

Die Kunst des Handelns

Bettina Salis Eine Geburt frei von Interventionen gibt es in unseren Breiten nicht – auch wenn bisweilen von interventionsfreier Geburt gesprochen wird. Und »normale Geburten« sind auch nicht immer natürlich, sondern in der Regel gespickt mit Interventionen. Es lohnt sich, einige Begriffe unter die Lupe zu nehmen – und genau hinzuschauen, warum unter der Geburt interveniert wird.

»Was eine Intervention ist?« Sie lacht. »Wir sind eine Intervention. Sobald wir in die Tür kommen, hinterlassen wir eine Spur im Leben der Frau. Meistens zum Wohl der Frau – doch wir können auch ein Hindernis sein.« Der Hebammenkollegin, die ich um ihre Meinung bat, purzelt dieser Satz nur so ins Telefon. Mir verschlägt's für einen Moment die Sprache. Seit Wochen kaue ich auf diesem Thema herum. Gerade war ich zu der Überzeugung gelangt, dass es bereits eine Intervention ist, wenn die Hebamme¹ die Frau unter der Geburt animiert, ein Bad zu nehmen. Aber was ist, wenn die Frau von sich aus den Wunsch äußert, ein Bad zu nehmen, und die Hebamme unterstützt sie dabei? Und nun das. Schon die Hebamme an sich ist eine Intervention.

Eine Frage der Effektivität?

Auf den ersten Blick ist die Antwort auf die Frage, was eine Intervention ist, recht einfach. Wikipedia sagt: »Als Intervention (von lat. *intervenire* = dazwischenschreiten, sich einschalten) bezeichnet man in der Medizin jede aktive Form von Behandlung, wenn man sie von einem bloßen Zuwarten unterscheiden möchte. Dies umfasst therapeutische und präventive Maßnahmen gleichermaßen.« Und weiter: »Die Effectiveness (englisch für Effektivität) beschreibt den Erfolg der Intervention.«²

Nun spielen in der Geburtshilfe³ Interventionen eine große Rolle und werden (leidenschaftlich) diskutiert. Schließlich geht es um das Beste für Mutter und Kind – also um die Effektivität.

Doch was beurteilen wir als effektiv? Eine schnelle Geburt? Eine kontrollierte? Eine ungestörte? Zählt das subjektive Erleben der Mutter? Oder geht es vor allem um das so genannte Outcome von Mutter und Kind? Dass diese Beurteilung unterschiedlich ausfällt, sehen wir in unserer täglichen Arbeit und an den sehr emotional geführten Diskussionen um die beste Geburtshilfe.

In der Hebammenliteratur kommt der Begriff Intervention in der Regel mit einem Adjektiv im Schlepptau: medizinisch, invasiv, nicht-invasiv, sinnvoll, begründet oder auch evidenzbasiert. Oder der Begriff selbst ist das Adjektiv – als interventionsarm, -reich oder -los. Schließlich gibt es noch die Hebammenintervention – die der medizinischen, medizinsch-technischen oder ärztlichen oft gegenübergestellt wird.

Es geht also nicht nur um den Eingriff an sich, sondern auch um eine Bewertung. Eine Kollegin ließ sich in einem Interview dazu hinreißen, von guten und bösen Interventionen zu sprechen. Später korrigierte sie sich und sagte, sie meine medizinsch-technische und Hebammeninterventionen.

Sind Hebammeninterventionen gut und medizinische schlecht? Nein. Effektiv können die einen wie die anderen sein. Überflüssig – also ineffektiv – übrigens auch.

Für jede Intervention gilt: sie sollte gut überlegt sein, egal ob medizinisch, technisch, prophylaktisch, komplementärmedizinisch oder sonst was für eine. Sie braucht eine Indikation und sollte zum Ziel haben, weitere Interventionen überflüssig zu machen, Mutter und Kind Erleichterung zu verschaffen und einen eventuellen Schaden abzuwenden. Jeder Intervention sollte eine Diagnose vorausgehen. Das ist dann eine gute, effektive Intervention.

Die gekonnte Intervention

Ein Begriff, der in den letzten Jahren immer wieder die Runde macht, ist der der Nicht-Intervention, der gekonnten oder begründeten. Doch was ist eine Nicht-Intervention? Was bedeutet das, wenn Begriffe geprägt werden, die sich durch ein Nicht abgrenzen müssen? Im Grunde genommen die Negierung des Normalen: Das, was eigentlich die Ausnahme sein sollte, das Dazwischenschreiten – eben die Intervention –, ist so normal geworden, so allgegenwärtig, dass ein neues Wort geschaffen werden muss, um das Nicht-Vorhandensein zu benennen: die Nicht-Intervention.

Bei genauem Hinschauen erklärt auch diese wunderbare Wortschöpfung der Professorin Barbara Duden die Intervention zur Norm: Die gekonnte Nicht-Intervention sagt, dass das Nichts-Tun gelernt und eben gekonnt sein muss – und nicht, dass das Tun gelernt und gekonnt sein muss.

Die gekonnte Nicht-Intervention ist ein Plädoyer für das Nicht-Handeln in der Geburtshilfe, die (aktuell) davon lebt, dass vor allem gehandelt wird – und dass vor allem das Handeln (Intervenieren) Anerkennung findet in unserem System. Sowohl wirtschaftlich als auch juristisch (beziehungsweise bei den Gutachtern)⁴ – und vermutlich auch bei den Frauen selbst. Eigentlich müsste das Nichts-Tun die Norm sein, das Nicht-Intervenieren. Wäre das Handeln gekonnt, dann bräuhete es keine gekonnte Nicht-Intervention mehr – weil ohnehin nur interveniert würde, wenn es sinnvoll wäre. Das Abwarten wäre Standard; die Ausnahme wäre die gekonnte Intervention – man könnte auch sagen: die Kunst des Handelns.⁵

Soweit die Theorie. Fakt ist, dass in unseren Kreißsälen, Geburtshäusern und auch bei Hausgeburten die Intervention zum guten Ton gehört.

Ärztinnen sind anders – Hebammen auch

Ärztinnen und Hebammen schauen unterschiedlich auf die Geburt. Das liegt in ihrer Ausbildung und ihrem beruflichen Selbstverständnis begründet. Medizinerinnen lernen auf die Pathologie zu achten, werden getrimmt, danach zu suchen. Hebammen lernen Physiologie – und ihre Grenzen. Hebammen werden ausgebildet, den physiologischen Geburtsverlauf zu begleiten, das Gewähren-Lassen; nur zu intervenieren, wenn die Geburt von der Physiologie abweicht. Sie gehen eher davon aus, dass eine Geburt funktioniert.

Doch sehen sich Hebammen mit einer medizinischen Geburtshilfe konfrontiert, die ihnen gar nicht die Möglichkeit gibt, die

Physiologie zu begleiten. Dr. Sven Hildebrandt skizziert die derzeitige Lage: »Das von der modernen Geburtsmedizin verkörperte Paradigma der medizingleiteten Geburtshilfe geht von einem natürlichen Geburtsrisiko des Menschen aus, das durch medizinische Maßnahmen sowohl präventiv als auch therapeutisch minimiert werden kann. Geburt wird also – stark überhöht formuliert – als »potenziell nicht funktionierend« angesehen, was den auf Heilung ausgerichteten Denk- und Handlungsansatz begründet.«⁶

Das ist auch der gesellschaftlichen Entwicklung geschuldet. Das Bedürfnis der meisten Menschen nach Planbarkeit und Handhabbarkeit ist groß. Nach Rainhild Schäfers suggeriert die medizingleitete (interventionreiche) Geburtshilfe, »dass nach vorheriger exakter Risikokalkulation vor allem Ärztinnen und Ärzte Garanten für die Gesundheit und normgerechte Entwicklung des Kindes seien.« Weiter schreibt sie: »Dabei wird grundsätzlich das Handeln gesellschaftlich höher bewertet als das Abwarten. Die Risikominimierung scheint nur durch geplantes Handeln gewährleistet zu sein und ein gekonntes Abwarten wird schnell als Unterlassung interpretiert.«⁷

Da die wenigsten Hebammen in ihrer Ausbildung eine abwartende, interventionsfreie Geburtshilfe kennen gelernt haben – oder anders formuliert: fast alle Hebammen nur eine vom Handeln bestimmte Geburtshilfe kennen – aber den Gedanken der Physiologie in sich tragen, handeln sie auf ihre Art: Sie stärken die Physiologie. Die Kraft der Frau. Das tun sie beispielsweise mit Homöopathie, Akupunktur, Aromatherapie und dergleichen mehr. Zeigt dieses Handeln, dass auch viele Hebammen den Frauen vielleicht nicht zutrauen, aus eigener Kraft und ohne jegliches Zutun zu gebären?

So hat sich eine Differenzierung von Interventionen etabliert: auf der einen Seite die medizinisch technische, oder auch invasive oder ärztliche Intervention, auf der anderen Seite die nicht-invasive oder Hebammenintervention.

Normal: natürlich oder der Norm entsprechend?

Eine normale Geburt ist also keineswegs eine natürliche. Doch was ist eine normale Geburt? Und wer legt das fest?

Der DHV definiert in seinem »Plädoyer für eine normale Geburt« (noch als BDH

verfasst): »Es gibt für den BDH keine einheitliche, für alle Frauen geltende Definition einer »normalen« Schwangerschaft bzw. Geburt. Vielmehr bestimmt die Individualität der Frau, ihre Lebenserfahrung, ihr soziales und kulturelles Eingebundensein, was für sie normal ist. Die Geburt ist ein individueller Prozess, den Hebammen mit ihrem Wissen, ihrer Erfahrung und ihrer Intuition sensibel zu begleiten haben, ohne dabei die Frauen einer Norm zu unterwerfen.«⁸

In der täglichen Praxis heißt normal für unsere Geburtshilfe »nicht natürlich«, sondern »der Norm entsprechend normal«,⁹ wie auch Christiane Schwarz, Hebamme und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum, in diesem Heft beschreibt.¹⁰ Dr. Nicola Bauer hat in ihrer Dissertation einige Definitionen für normale Geburt und Interventionen, die ihr zuzurechnen sind, zusammengetragen. Beispielfolger soll hier der »Normal Birth Consensus Statement« (Konsenzpapier zur normalen Geburt) von 2007 stehen. An diesem Statement waren britische Berufsverbände der Gynäkologinnen, Hebammen, Wissenschaftlerinnen und Verbraucherverbände beteiligt, sie haben Kriterien benannt, die zu einer normalen Geburt dazu gehören: »Grundvoraussetzung ist ein spontaner Geburtsbeginn, sowie eine Spontangeburt. Zudem können folgende Interventionen erfolgen oder Komplikationen auftreten: Wehenmittelgabe sub partu, Amniotomie (wenn nicht als Einleitung gebraucht), Gabe von Lachgas oder Opioiden,¹¹ CTG, aktives Management der Plazentarperiode und Komplikationen in der Schwangerschaft, während der Geburt (zum Beispiel Geburtsverletzungen, Verlegungen in die Kinderklinik, etc.).«¹²

Selbst wenn Interventionen als normal anerkannt sind, lohnt es sich, jedes Handeln kritisch zu hinterfragen. Sven Hildebrandt beschreibt in einem Artikel anhand eines Fallbeispiels eine Folge mehrerer Interventionen und eine atonische Blutung nach vermeintlich verzögerter Plazentalösung. Die meisten der beschriebenen Interventionen wirken harmlos, wie Wassergeburt, Abnabeln, Kontrolle der Blasenfüllung, Akupunktur, Fußreflexzonenmassage. Hildebrandt erläutert zu jeder dieser Interventionen, welchen möglichen Part sie dazu beigetragen haben könnte, dass es am Ende zu einer Atonie kommt. So hinterfragt er

auch, ab wann eine Regelwidrigkeit der Plazentalösung vorliegt: »Es gibt Kliniken, die tatsächlich bereits 30 Minuten nach der Geburt des Kindes von einer Plazentaretention sprechen, was weder altem geburtshilflichen Wissen entspricht noch wissenschaftlicher Evidenz standhält. Ich halte es grundsätzlich für falsch, vor Ablauf der zweiten postnatalen Stunde irgendwelche Aktivitäten zu ergreifen, weil diese aus den genannten Gründen eher destruktiv als konstruktiv sind.«¹³ Die Gründe sind in seinem Fallbeispiel ausführlich beschrieben.

Wer, wie, warum – es gibt viele Gründe

Vor Ablauf von zwei Stunden nicht aktiv werden – ich kann mir vorstellen, dass einige Kolleginnen von dieser Vorstellung fasziniert sind. Das kommt vielleicht ihren Idealen von einer interventionsfreien oder -armen Geburtshilfe näher. Gleichzeitig haben sie vielleicht Angst, sie könnten sich juristisch angreifbar machen, wenn sie zwei Stunden zuwarten? Andere Kolleginnen finden den Gedankengang von Hildebrandt womöglich absurd. Die tägliche Praxis in der Klinik bestätigt doch, dass dieses Management, nach 30 Minuten anzufangen die Plazenta zu holen, gut klappt.

Bei der Frage, wer warum wie interveniert, geht es anscheinend nicht nur darum, Mutter und Kind Erleichterung zu verschaffen und einen eventuellen Schaden abzuwenden. Es geht auch nicht nur um die Haltung; sehe ich die Geburt als potenziell funktionierend oder nicht funktionierend. Auch steht die Effektivität eher selten im Vordergrund des Handelns.

Wie viele und welche Interventionen vorgenommen werden, hängt meines Erachtens von einer Reihe Faktoren ab (die folgende Liste ist nicht vollständig; vielleicht hilft sie, das eigene Handeln zu hinterfragen, und ermuntert, nach weiteren Quellen dafür zu suchen):

- Interventionen hängen unter anderem davon ab, wie eine geburtshilfliche Situation beurteilt wird – wie das oben genannte Beispiel von Hildebrandt zeigt.
- Personalknappheit kann zu Interventionen führen. Aus Gesprächen mit Kolleginnen (und eigener Erfahrung) weiß ich, dass der Einsatz von Schmerzmitteln proportional

zur Zahl der betreuten Frauen steigt – um nur ein Beispiel zu nennen.

- Ähnlich verhält es sich bei akuter Überforderung oder Burn-out. Der Kollegin fällt es schwer, eine Beziehung zur Frau aufzubauen (oder es ist ihr gar nicht möglich), so kommt es vermehrt zu dem Bestreben, sich der Arbeit irgendwie zu entledigen.
- Natürlich bestimmen auch die Regeln des Hauses die Interventionen: In einem Haus ist das Legen eines venösen Zugangs bei allen Kreißenden üblich, in einem anderen nicht.
- Organisatorische Gründe können auch Ursache für Interventionen sein, zum Beispiel wenn der Kreißsaal schnell frei werden muss, weil schon die nächsten Frauen mit Wehen warten.
- Manchmal möchte eine Hebamme auch noch gerne das Kind holen, bevor die Schicht zu Ende ist – da kann es verlockend sein, die Geburt etwas zu beschleunigen.
- Auch Geld spielt eine Rolle. Das deutsche Gesundheitssystem belohnt die meisten Interventionen finanziell.
- Wie an anderer Stelle in diesem Heft behandelt, führt auch der forensische Druck zu Interventionen, denn Handeln ist gesellschaftlich anerkannter als Nicht-Handeln. Die Angst vor der Frage des Gutachters »Warum haben Sie das-und-das nicht gemacht?« ist größer als die Angst vor der Frage »Warum haben Sie das-und-das gemacht?«¹⁴
- Nicht zu unterschätzen ist auch die Persönlichkeit jeder einzelnen Hebamme oder Ärztin. Der Fachbegriff dafür heißt »physician factor« (Arztfaktor). Er trifft aber auch auf Hebammen zu. So stellte eine Arbeitsgruppe der University of Hertfordshire in Großbritannien fest, dass Hebammen, die in Kliniken mit hohen Interventionsraten arbeiten, das Risiko einer gesunden Frau mit komplikationslosem Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf höher einschätzten als Hebammen, die in Kliniken arbeiten, in denen weniger interveniert wird.¹⁵
- Etwas tun, etwas geben, das ist auch ein Zeichen der Fürsorge. Die Frau wird versorgt, zum Beispiel mit Medikamenten, Massagen oder mit einer Akupunkturbehandlung. Es vermittelt der Kreißenden das Gefühl, gesehen und wahrgenommen zu werden, und der Hebamme/Ärztin das gute Gefühl, etwas zu geben,

im wahrsten Sinne des Wortes fürsorglich zu sein.

- Zu guter Letzt wird auch immer wieder betont, dass es die Frauen sind, die dieses Handeln, diese Behandlung wünschen – ja sogar fordern. Es sind die Frauen, die ausdrücklich nach einer Hebamme suchen, die Akupunktur anbietet, die sich eine Klinik aussuchen, in der sie sich einen Kaiserschnitt wünschen können, und so weiter. Im Sinne von guter Dienstleistung kann man sich zur Devise machen, diese Wünsche zu erfüllen. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, wie diese Begehrlichkeiten geweckt wurden/werden konnten.

Keiner dieser möglichen Einflussfaktoren hat die Effektivität (im Sinne von Frau und Kind) im Sinn. Viele dienen dazu, sich selbst zu entlasten. Dass das im stressigen Klinikalltag leicht in den Vordergrund rückt, ist verständlich. Dennoch kann es lohnen, jede einzelne Intervention zu hinterfragen – auch wenn sie noch so unbedeutend scheint – und sich im Umgang mit der Frau immer wieder zu vergegenwärtigen: Auch ich als Hebamme bin eine Intervention.

1 Wegen der besseren Lesbarkeit beschränken wir uns bei der Nennung von Gruppen auf die weibliche Bezeichnung. Gemeint sind jeweils Männer und Frauen – sofern sie davon betroffen sind. Die Redaktion

2 www.wikipedia.de (Zugriff 1.2.2011)

3 Geburtshilfe und Geburt stehen hier stellvertretend für den gesamten Zeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbettes.

4 siehe auch in diesem Heft: Gesellschaftliche Entwicklung abgebildet, S. 293

5 Übrigens: Kunst kommt von Können! Wikipedia sagt dazu: »Ursprünglich ist Kunst ein Substantivabstraktum zum Verbum können mit der Bedeutung »das, was man beherrscht; Kenntnis, Wissen, Meisterschaft.«. <http://de.wikipedia.org/wiki/Kunst> (Zugriff 16.2.2011)

6 Hildebrandt S: Abwarten in der Nachgeburtsperiode. DHZ 12/2008, S. 22 ff; und www.deutschehebammenzeitung.de/dhz/leseprobe/interventionsarme_geburtsilfe

7 Schäfers R: Gesundheitsförderung durch Hebammen, S. 81, Schattauer 2010

8 [www.hebammenverband.de/index.php?id=788&no_cache=1&sword_list\[\]=Standpunkt](http://www.hebammenverband.de/index.php?id=788&no_cache=1&sword_list[]=Standpunkt) → Plädoyer für eine normale Geburt

9 In »dem Wahrig« steht zu »normal: regelmäßig, regelrecht«, und ein zweites Mal zu »normal ..., Normal: der Norm entsprechend, durchschnittlich, üblich«. Im Zusammenhang mit Geburt werden beide Bedeutungen benutzt: Einerseits wird normal im Sinne von regelmäßig, regelrecht verwandt, andererseits im Sinne von üblich. Wahrig: Kompaktwörterbuch der Deutschen Sprache. 3. Aufl., Bertelsmann 2002

10 siehe Artikel »Was heißt hier normal?«, S. 295.

11 in Großbritannien gängige Analgetika

12 Bauer NH: Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und die möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind. S. 8. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Osnabrück. 2010. Erscheint demnächst als Buch: Bauer NH: Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Vandenhoeck und Ruprecht, 2011

13 Hildebrandt S: Abwarten in der Nachgeburtsperiode, DHZ 12/2008, S. 22 ff; und www.deutschehebammenzeitung.de/dhz/leseprobe/interventionsarme_geburtsilfe

14 mehr dazu in diesem Heft: »Nicht die Weisheit der Richter ist entscheidend«, S. 299

15 nach Schäfers R: Gesundheitsförderung durch Hebammen. S. 96, Schattauer 2010

Bettina Salis, Journalistin, Hebamme von 1981 bis 1998, Redaktion Hebammenforum. Kontakt: info@bettina-salis.de

Salis B: Die Kunst des Handelns. Hebammenforum 2011; 12: 278-283