

Stellungnahme zu Interventionen in der Hebammentätigkeit

Jegliches Eingreifen in einen selbstständigen Prozess ist als Intervention zu definieren. Auch im geburtshilflichen Verständnis ist ein medizinisches wie auch komplementärmedizinisches Eingreifen in den an sich physiologischen Prozess der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes als Intervention zu bezeichnen.

Medizinische sowie komplementärmedizinische Maßnahmen zielen auf eine Veränderung des bis zu einem bestimmten Entscheidungspunkt selbstständig verlaufenden Prozesses von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ab. Um nützliche und nicht schädigende Veränderungen zu erzielen, **müssen** die angestrebten **Maßnahmen mit bestmöglichen wissenschaftlichen Belegen** für die Einheit Mutter und Kind versehen sein. Beabsichtigen Hebammen, durch medizinische wie auch komplementärmedizinische Interventionen einen Prozess in einer der drei Phasen zu beeinflussen, müssen sie über Kenntnisse der erwünschten wie unerwünschten Wirksamkeiten dieser Interventionen verfügen. Diese Kenntnisse sind den Ergebnissen qualitativ hochwertiger Studien zu entnehmen.

Der wissenschaftliche Beleg der Wirksamkeit einer Intervention wird vor dem Hintergrund einer von Erfahrung und Tradition getragenen hebammengeleiteten Geburtshilfe nicht immer gelingen. Auch führt der Anspruch einer frauenzentrierten Betreuung und Begleitung Hebammen in ihrer Arbeit möglicherweise an die Grenzen dessen, was wissenschaftlich bereits erforscht bzw. nachzuweisen ist. Gerade dann ist vor Anwendung einer Maßnahme, unter Einbezug von Erfahrungswissen und den Bedürfnissen der Frau, eine kritische Reflektion der erwarteten bzw. möglichen Vor- und Nachteile von besonderer Bedeutung.

Der Anspruch einer frauenzentrierten Betreuung impliziert den **Einbezug der Frau in Entscheidungsprozesse**. Im Idealfall übernimmt die Frau als Expertin für ihren Körper im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) Mitverantwortung für die letztendlich getroffene Entscheidung. Dies kann jedoch nicht in jedem Fall geschehen. Zum einen kann die jeweilige Situation dazu führen, dass der Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung beispielsweise aus Zeitgründen nicht durchlaufen werden kann, zum anderen entspricht dieses Ausmaß der Beteiligung an einem Entscheidungsfindungsprozess vielleicht nicht dem jeweiligen Bedürfnis der Frau. Auch ist professionsethisch nicht zu vertreten, die Entscheidung und die Verantwortung dafür völlig der Frau zu überlassen. Wesentlich ist, dass der Frau die generelle Möglichkeit gegeben wird, über die Anwendung medizinischer wie komplementärmedizinischer Maßnahmen (mit-)entscheiden zu können. Dazu benötigt sie ausreichende Informationen über die Vor- und Nachteile einer Maßnahme. Neben diesen ist der Frau in einem Gespräch auch die Tatsache zu vermitteln, dass eine Maßnahme möglicherweise bislang nicht ausreichend erforscht ist.

Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass *evidence¹ based practice* auf den wissenschaftlichen Belegen, dem Erfahrungswissen der Hebamme und den Bedürfnissen der Frau fußt (Sackett et al. 1997). Der wissenschaftliche (sic) Beleg zu den Wirksamkeiten ist demnach nicht alleinige Grundlage, wenn über ein medizinisches oder auch komplementärmedizinisches Eingreifen im Sinne einer *evidence based practice* nachgedacht wird.

In jedem Fall müssen – nicht zuletzt um neue wissenschaftliche Hinweise zu generieren – die angewendete Maßnahme, ihre Wirksamkeit, die Zielpersonen und die Situation, die ihre Anwendung veranlasst hat, genauestens untersucht, reflektiert und dokumentiert werden.

Keineswegs dürfen wirtschaftliche Interessen zur unreflektierten Anwendung medizinischer wie komplementärmedizinischer Maßnahmen führen, wenn Wirksamkeiten für Mutter und Kind nicht

ausreichend wissenschaftlich belegt sind und Frauen nicht im beschriebenen Maße in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Sofern eine Hebamme medizinische oder auch komplementärmedizinische Maßnahmen einsetzt, muss von ihr erwartet werden, dass sie ihr Handeln kritisch reflektiert auf der Basis einer fundierten wie anerkannten Aus- oder Weiterbildung. Der Rahmen dieser Aus- und Weiterbildung wird in Zukunft durch die Gesetzgebung, den Forschungsstand und die Empfehlungen der berufsständischen Interessensvertretungen abgesteckt werden.

„The Art of doing nothing well“ (Kennedy 2000) beschreibt das grundlegende Verständnis des beruflichen Handelns einer Hebamme. Die Maxime der Nicht-Intervention muss zentraler Leitgedanke des Hebammenhandelns sein, um unnötige Eingriffe, Einwirkung, Beeinflussung und damit Belastung der Frau, des Kindes und des physiologischen Prozesses zu vermeiden – unabhängig davon, ob es sich um pharmakologische, instrumentelle, manuelle oder alternativ-medizinische Maßnahmen handelt.

Literatur:

Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen; vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"*. Bern: Hans Huber.

Kennedy, H.P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: results of a delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(1), 4-19.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (1997). *Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchener Medizinische Wo-chenschrift*, 139(44), 644-645.

Autorinnen:

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers, Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern MSc, Dipl. Kauffrau (FH) Nina Knappe und Prof. Dr. phil. Monika Greening

Zitierung:

Schäfers R., Ayerle G., Mattern E., Knappe N. und Greening M für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. Stellungnahme zu Interventionen in der Hebammentätigkeit (09.12.2012). *Z Hebammenwiss.* 2013; 1(1):14–6