikte in Bezug auf die Person • Moralische Unstimmigkeiten • Zustimmung gewünscht
S2	53-58	16	Hohes Arbeitsaufkommen in der Klinik	Hohes Arbeitsaufkommen	
S2	70-73	17	Interdisziplinäre Entscheidungsfindung als Herausforderung	Interdisziplinäre Entscheidungsfindung	
S2	89-92	18	Erfahrungsunterschiede zwischen den Kolleginnen wird toleriert	Erfahrungsunterschiede	K5: Konflikte in Bezug auf die Organisation • Hohes Arbeitsaufkommen • Handlungsrichtlinien unzureichend • Auswahl der Kolleginnen und Kollegen nicht möglich • Selbstständiges Arbeiten wird nicht gefördert
S2	110-118	19	Zu großer Arbeitsaufwand treibt Arbeitnehmerin an ihre Grenzen	Hohes Arbeitsaufkommen	
S2	125-127	20	Diskussion über alternative Optionen ist Inhalt der Supervision	Erweiterung der Handlungsoptionen	
S2	136-140	21	Reflektion des Geschehens führt zu Verbesserungsmöglichkeiten	Verbesserungsmöglichkeiten	
S2	162-169	22	Der Prozess des Erzählens führt zur Erleichterung und einen klaren Blick auf die erlebte Situation	„Psychohygiene“	
S2	175-177	23	Bedeutung der Supervision im Dienstsetting wird betont	Supervision ist wichtig	

S2	180-184	24	Der Prozess des Redens führt zu Entlastung bei Hebammen	„Psychohygiene“	K6: Bedeutung der Supervision • Supervision ist wichtig • Supervision nicht immer förderlich • Vorurteile gegenüber der Supervision
S3	134-139	25	Abgrenzung bei Herausforderungen erweist sich schwierig	Abgrenzungsschwierigkeiten	
S3	141-146	26	Wunsch sich über Rahmenbedingungen der Organisation hinwegzusetzen	Wunsch Rahmenbedingungen zu übergehen	
S3	150-158	27	Handlungsrichtlinien auf Studien beruhend können in der Praxis schwierig zum Umsetzen sein	Handlungsrichtlinien unzureichend	
S3	211-214	28	Entwicklung von strukturellen Verbesserungsvorschlägen	Verbesserungsmöglichkeiten	
S3	222-223	29	Das Kennen untereinander fördert die reibungslose Zusammenarbeit	Erleichterung der Zusammenarbeit	K7: Notwendigkeit bei Supervisandinnen • Unsicherheit der Handlungsweise • Allein gelassen werden • Wunsch Rahmenbedingungen zu übergehen • Bedürfnis nach Verständnis
S3	224-228	30	Das Bedürfnis zu reden wird durch Kolleginnen gedeckt	„Psychohygiene“	
S3	243-246	31	Notwendigkeit von Supervision Das Gefühl des „Los-Werdens“ ist wichtig	„Psychohygiene“	
S3	248-250	32	Eine Person vom Fach kann Situationen besser nachempfinden	Bedürfnis nach Verständnis	

S3	255-263	33	Supervision ermöglicht das Kennenlernen, welches wiederum die Kommunikation und die Zusammenarbeit verbessert.	Erleichterung der Zusammenarbeit	K8: Vorteile der Supervision • Erweiterung der Handlungsoptionen • Verbesserungsmöglichkeiten • „Psychohygiene“ • Erleichterung der Zusammenarbeit
S4	72-78	34	Selbständigkeit verschafft Schwierigkeiten bei der Positionsfindung im Team	Positionsfindungsschwierigkeiten im Team	
S4	160-164	35	Körperliche und seelische Belastung erfordert Abgrenzung	Abgrenzung ist notwendig	
S4	169-173	36	Eigene und fremde Erwartungen gehen auseinander	Unterschiedliche Erwartungen	
S4	174-177	37	Eigene und fremde Erwartungen gehen auseinander	Unterschiedliche Erwartungen	
S4	278-284	38	Uneinigkeiten innerhalb des Teams (Neidgefühl)	Uneinigkeiten im Team	
S4	289-292	39	Selbstständiges Arbeiten wird als positiv wahrgenommen	Wunsch nach Selbstständigkeit	
S4	293-298	40	Erfahrungsunterschiede zwischen den Kolleginnen und Kollegen führt zu Reibereien	Erfahrungsunterschiede	

S4	303-304	41	Konflikte, da persönliche Erlebnisse einen prägen	Uneinigkeiten im Team	
S4	307-311	42	Die Auswahl der Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen würde die Zusammenarbeit erleichtern. Im Krankenhaus schwierig zu etablieren.	Auswahl der Kolleginnen und Kollegen nicht möglich	
S4	311-321	43	Supervision nicht immer förderlich, da Kolleginnen nachtragend sind	Supervision nicht immer förderlich	
S4	321-327	44	Schwester als Leitung der Supervision ungeeignet	Interdisziplinäre Konflikte	
S4	330-339	45	Interdisziplinäre Konflikte aufgrund der Hierarchie und Aufgaben	Interdisziplinäre Konflikte	
S4	375-380	46	Vorurteile gegenüber der Supervision	Vorurteile gegenüber der Supervision	
S4	398-401	47	Fragen bezüglich der Einschulung – nicht Teil des Aufgabengebiets	Nicht im beruflichen Aufgabenbereich	
S4	413-419	48	Organisation lässt selbstständiges Arbeiten nicht zu	Selbstständiges Arbeiten wird nicht gefördert	