

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Band: 111 (2013)

Heft: 6

Artikel: Evidenzbasierte Medizin als neue Hebammenkunst? : Doppelte Falle

Autor: Duden, Barbara

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949153>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 13.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Evidenzbasierte Medizin als neue Hebammenkunst?

Doppelte Falle

Kann die Hebammenkunst die evidenzbasierte Medizin überleben?

Der Versuch, geburtshilfliches Handeln anhand wissenschaftlicher Statistik auszurichten, geht am Kern der Hebammenpraxis vorbei.

Barbara Duden, Hannover (D)

Es ist bedenkenswert, dass die Nutzlosigkeit oder gar Zweckwidrigkeit gehäufte medizinischer Interventionen zuerst in der Geburtsmedizin formuliert wurde. Schon 1972 behauptete Archie Cochrane, ein schottischer Epidemiologe, aufgrund von statistischen Daten des gesamten britischen Gesundheitswesens, die Geburtsmedizin sei das Schlusslicht beim Einsatz von Massnahmen, die erwiesen wirksam sind, ärger noch als die Chirurgie. In den 1950er und 1960er Jahren waren auch in Grossbritannien Kaskaden von Interventionen in die ehemals «normale» Geburt zur Regel geworden – der Dammschnitt, die Weheneinleitung, die Blasensprengung, die chemische Steuerung der Wehen und so weiter – ohne dass ein Nutzen nachgewiesen worden wäre (Oakley 1984, Arney 1982). Was manche diensttuende Hebamme im Kreissaal wohl schon immer gewusst hatte, aber nicht so hatte vorbringen dürfen, dass sie gehört worden wäre, wurde durch Cochrane erstmals wissenschaftlich, anhand grosser Datenmengen nachgewiesen. Marjorie Tew, eine englische Gesundheitswissenschaftlerin, widerlegte anhand genauer Prüfung die verbreitete, aber irrierte Ansicht, der Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sei durch die Hospitalisierung und Technisierung der Geburt verursacht worden; sie zeigt an einzelnen technischen Eingriffen in den Geburtsvorgang seit den 1960er Jahren deren Zweckwidrigkeit. Ihr engagierter Nachweis, dass die häufigen präventiven Interventionen der «Natur» des Gebären-Könnens Schaden zufügen, erwuchs dieser Tradition einer nüchternen Prüfung der klinischen Praxis mit dem Handwerkszeug der Statistik.

Auf Augenhöhe mit der Geburtsmedizin?

Seit Cochranes erster Polemik sind mehr als 40 Jahre vergangen. Aus der Kritik des Epidemiologen ist ein Dogma für professionelles Handeln im gesamten Medizinsystem geworden, in der Krankenpflege genauso wie der Altenversorgung und der Geburtshilfe. An den Platz

der Beobachtung, Beurteilung und Behandlung am einzelnen Kranken trat die randomisierte, kontrollierte Studie, mit der ein quantifizierender Vergleich der Wirksamkeit von Therapieverfahren an Patientengruppen möglich wurde. Der Patient soll sich, mit verlässlichen Informationen ausgestattet, auf Augenhöhe mit dem Arzt an der Entscheidung zwischen verschiedenen Interventionen beteiligen. Der neue Standard, das Handeln in der Medizin müsse sich an statistisch nachweisbarer Wirksamkeit messen, scheint Hebammen zu unterstützen. Denn er eröffnete die Möglichkeit, die Ergebnisse freiberufliche Geburtshilfe mit derjenigen von Klinikgeburten zu vergleichen. Zudem war diese «evidenzbasierte Medizin» (EBM) eine Voraussetzung dafür, die Hebammen in akademische Ausbildungsgänge zu integrieren. Ihr Status im Medizinsystem konnte somit gestärkt, ihr Anspruch auf eine von Medizinern unabhängige, eigenständige Wissenschaft der Geburtsbegleitung unterstrichen werden. Unter Hebammen gilt die EBM als Fortschritt, da nun auch sie auf Augenhöhe mit Medizinern Eingriffe, Massnahmen, Prozeduren an Schwangeren und Gebärenden mit Verweis auf Statistiken bestreiten können. Die Prinzipien einer solchen «evidenzbasierten Betreuung» bilden daher heute die Grundlage der Ausbildung in den meisten Studiengängen für Hebammen.

Dieser Machtgewinn der Hebammen gegenüber den Ärzten ist eine doppelte Falle; zum einen, weil er in einer Situation zustande kommt, da die Mediziner durch ökonomischen Druck und eine Verregelung ärztlichen Handelns gegenüber der Verwaltung grundlegend entmachteten wurden; zum anderen, und dies ist mein Thema, weil ich befürchte, dass die evidenzbasierte Medizin die Praxis von Hebammen in ihrer Grundlage bedroht. In der Vergangenheit haben schon öfter «Reformen» in der Geburtsmedizin die Arbeit von Hebammen bedroht: In der Nachkriegszeit schwand zunehmend der bis dahin selbstverständliche Kontrast zwischen einer «normalen» Geburt, deren Betreuung Hebammen vorbehalten war, und einer «Pathologie», um die sich Mediziner kümmern. In den 1970er Jahren kamen die Arbeit im hochgerüsteten Kreissaal, die invasiven Interventionen und die technische Überwachung mehrerer Gebärender gleichzeitig auf die Hebammen zu, welche keinen Raum

für die Kunst des Abwartens und Beobachtens unter der Geburt liessen. Dann wanderte das Risikokalkül in die Geburtsmedizin ein und überschattete alle Geburten mit der Vergegenwärtigung des schlimmsten möglichen Falles. Die gekonnte Nichtintervention geriet grundsätzlich unter den Verdacht der Fahr- oder Nachlässigkeit. Alle diese Fortschritte erschwerten die Bedingungen, in denen Hebammen ihr Können praktizieren konnten und verdichteten den Konflikt zwischen den medizinischen Modellen der Geburt und ihrem Verständnis der Sache. Diese Konflikte bedrohten die Hebammenkunst von aussen: Sie entwerteten Hebammen in ihrer Autorität, machten sie zu Handlangerinnen des Mediziners in der Klinik. Heute jedoch, mit der «evidenzbasierten Medizin», wird die Praxis der Hebammen von innen heraus bedroht, nämlich in ihrer Gewissheit über die Voraussetzungen ihres Tuns.

Weshalb hege ich diese Ahnung? Weil die evidenzbasierte Betreuung sich auf ein systematisches Misstrauen gegenüber jeglicher Instanz gründet, die darauf vertraut oder den Anspruch erhebt, etwas zu wissen und ausgehend davon angemessen, gut und richtig handeln zu können. Dieses Misstrauen gilt auch gegenüber der Praxis von Hebammen. Deshalb fürchte ich, dass die Geburtsarbeit, die aus der evidenzbasierten Geburtsmedizin sich ergeben soll, keine «neue Hebammenkunst» sein wird, sondern deren Ende wäre. In zwei Schritten möchte ich verständlich machen, wie ich zu diesem Schluss gekommen bin.

Zuerst werde ich begründen, wie ich dazu kam zu behaupten, dass die evidenzbasierte Betreuung auf einem systematischen Misstrauen gründet. Danach werde ich fragen, inwieweit das Verfahren der evidenzbasierten Betreuung das überformt, was zwischen der Gebärenden und der Hebamme «unter der Geburt» vorstättenging. Ich will dies an drei Fragen tun:

1. «Wer» oder «was» wird bei der evidenzbasierten Betreuung betreut? Wo zeitigt diese Betreuung ihre Wirksamkeit? Wie zeigt sich, ob diese Betreuung wirksam ist?
2. Wie verhält sich die statistische Regelmässigkeit von Ereignissen gegenüber der Zeitlichkeit von Diagnose und Prognose in der Hebammenkunst?
3. Wie verändert sich die Begegnung zwischen Gebärender und Hebamme im Rahmen der EBM?

Mit diesen Fragen möchte ich zu bedenken geben, dass die evidenzbasierte Betreuung Unmögliches voraussetzt, nämlich einen Vergleich zwischen zwei Standpunkten – den der Hebammenkunst und den der Statistik – die nicht miteinander verglichen werden können. Damit führt sie eine Form der Schizophrenie in das Tun von Hebammen ein, die noch in einer ganz anderen Weise die Möglichkeit untergräbt, an einer Hebammenkunst festzuhalten.



Inge Loos
Beirätin Hebamme.ch
Bern

Liebe Leserin, lieber Leser

Gesellschaftliche Bedingungen beeinflussten die Art, wie Frauen rund um die Geburt betreut werden schon immer. In den modernen Staaten hat sich die Wissenschaft im Laufe der Jahrhunderte unter anderem auch als Disziplin etabliert, um das Leben zu erleichtern und die Lebensbedingungen zu verbessern. Gerade in der Geburtshilfe ist das nicht immer gelungen, wie viele Geburtspraktiken zeigen, die für Mutter und Kind nicht hilfreich sind. Auch werden wissenschaftliche Ergebnisse dazu benutzt, Frauen zu verunsichern und ihnen das Vertrauen in die eigene Stärke zu nehmen. Diese Ergebnisse müssen kritisch hinterfragt werden. Dazu brauchen Hebammen Forschungskompetenzen – wer stellt denn sonst diese Aussagen in Frage?

Die Forschung von Hebammen, aber auch der Neurobiologie oder Psychoendokrinologie, hat belegt, dass Gebären ein natürlicher Vorgang ist, in den so wenig wie möglich und nur so viel wie nötig eingegriffen werden sollte. Hebammen wissen das aus Erfahrung, aber unsere Gesellschaft fordert für unser Handeln Belege. Wir können auf die Betreuungsbedürfnisse der Frauen und Familien aufmerksam machen und unsere Arbeit legitimieren. Der Forschungsbericht von Natascha Schütz ist ein Beispiel dafür, wie wir die Betreuung während und nach einer Frühgeburt verbessern können, damit die Eltern diese Zeit gut erleben. Irene Maffi, Anthropologin aus Lausanne, stellt in ihrem Artikel vor, wie sich der Blick auf die Frau, die Schwangerschaft, die Geburt und die Stillzeit im Laufe der Jahrhunderte verändert hat und welche Konsequenzen diese Veränderung für die Frauen hat.

Aber können wir an dem gesellschaftlichen Bild von Frauen etwas ändern? Können wir unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen, in denen es um kurzfristige wirtschaftliche Rentabilitätsprinzipien geht, unsere Arbeit wirklich verbessern? Bedürfnisorientierte Arbeit setzt für jede Frau eine Hebamme voraus. Barbara Duden geht in ihrem Artikel auf diesen so grundlegenden Aspekt unserer Arbeit ein. Wir müssen die Möglichkeit haben, Frauen zu beobachten, genau zu untersuchen und mit ihnen zu reden, damit wir sie adäquat betreuen können.

Herzlich, Inge Loos

Vom Misstrauen zur Geburtslogistik

Als Historikerin bin ich gewohnt, Geschriebenes als Dokument seiner Zeit zu lesen und zu interpretieren. Deshalb möchte ich zunächst an einem Dokument erläutern, wovon wir heute stehen. In ihrer Antrittsvorlesung hat die erste Professorin für Hebammenwissenschaft in Deutschland, Dr. Claudia Hellmers, ausführlich die Prinzipien des Denkens und Handelns evidenzbasierter Betreuung unter der Geburt dargelegt. Sie schildert die Geschichte zweier Hebammen, einer Schülerin und einer Lehrerin, um die methodische Umsetzung der evidenzbasierten Betreuung zu erläutern (Hellmers 2010). «Die Hebammschülerin Jutta K. ist in ihrem zweiten Ausbildungsjahr. Sie betreut im Dienst die Zweitgebährende Frau Müller, die sich in der 40. Schwangerschaftswoche befindet.» Bei ihrer ersten Geburt hatte Frau Müller einen Dammriss dritten Grades. Sie befindet sich in der späten Austreibungsperiode und die Schülerin beschliesst, warme Kompressen für den Damm anzuwenden. Die betreuende Hebamme «verlangt eine Erklärung für diese Entscheidung.» Jutta K. sagt, dass sie damit einen Dammschnitt vermeiden wolle und dass sie dieses Vorgehen in der Praxis schon häufig bei Kolleginnen hatte beobachten können. Die Hebamme

kritisiert, dass diese Frau ohnehin eine Episiotomie bekommen müsse, weil sie beim letzten Kind eben jenen Dammriss dritten Grades erlitten hatte und die Kompressen «zur Vermeidung einer Verletzung nicht beitragen würden. Das sei reine Kosmetik. Die Hebamme fragt sich (danach) im Stillen, ob das, was sie gerade gesagt hat, wirklich stimmt, oder die Kompressen vielleicht doch präventiv wirken könnten».

An dieser Stelle setzt Claudia Hellmers' evidenzbasiertes Vorgehen ein, das in fünf Schritten durchlaufen werden muss. Der Ausgangspunkt ist die Unsicherheit über eine bestimmte Handlung oder Entscheidung und diese Unsicherheit erfordert nun einen Lernprozess. Zunächst muss die Frage formuliert werden: «Kann durch den Einsatz von warmen Dammkompressen am Ende der Austreibungsperiode die Episiotomierate gesenkt beziehungsweise einer Dammverletzung vorgebeugt werden? Sind die Dammkompressen sinnvoll oder vielleicht sogar schädigend?» Der zweite Schritt ist die Suche nach Evidenz. Dabei müssen Erkenntnisse aus der Literatur oder Studien zum Thema konsultiert werden. Claudia Hellmers beschreibt, dass die beiden Hebammen dabei unter anderem eine randomisierte Studie finden, bei der die Wirkung warmer Dammkompressen untersucht wurde. In einem dritten Schritt überprüfen die Hebammen, ob die Literatur valide ist und ob sie bei der klinischen Arbeit wichtig ist.

Die Evidenz sagt: Erstens, im Vergleich zum routinemässigen Einsatz des Dammschnitts, gibt es beim geringen Einsatz von Episiotomien keine Unterschiede «im Hinblick auf schwerwiegende Verletzungen, allerdings ein erhöhtes Risiko zu anterioren Verletzungen». Das heisst, weniger Episiotomien bedeuten statistisch betrachtet nicht mehr Verletzungen des Damms. Zweitens: Bei einer Patientin mit DR3 ist eine Episiotomie nicht zwingend, weshalb Präventionsmassnahmen eingesetzt werden sollten. Ausserdem muss in die Entscheidung einbezogen werden, dass warme Kompressen in der späten Austreibungsperiode nicht dazu beitragen, dass weniger genäht werden muss, es treten jedoch seltener Dammrisse auf und die Frauen haben weniger Schmerzen nach der Geburt.

Der vierte Schritt evidenzbasierter Praxis verlangt, dass die Hebamme entscheidet, ob die Auskünfte der Literatur (externe Evidenz) auf den individuellen Fall anwendbar sind oder nicht. An dieser Stelle fliesst die Expertise der Hebamme (interne Evidenz) ebenso in den Prozess ein wie die Wünsche und Bedürfnisse der Frau. Die Hebamme und die Studierende könnten aufgrund der Kenntnis der externen Evidenz in einer nächsten ähnlichen Situation entscheiden, die Dammkompressen anzuwenden. Und sie könnten auch auf einen prophylaktischen Dammschnitt nach DR3 verzichten. Sie könnten sich aber auch gegen die Anwendung von Dammkompressen entscheiden, etwa weil die Frau nach der Information über deren Wirkung diese dennoch ablehnt oder weil es in der

«Nouvel art obstétrical»: le double piège

Barbara Duden est historienne, professeure émérite à l'Institut de Sociologie de Hanovre et bien connue des sages-femmes de langue allemande pour «Geschichte des Frauenkörpers» et pour «Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch». Après avoir retracé l'historique de l'apparition de l'EBM (Evidence Based Medicine), Barbara Duden constate que la pratique des sages-femmes subit des pressions internes menaçantes. Une méfiance systématique vis-à-vis de leur savoir-faire s'est en effet installée et une préoccupation trop centrée sur la logistique empêche un «nouvel art obstétrical» d'advenir.

Si les sages-femmes d'aujourd'hui ne dépassent pas certaines contradictions, elles seront très vite emprisonnées dans une grave situation schizo-phrénique. Elles le sont déjà en quelque sorte, comme le montre le cas de Mme M. décrit dans l'article. Ces contradictions se situent:

- entre la personne concrète (connue, entendue, examinée, observée, palpée même, par la sage-femme) et une population;
- entre un pronostic individuel et des caractéristiques statistiques, quantifiées et standardisées;
- entre la Nature («physis» en grec) et un corps statique.

entsprechenden Situation nicht durchführbar oder sinnvoll erscheint. Die Umsetzung in die Praxis verlangt die Kombination von individuellem Fallverstehen mit der externen Evidenz.

Zuletzt kommt die Evaluation. Die Hebamme und die Schülerin müssen ihren Alltag kritisch überprüfen. Falls etwa trotz der Kompressen wiederholt schwere Dammverletzungen bei Geburten auftreten, würden ihre klinischen Erfahrungen der externen Evidenz widersprechen. Dieser Widerspruch könnte dazu führen, sich in eine neue Recherche zu begeben. Sie könnten aber auch darüber nachdenken, ob nicht etwa die Temperatur bei den Kompressen verändert werden müsste oder der Zeitpunkt ihrer Applikation. Somit würde neue Forschung angestoßen.

Was ist das für ein Dokument? Die Geschichte von Jutta K. und ihrer Hebammenlehrerin beginnt mit einer Unsicherheit über die Wirksamkeit eines Tuns, das unter Kolleginnen üblich ist. Die evidenzbasierte Geburtsmedizin, jene neue Hebammenkunst, von der Claudia Hellmers spricht, setzt in dem Moment ein, da die Hebammen über die Richtigkeit ihres Tuns im Zweifel stehen. Sie sollen also recherchieren und finden dabei Statistiken über Korrelationen zwischen einem Handgriff (Dammkompressen) und seinen möglichen Folgen sowie seiner Wirksamkeit. Doch auch die Bedeutsamkeit dieser Statistiken, ihre Validität stehen in Frage, und die Hebammen müssen folglich diese Literatur bewerten. Wird sie positiv bewertet, sollen sie die Statistiken zusammen mit ihrer Praxiserfahrung und den «Wünschen» der Gebärenden gegeneinander abwägen, und so zu einer Entscheidung über den Einsatz des Dammschutzes als Prävention und Mittel zur Senkung der Epi-Rate kommen. Im Anschluss evaluieren die Hebammen die Wirksamkeit ihrer Entscheidung und korrigieren gegebenenfalls ihre Praxiserfahrung oder beziehen bisher nicht konsultierte Statistiken ein. Oder sie stossen weitere statistische Erforschungen der Anwendung von Dammkompressen nach DR3 an. Grundsätzlich steht bei der «neuen Hebammenkunst» die Orientierung des Tuns in Frage: Weder die Hebamme noch die Schülerin noch die Schwangere noch auch die Statistik bieten allein verlässliche Anhaltspunkte, sondern lediglich «Aussagen», die gleichwertig nebeneinander stehen und gegeneinander abgewogen werden müssen. Die «neue Hebammenkunst» ist eine Praxis, die sich nicht auf Dinge von Verlass gründet, nicht auf ein handlungsleitendes Wissen, sondern auf einen bestimmten Umgang mit einer grundsätzlichen Unwissenheit, auf einen Handlungszyklus und auf ununterbrochene Korrekturen. Bei der «neuen Hebammenkunst» handelt es sich um eine haltungslose, rein formale Praxis.

Vereinbarung des Unvereinbaren

Die evidenzbasierte Betreuung verlangt, dass Statistiken mit der Hebammenkunst verglichen werden. Die Unvergleichbarkeit dieser beiden Wissensformen möchte ich an drei Dimensionen sichtbar machen:

- dem Kontrast zwischen einzelner, konkreter Person und Bevölkerung
- dem Kontrast zwischen Prognose und einer Behandlung auf der Grundlage statistischer Daten
- dem Kontrast zwischen der Physis der Schwangeren und ihrem «Körper» in quantifizierbaren Studien.

Konkrete Person oder Bevölkerung

In der Hebammenkunst unterstützen, helfen, leiten die Hebammen eine Gebärende während der Geburt. Sie wissen etwas von Frau Müller, weil sie mit ihr gesprochen haben, weil sie sie untersucht haben, weil sie sie betastet haben, weil sie sich Geschichten erzählen liessen, weil sie einen Begriff ihrer Physis haben, weil sie wissen, wie das Kind steht... In der Geschichte von Claudia Hellmers, an der ich meine Überlegungen übe, wurde dieses Wissen aus einer Begegnung zwischen zwei Frauen mit einem ganz anderen «Gegenstand» verglichen. In der Statistik kommt Frau M., die Gebärende, nicht vor. Die Statistik berechnet Mittelwerte, Korrelationen, Standardabweichungen, die von Messwerten gebildet werden, welche einer Kohorte von Menschen, einer statistischen Grundgesamtheit, entnommen wurden. Es handelt sich um Daten, die typische Werte einer Population bilden: Charakteristika der durchschnittlichen Schwangeren mit 40 Jahren, der Frauen mit Dammriss, der Frauen, die das zweite Mal schwanger sind. Der Gegenstand der Statistik ist genau genommen eine Population. Es geht um Merkmale, welche diese klassifizieren und charakteristische Messwerte, etwa Wahrscheinlichkeiten über die Wirksamkeit eines Medikamentes auf diese Population. Wenn die Hebamme also in der evidenzbasierten Betreuung die Frage nach der Wirksamkeit einer Dammkompressen von zwei Seiten beantworten muss, der Seite der Gebärenden und der Seite der Statistik, so bekommen ihr Nachdenken und das Instrument, das in Frage steht, eine Doppelgesichtigkeit. Die Dammkompressen scheint nun zweierlei Gegenstände zu bearbeiten: Frau M. und die Population, der Frau M. aufgrund einiger Merkmale zugeordnet wurde. Die Hebamme verwandelt sich durch die evidenzbasierte Betreuung im Nachdenken und in der Verwendung der Dammkompressen in eine Koordinatorin zwischen der Wirksamkeit dieser Kompressen in Bezug auf das Wohlergehen von Frau M. einerseits und das Wohlergehen einer Population andererseits. Mit ihren Handgriffen und ihrem Nachdenken verbinden sich eine Form der Bevölkerungspolitik und eine Hebammenpraxis für Frau M. Aber wie sollen sich diese beiden Seiten verbinden lassen? Es ist im Grunde unmöglich. Wahrscheinlichkeiten der Statistik werden dadurch gewonnen, dass von den konkreten Personen abstrahiert wird. Sie lassen sich nicht auf Frau M. übertragen.

Prognose oder Statistik

In der Kunst der Hebamme geht es um die gute oder richtige oder glückliche Entbindung der Frau durch alle Stadien der Geburt. Selbst wenn der Schichtwechsel in einer Klinik es schwierig macht oder verhindert, so will ich doch vom Idealfall ausgehen, dass eine Hebamme eine Frau bei der Geburt unterstützt. Das Tun zwischen Hebamme und Frau findet in einer Form der Zwiesprache statt, die nicht nur durch das Sprechen passiert, sondern auch durch umsichtiges, genaues und gekanntes Beobachten in der Zeit, in der Frau M. auf den Zeitpunkt des Gebärens wartet, und in der Zeit des Geburtsverlaufes. Das Tun der Hebamme stützt sich auf die Geschichte von Frau M. während ihrer Schwangerschaft und während der Geburt und die Zeitlichkeit dieses Tuns zwischen zwei Frauen entspricht dem Fortgang dieser Geschichte. Die Hebamme handelt und stützt sich dabei auf Zeichen und eine Vorgeschichte bis zu einem bestimmten Moment. Sie handelt vorsorglich nachgängig, ausgehend von der konkreten, vorliegenden Situation und im Fluss der Geburtsarbeit zwischen dem Kind und Frau M., im Fluss der Wehen und der Phasen des Wartens, im Fluss des Wollens zwischen Frau M., ihrer Natur und dem Kind. Die Hebamme wirkt mit der Natur mit. Diese Kunst der Prognose und einer gekannten Diagnose, der kundigen Deutung und Beurteilung von Zeichen, ist heute bedroht.

Autorin



Prof. Dr. Barbara Duden ist Historikerin und emeritierte Professorin am Institut für Soziologie an der Universität Hannover. Sie ist einer breiten Öffentlichkeit unter anderem durch ihre Veröffentlichungen zur «Geschichte des Frauenkörpers» bekannt sowie durch ihr Buch «Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch», in dem sie auch Vorträge zu Hebammenfragen abdruckte.
b.duden@ish.uni-hannover.de

Die Statistik, welche die Hebamme in der Frage ihrer Handgriffe hinzuziehen und gegenüber ihrer Expertise abwägen soll, führt eine grundlegend andere Form von Zeitlichkeit in die Geburtsarbeit hinein, welche der Prognostik diametral entgegengesetzt ist. Die Statistik liefert die Wahrscheinlichkeit für die Wirkung eines einzelnen, isolierten Handgriffes auf eine Population. Die Statistik setzt voraus, dass der Fluss der Geschichte zwischen Frau M. und der Hebamme zergliedert wird, dass daraus Einzelereignisse isoliert werden. Ereignisse, die in der Statistik auch ohne jegliches Vorher von Bedeutung sind. Zugleich Ereignisse, deren Wahrscheinlichkeiten *nachträglich* bestimmt wurden, nicht an Frau M., sondern an Hunderten von Menschen, die bezüglich definierter Merkmale so sind wie Frau M. Die Antwort der Statistik auf die Lage von Frau M. gründet nicht in der Vorgeschichte und den Besonderheiten von Frau M., sondern auf Projektionen ihrer Lage auf die Zukunft. Sie antwortet nicht von dem ausgehend, was war, sondern von dem ausgehend, was mit einer kalkulierten Wahrscheinlichkeit zukünftig sein könnte, unter der Annahme, dass nicht Frau M. behandelt wird, sondern ein Experiment an einer Population vollzogen wird.

Damit unterteilt die Statistik die Hebammenpraxis in isolierbare Einzelhandlungen. Sie führt dazu, die Geburtsarbeit stets ausgehend von einer ungewissen Zukunft zu denken und nicht ausgehend von der konkreten Situation von Frau M. und dem, was geschehen ist, bis sie dorthin gelangt ist. Das Tun der Hebammen wird zu einem Satz von Einzelhandlungen, zu einer Kette von evaluierbaren Handgriffen. Es wird ausgehend von einer fiktiven Zukunft gedacht und nicht ausgehend von dem, was gerade geschieht. Damit untergräbt die Statistik die Begründung des Tuns der Hebamme in der Beobachtung, in der Bekanntschaft zwischen ihr und Frau M., in der Kenntnis der Geschichte von Frau M., die durch Hände, Blicke und durch das Ohr der Hebamme hindurchgegangen ist. In der zerstückelten Zeitlichkeit der Statistik bedeutet die Grundlage der Kunst der Hebamme nichts.

Physis oder statistischer Körper

Noch eine andere Seite dieser unvereinbaren Zeitlichkeiten, dieser unvergleichbaren und einander ausschließenden Zeitlichkeiten in der Hebammenkunst und der Statistik ist, ob und wie die Physis der Gebärenden wahrgenommen wird. In der Kunst der Hebamme ist die Physis von Frau M. proportional zu dem, was besprochen werden kann: die kalten Füße, als dieses geschah, und danach geschah jenes und die Hautfarbe veränderte sich ein wenig und so weiter. Ihre Physis ist aber auch jene Gabe des Blickens und des Tastens, welche sich die Hebamme in den Jahren ihrer Praxis und durch wiederholte Übung angeeignet hat, eine Kartografie der Zeichen, die zu bedenken bedeutsam sind. In der Statistik wird nur das erfasst, was quantifizierbar oder zergliederbar ist, was aus jedem Zusammenhang herausgenommen wurde. Frau M's erste Geburt, die mit ihrer Geschichte der zweiten Geburt verbunden ist, taucht in der Statistik lediglich als Merkmal auf. Ansonsten erscheint Frau M. als Damm beziehungsweise als möglicher Dammriss. Der Körper der Statistik ist ein Kompositum aus Teilen, Frau M. selbst

wird hier zu einem Kompositum aus Teilen, die für einen Geburtsprozess von Bedeutung sind. Die Statistik impliziert einen funktionalen Gesichtspunkt und die Handgriffe der Hebamme geraten dabei zu einer funktions-sichernden Tätigkeit.

An zwei Ebenen der evidenzbasierten Betreuung lässt sich darüber nachdenken, ob und wie diese droht, die Voraussetzungen der Praxis von Hebammen zu zerstören. Sie stellt das Wissen der Hebammen unter einen systematischen Verdacht. Das Wissen, das die Hebamme in ihren Händen, in ihren Ohren und Augen, durch ihre geübten und beständig verfeinerten Beobachtungen und die Gespräche mit Frau M. hat, darf nicht die Grundlage sein, von der her die Frage nach der Richtigkeit und Gutheit ihres Tuns gestellt werden kann. Mit der Kritik an Autoritäten wird nun auch die Autorität der Hebammen unterlaufen, ihr Anspruch darauf, ein handlungsleitendes Wissen zu haben. Stattdessen soll sie ihre Kunst auf der Grundlage von Statistiken in Zweifel ziehen und zugleich auch die Statistiken auf der Grundlage ihrer Expertise in Frage stellen. Den Verlauf der Geburt und eventuelle Eingriffe soll sie vorweg mit der Schwangeren in allen denkbaren Möglichkeiten durchsprechen, um sie auf der Basis dieser Evidenz an einer Entscheidung über fiktionale Zukünfte zu beteiligen. Der Vergleich zwischen Wissen und Statistik bringt die Hebammen in eine schizophrene Situation, in der ihr Tun sich simultan auf zwei Ebenen ausrichten soll, deren Gesichtspunkte einander ausschließen: Frau M. und die Bevölkerung. Ich frage mich, wie es gehen soll, dass sie diese beiden Standpunkte vergleicht oder gar in ihrer Praxis vereint.

Eine andere Wissenschaft

Es scheint mir nötig, dass Hebammen erneut und entschieden auf die Autorität ihres Könnens pochen: die Kunst der Beobachtung, der begründeten Diagnose, des umsichtigen und sicheren Urteilens – im Wissen um die besondere Zeitlichkeit, den nichtlinearen Zeitfluss jeder einzelnen Geburt, die Eigenarten der Physis jeder Gebärenden und das Können, eine vorliegende Pathologie, also eine wirkliche Gefahr in der physiologischen Geburt zu erkennen und ihr gekonnt zu begegnen. So kann die Trivialisierung der Hebammenkunst auf den Platzhalter einer «internen Evidenz» vermieden werden. Es ist verfehlt zu hoffen, die Hebammenkunst würde mit dieser Professionalisierung nun endlich zu einer Wissenschaft. Sie war schon immer eine Wissenschaft, jedoch in einer anderen Tradition des Wissens als die der beiden technischen Wissenschaften – «technisch» im zeitgenössischen Verständnis – in die sie nun gestellt wird: der Informatik, unter deren Hauptaufgaben die Logistik von Operationen zur Erreichung eines eindeutigen Zieles fällt, also die zweckmäßige Verregelung von Handeln als eine zeitliche Abfolge von Verhaltensoptionen unter definierbaren Bedingungen, und der Ingenieurwissenschaften, unter deren Gesichtspunkt Handeln als instrumentelles Verhältnis standardisiert, zergliedert und unter statistisch

messbaren Effektivitäts- und Effizienzkriterien zusammengesetzt wird. In ihrem Kern ist die Hebammengeburtshilfe eine empirische Wissenschaft – Beobachtungskunst, Handwerk, Urteilsvermögen – in der Handeln, Blicken, Tasten, die sinnliche Auffassungsgabe streng mit der verstandesmäßigen Erkenntnis des Vorliegenden verbunden waren (Kosfeld 2006).

Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag zur Berner Hebammenfortbildung vom 8. 11. 2011.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hebammenzeitschrift. Erschienen in: Deutsche Hebammenzeitschrift, Fachmagazin für Hebammen 9/2012, S. 34–38
www.staudeverlag.de

Literatur

Arney W. R.: Power and the Profession of Obstetrics. Chicago (1982) **Duden B.:** Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im Laufe der Nachkriegszeit. In: Schlumbohm, J. et al. (Hrsg.): Rituale der Geburt. München. 149–168 (1998) **Hellmers C.:** Wach sein und zweifeln können. In: Deutsche Hebammenzeitschrift. 12: 6–9 (2010) **Kosfeld B.:** Wissend handeln. In: Deutsche Hebammenzeitschrift. 12: 20–24 (2006) **Oakley A.:** The Captured Womb. A History of Medical Care of Pregnant Women. Oxford (1984) **Tew M.:** Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt/Main (2007, orig.1990).