

# Geburtsplan – the good, the bad and the helpful

*Schriftliche Geburtspläne wurden Ende der 1970er Jahre eingeführt. Eltern wollten damit eine aktivere und selbstbestimmtere Rolle im Geburtsprozess einnehmen. Heute erleben sie ein kleines Revival, werden im geburtshilflichen Setting aber auch oft mit Argwohn betrachtet.*

*Josy Kühberger über die Licht- und Schattenseiten von Geburtsplänen.*

Jetzt beginne ich zum dritten Mal diesen Text über Geburtspläne. Der erste Entwurf war ein feuriges Plädoyer für das Erstellen eines Geburtsplans. Es ging darin um Selbstbestimmung, Empowerment und das Recht der Frauen, ihre eigenen Entscheidungen über alle Vorgänge in und um ihren Körper und rund um Schwangerschaft und Geburt zu treffen.

Je mehr ich darüber nachdachte, desto unglücklicher war ich mit dem Geschriebenen. Geburtsplan... Allein das Wort ist schon unpassend. Kann man Geburt planen? Wohl kaum. Man kann versuchen, sich alle Szenarien durchzudenken, mögliche Vorgehensweisen festzulegen. Das Krankenhaus entwirft auch seinen Geburtsplan in Form von Richt- und Leitlinien, und letztendlich nimmt das Leben seinen Lauf und überrascht uns oft alle.

Ist ein verschriftlichter Geburtsplan vielleicht der ängstliche Versuch, etwas zu kontrollieren, das man nicht kontrollieren kann? Lenkt er die Frauen davon ab, in sich selbst und in ihre Fähigkeit zu gebären Vertrauen zu haben? Tun sie sich etwas Gutes, wenn sie sich intensiv damit beschäftigen, die antizipierten Handlungen von anderen abzuwehren?

Mein zweiter Entwurf war daher ein Nachsinnen über die natürliche Angst vor dem Unbekannten, die Unvorhersagbarkeit von Geburt, die Schwierigkeit und ebenso die Notwendigkeit sich darauf einzulassen. Offen zu bleiben für die Erfordernisse des Moments, einen Rahmen zu finden, in dem Kontrolle abgegeben werden kann. Hingabe und Vertrauen in das Geschehen, Vertrauen in die Menschen, die einen bei dieser Erfahrung begleiten werden, zu finden.



██████████, am ██████████

Liebe Hebamme!

Ich habe überlegt einen Geburtsplan zu schreiben, aber weil meine Liste nur kurz ist, schreibe ich lieber einen Brief. Nur für den Fall, dass ich dann so aufgeregt bin und alles vergesse 😊.

1. Ich habe große Angst wieder einen Dammschnitt zu bekommen. Bitte sagen Sie mir bei der Geburt genau, wenn ich irgendetwas tun kann, um einen Schnitt zu vermeiden! Wenn wieder ein Dammschnitt notwendig ist, sagen Sie mir das bitte bevor Sie schneiden.

2. Mein Sohn war nach der Geburt ganz blau und ich habe mich die ganze Zeit gefragt, warum niemand etwas sagt oder tut. Jetzt weiß ich, dass das normal sein kann. Aber bitte sagen Sie mir nach der Geburt gleich, ob es meinem Baby gut geht.

Das ist schon alles.

Danke, dass Sie uns bei der Geburt unserer Tochter helfen!

Herzlichst, ██████████ ██████████

## Ein Blick zurück

Beim dritten Versuch stand folgendes im Vordergrund: Frauen haben die Zeit rund um die Geburt ihrer Kinder schon immer geplant: Wer würde bei ihnen sein? Wo würde die Geburt stattfinden? Wie würden sie die Zeit während der Wehen verbringen? Manche Geburtspraktiken und Rituale ähneln sich auf der ganzen Welt (z.B. aufrechte Gebärhaltung, Unterstützung durch andere Frauen), manche sind einzigartig. Aber innerhalb der Traditionen ihres kulturellen Kontextes konnten Frauen überall unter verschiedenen Möglichkeiten wählen. Aufschreiben mussten sie ihre Wünsche dazu nicht.

Der verschriftlichte Geburtsplan ist ein Kind der späten 1970er Jahre. Zur Blütezeit der techno-medikalisierten Geburt entstand er als Versuch der Frauen, wieder eine aktivere, selbstbestimmtere Rolle einzunehmen. Die Forderungen in den alten "birth plans" spiegeln die Gegebenheiten der Zeit wieder, zu der sie entstanden. Sie thematisieren oft (die Ablehnung von) Maßnahmen wie Rasur, Einlauf, routinemäßigen Dammschnitt oder die völlige Einschränkung von Bewegungsfreiheit, Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme unter der Geburt – Interventionen, von denen Einsatz alle Frauen zu 100 Prozent betroffen waren. Sie lesen sich als Auflehnung gegen ein patriarchales geburtshilfliches System und als Versuch, wieder Autonomie über den eigenen Körper zu erlangen.

Internationale Kritik am medikalisierten Umgang mit Geburt führte in den 1980er Jahren dazu, dass die WHO schriftliche Geburtspläne in ihre noch immer gültige Top-Kategorie der

Empfehlungen für eine sichere Schwangerschaft aufnahm. Jede Frau soll demnach einen Plan für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie für die Vorgehensweise bei unerwarteten Ereignissen erstellen, der idealerweise bei jeder Schwangerschaftskontrolle, aber spätestens einen Monat vor dem erwarteten Geburtstermin mit einer Fachperson besprochen wird. In Ländern mit geringen Ressourcen soll der Schwerpunkt dabei besonders auf der Gewährleistung einer sicheren Niederkunft mit geeigneter Geburtshelferin und der Vorbereitung auf mögliche Notfälle liegen (Identifikation der nächstgelegenen Gesundheitseinrichtung, Transportmöglichkeit, Rücklage von Geld für anfallende Kosten im Notfall, Bereithaltung eines potentiellen Blutspenders). In Ländern mit größeren Ressourcen soll der inhaltliche Fokus auf psychisches und körperliches Wohlbefinden gerichtet sein (vgl. WHO 2002).

## Geburtspläne in der industrialisierten Welt

Ausgehend von den USA verbreitete sich der Geburtsplan ab den 1980er Jahren rasch und nahm in verschiedenen Ländern unterschiedliche Formen an. Die Inhalte haben sich über die Jahrzehnte verschoben. Sie beschäftigen sich zur Zeit meist mit Schmerz-Management, Unterstützungsmöglichkeiten, Wünschen zur Nachgeburts- und Bondingphase, der Atmosphäre im Kreißzimmer ("privacy") und geburtshilflichen Präferenzen (Aragon 2013). Erhalten hat sich der Wunsch, die Entscheidungsgewalt zu bewahren, nach Respekt und Wahrnehmen der individuellen Bedürfnisse.

Aus Sicht der Frauen ist es naheliegend, einen Geburtsplan zu erstellen. Sie müssen sich darauf einstellen, in einer ohnehin schon ungewissen Situation mit ihnen unbekanntem Menschen mit verschiedensten Haltungen, mit Dienstwechsellern und geschäftigen Geburtshilfestationen zurechtzukommen zu müssen. Der Geburtsplan kann daher als Versuch angesehen werden, sich vor Übermächtigkeit zu schützen, aber auch als „vertexteter Beziehungsantrag“.

Frauen können heute entweder einen individuellen Geburtsplan erstellen oder auf vorgefertigte Pläne aus dem Internet zurückgreifen. In Großbritannien beispielsweise gehören „birth plans“, verschriftliche „birth preferences“ oder der „letter to my midwife“ vielerorts zur Standard-Geburtsvorbereitung. Krankenhäuser stellen Formulare bereit, auf denen Frauen ihre Präferenzen nur noch ankreuzen müssen. Auf der Seite des britischen Gesundheitsdienstes NHS findet sich eine Online-Vorlage, den die Frauen vorab ausfüllen und zur Geburt mitbringen können. Er ist sehr umfangreich und dient wohl zu einem guten Teil der detaillierten Informationsvermittlung darüber, mit welchen Fragen die Frauen unter der Geburt konfrontiert werden könnten und welche Möglichkeiten sich ihnen an ihrem gewählten Geburtsort eröffnen. Die Rubriken reichen von medizinischen Entscheidungen/Wahlmöglichkeiten (intermittierende Auskultation oder Dauer-CTG, aktive Leitung der Plazentarperiode oder zuwartendes Management), über die Frage welche Begleitpersonen bei der Geburt anwesend sein sollen (differenziert in normale Geburt, Vag. operative Geburt und Sectio) bis zu Überlegungen darüber, welche Hilfsmöglichkeiten sie in Anspruch nehmen wollen (Matte, Ball, Entspannungsbad...). Es ist interessant zu lesen, auch weil manche Fragen fast skurril erscheinen („Möchten Sie sich unter der Geburt frei bewegen? Ankreuzmöglichkeiten: ja/ nein/ ich weiß es noch nicht“).

Man fragt sich unwillkürlich, ob britische Frauen wirklich mehr Entscheidungsmacht haben oder ob vorgefertigte Fragebögen Autonomie nur vorgaukeln. Manche Entscheidungen, die an die Frauen weitergeleitet werden (z.B. aktives oder zuwartendes Management in der Plazentarperiode), verlangen im Grunde eine sehr umfassende Auseinandersetzung mit geburtshilflichen Fragestellungen – sollte das nicht eher Aufgabe des medizinischen Fachpersonals sein? Institutionalisierte Fragebögen sind zudem manchmal so formuliert, dass sie zwar den Eindruck erwecken, aus mehreren Alternativen wählen zu können. Entscheidungswege werden darin aber auch gelenkt oder „unbequeme“ Optionen von vornherein ausgeschlossen.

### Studienlage

Da Geburtspläne sehr unterschiedliche Formen annehmen können (persönlich, vorgefertigt aus dem Internet oder institutionalisiert, allein verfasst oder im Austausch mit medizinischem Fachpersonal, knapp oder umfangreich) ist es schwer herauszufinden, ob sich die Verwendung in besseren geburtshilflichen Ergebnissen und mehr Zufriedenheit bei den Frauen niederschlägt.



Mag. Anita Frauwallner | Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Probiotische Medizin

Unser Darm ist nicht nur Sitz unserer Verdauung, sondern auch das Zentrum unseres Immunsystems. Damit der Darm des neugeborenen Babys ab dem ersten Lebenstag reibungslos funktioniert, ist eine optimale Erstbesiedelung mit einer Vielzahl unterschiedlicher Bakterienstämme notwendig.

Durch die natürliche Geburt wird die Bakterienflora der Mutter auf das Baby übertragen. Bei einer Sectio fehlt diese natürliche Erstbesiedelung mit nützlichen Keimen jedoch, und im Darm des Babys siedeln sich mehr pathogene Keime als nützliche probiotische Bakterien an. Doch auch eine unausgeglichene Darmflora der Mutter und in Folge ein unausgeglichenes Immunsystem kann bei der Geburt auf das Baby übertragen werden – das ist besonders problematisch, wenn allergische Erkrankungen familiär gehäuft vorkommen. Kindliche Allergien und 3-Monats-Koliken sind dann vorprogrammiert!

Vor 10 Jahren wurde OMNi-BiOTiC® PANDA\* entwickelt: Die Gabe dieser 3 speziell aufeinander abgestimmten Bakterienstämme bei allergiegefährdeten Babys zeigte in großen klinischen Studien bereits nach 3 Monaten signifikante Ergebnisse: Das Ungleichgewicht der Immunzellen (TH1 und TH2) konnte bei 80% der Kinder wieder ausgeglichen werden! Die Einnahme von OMNi-BiOTiC® PANDA wird ab dem 8. Schwangerschaftsmonat und ab dem 1. Lebensstag des Kindes im gesamten ersten Lebensjahr empfohlen.

An der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Feldbach-Fürstenfeld wurde eine Anwendungsbeobachtung durchgeführt, um zusätzlich zu den bekannten Fakten die Auswirkungen der Gabe von OMNi-BiOTiC® PANDA auch auf Obstipation und Blähungen während der Schwangerschaft und auf 3-Monats-Koliken bei Babys zu untersuchen. Die Arbeit wurde 2015 in Gyn-Aktiv publiziert und kann von medizinischen Fachkräften jederzeit unter [literatur@allergosan.at](mailto:literatur@allergosan.at) angefordert werden.



## DER beste Beginn für Mutter und Kind

**OMNi-BiOTiC® PANDA:**  
Das wissenschaftlich geprüfte Synbiotikum während Schwangerschaft und Stillzeit.  
Bei immunologischer Dysbalance und allergischer Disposition.



Institut  
**AllergoSan**

Institut Allergosan Pharmazeutische Produkte Forschungs- und Vertriebs GmbH  
Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät)

[www.omni-biotic.com](http://www.omni-biotic.com)



Zum nächstmöglichen  
Zeitpunkt möchten wir  
unser Team der Prä-  
natalstation vergrößern:



## Hebammen / Entbindungspfleger

Das Team der Pränatalstation betreut stationäre Risikoschwangere und unterstützt den Kreißsaal bei der Geburtseinleitung.

- aufgeschlossenes Team
- abwechslungsreiche Geburtshilfe
- partnerschaftlicher Umgang zwischen Ärzten und Hebammen/Entbindungspflegern
- professionelle und familiäre Arbeitsatmosphäre
- selbständiges Arbeiten mit viel Raum für eigene Ideen
- Dreier-Schichtsystem
- unbefristeter Arbeitsvertrag, Bezahlung nach den AVR
- Rotationsmöglichkeit mit dem Kreißsaal
- Perinatalzentrum Level I
- 2.300 Geburten im Jahr 2016
- umfangreiche Fort- und Weiterbildungsangebote
- Einbeziehung alternativer Methoden wie z.B. Akupunktur und Kinesio-Taping
- gutes Miteinander der einzelnen Stationen
- Spaß bei der Arbeit

Wir suchen Voll- und Teilzeitkräfte und hoffen, dass Sie mit Spaß und Freude und ihrer Persönlichkeit unser Team bereichern.

Gern können Sie Ihre Bewerbung per Mail (PDF) oder in Papierform an folgende Adresse senden:

**St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH**  
Michael Meisterhans, Pflegedienstleiter  
Feldbergstraße 15  
79539 Lörrach

E-Mail: [m.meisterhans@elikh.de](mailto:m.meisterhans@elikh.de)  
Telefon: 0049 7621 / 171-5500

Oder Sie melden sich direkt bei unserer Teamleiterin  
Jutta Auer zum Reinschnuppern unter:

E-Mail: [j.auer@elikh.de](mailto:j.auer@elikh.de)  
Telefon: 0049 7621 / 171-4225



Feldbergstraße 15  
79539 Lörrach / Deutschland  
Tel. 0049 7621 171-0  
Fax 0049 7621 171-5199  
[www.elikh.de](http://www.elikh.de)

Einige Studien vermuten eine Senkung der Sectiorate und Erhöhung der PDA-Rate (vgl. Hadar 2012), andere eine höhere Rate an operativen Eingriffen (Jones 1998), während wieder andere keinen signifikanten Unterschied feststellen können. Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen Geburtsplan und einem verbesserten neonatalen Outcome (Lundgren 2003).

Afshar et al (2017) erkennen in ihrer aktuellen Untersuchung keinen Unterschied in der Sectiorate. Dafür wurden bei Frauen mit Geburtsplan deutlich weniger Eingriffe vorgenommen (weniger Synto, Amniotomien oder PDAs). Gebärende mit Geburtsplan waren allerdings in dieser Studie im Nachhinein weniger zufrieden mit ihrer Geburtserfahrung als die Frauen ohne Geburtsplan. Das steht in Kontrast zu den Befragungen von Whitford (1998) oder Aragon (2013), in denen Frauen mit verschriftlichten Geburts-Präferenzen eine im Vergleich positivere Geburtserfahrung beschrieben. Die unterschiedlichen Erfahrungen der Frauen sind laut den AutorInnen darauf zurückzuführen, ob sie das geburtshilfliche Personal als entgegenkommend oder ablehnend ihren Wünsche gegenüber erlebten (Brown 1998, Whitford 1998). Mei et al (2016) finden in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Punkte eines Geburtsplans und der Zufriedenheit. Zum Einen waren die Frauen umso zufriedener, je mehr Punkte ihrer Liste sich erfüllten. Andererseits sank die Zufriedenheit, je umfangreicher die Liste selbst war. Aus Sicht der Frauen war das Erstellen des Geburtsplans jedenfalls umso befriedigender, je mehr Unterstützung und Informationen sie dabei von ihren Betreuungspersonen erhielten – unabhängig davon, wie viele ihrer Wünsche sich letztendlich erfüllten (Aragon 2013). So betrachtet diene es ihnen in erster Linie als Kommunikations- und Informationshilfe.

### The Good

Bei uns hat sich der Gebrauch von Geburtsplänen nicht so etabliert wie in anderen Ländern. In letzter Zeit scheint das Interesse daran aber wieder zu wachsen. Wie könnte das Erstellen eines Geburtsplans idealerweise verlaufen?

“A birth plan is an approach to labor, rather than a term for a specific outcome“, meint Marsden Wagner (2006).

Für die meisten Frauen in unserer Kultur liegen die Vorgänge rund um Schwangerschaft, Gebären und Wochenbett bis zu ihrem ersten Kind außerhalb ihrer Erfahrungswelt. Der Geburtsplan ist idealerweise ein Informationsermittlungs- und Kommunikationswerkzeug. Er kann als Reflexionsmedium genutzt werden, das in weiterer Folge den Beziehungsaufbau mit den Geburtsbegleitern unterstützt. Das Erstellen ist ein Prozess, der nicht mit dem Auswählen von „Optionen“ und “Do’s and Don’ts“ beginnen sollte, sondern mit dem Kennenlernen der Abläufe und Herausforderungen bei normaler Geburt, sowie der Strategien, die es Frauen erleichtern, diese Situation zu meistern. Das Nachforschen darüber braucht Zeit. Die Eltern müssen herausfinden, welche Glaubenssätze rund um Geburt für sie Bedeutung haben, welche Art der Unterstützung für sie wichtig und hilfreich sein

Geburtsplan: [REDACTED]

Ich möchte bitte **vor** allen Maßnahmen gefragt werden, ob ich diesen zustimme. Sollte ich nicht in der Lage dazu sein, entscheidet [REDACTED]



Bitte Ruhe, gedimmte Lichter und keine Hektik in meiner Umgebung.

## 1. Phase



Keinen automatischen venösen Zugang



Kein durchgängiges CTG



Nur unbedingt nötige Muttermundkontrollen



Keine Schmerzmittel, außer ich frage danach. Bitte keine Medikamente anbieten.



Freie Bewegung



Essen und Trinken nach Bedarf

## 2. Phase



Bevorzugt **Wassergeburt**, ansonsten freie Geburtsposition



Keinen Dammschnitt, ich nehme einen Dammriss in Kauf



kein angeleitetes Pressen



Ich möchte nach Möglichkeit das Baby aufnehmen und das Geschlecht feststellen

## 3. Phase



Direkter Hautkontakt nach der Geburt, Stillen



Nabelschnur bitte komplett auspulsieren lassen



Natürliche Geburt der Plazenta = keine Medikamente!



Zeit für Bonding, nur absolut notwendige Untersuchungen auf meiner Brust

## Nach der Geburt



(und Medikamentengabe)  
Alle Checks von Baby nach Absprache mit uns und in unserem Raum



Stillen, Zufüttern nur nach Absprache!



Bitte keinen Schnuller



Bevorzugt ambulante Geburt, Familienzimmer (wenn möglich)

könnte. Sie werden Informationen darüber einholen müssen, welche Möglichkeiten und Einschränkungen die verschiedenen Geburtsorte bieten, welche Routinemaßnahmen in den einzelnen Settings bei normalen Verläufen sowie bei Variationen/Komplikationen üblich sind. Sie sollten verstehen, welche Beweggründe die Grundlage für einzelne Maßnahmen bilden.

Idealerweise eröffnet und ebnet die Vorbereitung eines Geburtsplans für die Frau den Dialog mit den Menschen, die sie bei ihrer Geburt begleiten werden und mündet in einen gemeinsam erstellten Betreuungsplan. Dieser Weg fördert eine symmetrische Beziehung, unterstützt den Aufbau einer tragfähigen Beziehung und bildet die Basis einer hebammen-spezifischen Betreuung.

Das eigentliche Niederschreiben kann dann den Abschluss dieses Prozesses bilden. Dann hält man ein Dokument in Händen, das die persönlichen Präferenzen der Eltern beschreibt, sowohl Platz für „kleine“ Herzenswünsche hat (z.B. das Geschlecht des Kindes selbst herauszufinden), aber auch unverzichtbare Informationen für die Betreuung beinhaltet (z.B. potentielle Trigger-Wörter/Situationen bei Frauen mit Missbrauchserfahrung).

## The Bad

In Kontrast zu der Idealvorstellung eines gemeinsam erstellten Geburts-/Betreuungsplans stehen die Beispiele missglückter Kommunikation, die auf Seiten aller Beteiligten zu Frustration führen können.

Im Gespräch mit Kolleginnen kristallisieren sich immer wieder ähnliche Herausforderungen heraus: So werden manchmal bei Eintritt in den Kreißaal so ausführliche und detailreiche Schriftstücke übergeben, dass auch der bemühtesten Hebamme schlicht die Zeit fehlt, alles zu lesen.

Geburtspläne basieren manchmal auf falschen oder veralteten Informationen aus dem Internet. Dann werden Maßnahmen vehement abgelehnt, die bei uns schon lange nicht mehr routinemäßig angewendet werden (z.B. Einlauf, Rasur), wodurch die Pläne den Anschein von Uninformiertheit erwecken.

Umgekehrt werden Dinge gefordert, die ohnehin zu unserer täglichen Praxis gehören (z.B. freie Wahl der Gebärlage, Episiotomie nur wenn notwendig, Auspulsieren der Nabelschnur...). Hebammen fühlen sich dadurch manchmal vor den Kopf gestoßen und interpretieren diese Wünsche als



Misstrauen ihnen und ihrer Arbeitsweise gegenüber. Das ist verständlich, nur: kann man es den Frauen verdenken? Auch wenn uns viele Forderungen als Selbstverständlichkeiten erscheinen, geben die Zahlen ein anderes Bild der Realität wieder. Im Jahr 2015 fanden 87% der Geburten liegend im Kreißbett statt, die Episiotomie-Rate schwankte in den einzelnen Abteilungen zwischen 5% und 31% (Geburtenregister Österreich). Hier sind wir alle aufgerufen, uns immer weiter zu verbessern und gute Ergebnisse auch zu kommunizieren.

Manchmal beinhalten Geburtspläne Bedürfnisse, die zwar verständlich sind, die aber außerhalb der Möglichkeiten des Routinebetriebs liegen (z.B. eine Eins-zu-Eins-Betreuung, die aufgrund des Personalschlüssels nicht möglich ist). Oder es werden Wünsche ausgesprochen, die nicht im Einflussbereich der betreuenden Hebamme liegen, weil sie sich nicht mit den im Haus gültigen Leitlinien decken (z.B. PDA bei Wassergeburt, intermittierende statt kontinuierliche Auskultation). Hebammen fühlen sich dadurch unter Druck gesetzt, entweder die Erwartungen der sich ihnen anvertrauenden Frauen zu erfüllen oder den Ansprüchen ihres Arbeitsplatzes/Arbeitgebers nachzukommen.

All das kann dazu führen, dass Geburtspläne mit besorgtem Stirnrunzeln entgegengenommen, insgeheim belächelt oder in stiller Opposition beiseite gelegt werden. Frauen wie-

derum spüren das sehr genau, und unglücklicherweise sind genau diese Reaktionen für sie die Bestätigung dafür, dass das Schreiben des Geburtsplans notwendig war.

Auch wenn die Geburtspläne auf wohlwollende Unterstützung treffen, können sie zu unerwarteten Nebenwirkungen in Form von Enttäuschung und Versagens-Gefühlen bei den Frauen führen. Starre „Bestell-Listen“ setzen nicht nur die Hebamme unter Druck, sondern in erster Linie natürlich die Gebärende selbst. Geburtspläne schließen manchmal flexible Entscheidungen aus. Sie können es den Frauen auch erschweren, sich auf die örtlichen Gegebenheiten einzulassen, wenn sie bei Geburtsbeginn feststellen müssen, dass sie unrealistische Vorstellungen über ihre Möglichkeiten am geplanten Geburtsort hatten.

### The Helpful

Was kann man also einer Frau raten, die gerne einen Geburtsplan schreiben möchte und nicht die Möglichkeit einer Eins-zu-Eins Betreuung durch Schwangerschaft und Geburt hat?

Auch hier gilt: Die Vorbereitung der Geburtspräferenzen ist ein Prozess der Selbstreflexion und der Informationsbeschaffung. Der Geburtsplan wird idealerweise immer vor Wehenbeginn besprochen. Gelegenheit zum Stellen der Frage „Ist es möglich, dass...?“ ergibt sich im Geburtsvorbereitungskurs, mit der Vorsorge-Hebamme, bei der Kreißsaalführung oder bei den Schwangerschafts-Kontrollterminen im Wunsch-Krankenhaus. Hier ist noch genug Zeit, zum Besprechen, Erklären, nötigenfalls auch zum Verhandeln mit den leitenden ÄrztInnen. Sollte sich herausstellen, dass sich die Geburtspräferenzen der Eltern und der Geburtsplan der Klinik gar nicht in Einklang bringen lassen, bleibt den Paaren noch genug Zeit sich neu zu orientieren.

Der verschriftlichte Plan sollte die Präferenzen der Frauen im Umgang mit verschiedenen Situationen zusammenfassen, ohne dabei die Qualität der Betreuung einzuschränken. Idealerweise ist er übersichtlich gestaltet, nicht länger als eine DinA4-Seite und beinhaltet nur die Punkte, die den Eltern wirklich wichtig sind. Einfache, klare und freundliche Formulierungen erleichtern das Lesen und Annehmen sehr. Je persönlicher der Text ist, umso hilfreicher.

Viele Hebammen ziehen es vor, wenn Gebärende ihre Wünsche im persönlichen Gespräch übermitteln. Wenn die Frauen aber lieber einen Geburtsplan übergeben wollen, dann ist der günstigste Moment nicht bei der Kreißsaaltür, sondern nach dem Aufnahme-prozedere und dem ersten Kennenlernen.

### Perfekte Geburtshilfe-Welt

In einer perfekten Geburtshilfe-Welt würden wir keine verschriftlichten Geburtspläne brauchen. Ich wünschte, unser Gesundheitssystem wäre schon so gut, dass jede Frau eine kontinuierliche Eins-zu-Eins Betreuung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett haben könnte. Bei Wehenbeginn wären sich Frau und Hebamme bereits gut vertraut und könnten sich ganz auf die vor ihnen liegende Aufgabe konzentrieren.



In unserer noch nicht perfekten Geburtshilfe-Welt kann ein gut vorbereiteter Geburtsplan ein Instrument zum beschleunigten Beziehungsaufbau sein, eine Art „speed dating“-Formular für den Kreißsaal, das von Seiten der Gebärenden ausdrückt: „Sieh bitte her, das bin ich, das sind meine Vorstellungen und Hoffnungen“. Und von der Hebamme wird er aufgenommen: „Ich verstehe dich, ich werde mich bemühen, dir bei der Umsetzung zu helfen, so gut es mir möglich ist“. Dann wird eine Win-Win-Situation daraus entstehen, in der Raum ist für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Frau und ihrer Hebamme und für eine erfüllende Geburtserfahrung.

### Literatur:

- Afshar Y, Mei JY, Gregory KD (2017). Birth plans. Impact on mode of delivery, obstetrical interventions and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*. 2017 Nov 2. doi: 10.1111/birt.12320
- Aragon M, Chhoa E, Dayan R (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013 Nov;35(11):979-985
- Brown SJ, Lumley J (1998). Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expect* 1:106-116
- IET (2016). Geburtenregister Österreich <https://www.iet.at/page.cfm?vpath=register/geburtenregister/jahresberichte> [8.11.17]
- Hadar E, Raban O, Gal B (2012). Obstetrical outcome in women with self-prepared birth-plan. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012 Oct;25(10):2055-2057.
- NHS: (o.J.). Your birth plan. <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx> [8.11.17]
- WHO (2002): Birth and emergency preparedness in antenatal care. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/emergency\\_preparedness\\_antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/emergency_preparedness_antenatal_care.pdf) [8.11.17]
- Jones MH, Barik S, Mangune HH (1998). Do birth plans adversely effect the outcome of labor? *British Journal of Midwifery* 6:38-41.
- Lundgren I, Berg M, Lindmark (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health* 48: 322-328.
- Mei JY, Afshar Y, Gregory KD (2016). Birth Plans: What matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* 2016 Jun;43(2):144-150.
- Wagner M (2006). *Creating your Birth Plan. The Definitive Guide to a Safe and Empowering Birth*. New York: The Berkeley Publishing Group.
- Whitford HM, Hillan EM (1998). Women's perceptions of birth plans. *Midwifery* 1998 Dec;14(4):248-253.

Eine große Hebammenpraxis in Deutschland mit einem umfassenden Angebot (u.a. Hebammenkreißsaal, Kurse, Vor- und Nachsorge, Familienhebammen) bietet einen Geburtsplan zum Downloaden: <http://www.hebammen-pirmasens.de>

### Josy Kühberger MSc

ist freiberufliche Hebamme mit Kassenvertrag im Südburgenland und Mitglied des Redaktionsteams der ÖHZ.



Das Martin-Luther-Krankenhaus in Berlin-Wilmersdorf, ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie, ist ein Akut- und Unfallkrankenhaus mit ca. 14.000 stationär behandelten Patienten jährlich sowie akademisches Lehrkrankenhaus der Charité. In Berlin gehört das Martin-Luther-Krankenhaus zu den traditionsreichsten Geburtskliniken. In Kooperation mit der Neonatologie sind wir als Perinatalzentrum Level I anerkannt.

Verstärken Sie unser Team des Kreißsaals zum nächstmöglichen Termin als

## Hebamme mlw

### IHRE NEUE WIRKUNGSSTÄTTE:

- In vier hochmodern ausgestatteten Kreißsälen steht unser interprofessionelles Team – bestehend aus erfahreneren Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Gynäkologen, Pädiatern, Anästhesisten den Familien mit fundiertem Fachwissen und großer Leidenschaft zur Seite, um jährlich mehr als 1.800 Kindern einen gesunden und harmonischen Lebensstart zu garantieren.
- Mit viel Fingerspitzengefühl, Professionalität und Verantwortungsbewusstsein sorgen Sie vor, während und nach der Geburt für medizinische Sicherheit, Geborgenheit und menschliche Wärme in einer liebevollen Atmosphäre.
- In enger Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen betreuen Sie die Hebammensprechstunde und Schwangerenambulanz und begleiten Informationsabende für werdende Eltern.

### IHR PROFIL:

- Abgeschlossene Ausbildung zur Hebamme oder ein Studium der Hebammenkunde
- Freude an der Arbeit mit werdenden Müttern und Vätern
- Ein hohes Maß an Feinfühligkeit und Souveränität im Umgang mit Eltern und Angehörigen
- Besonnene Persönlichkeit mit der richtigen Mischung aus Empathie und Teamgeist auch in stressigen Situationen
- Flexibilität sowie die Bereitschaft, im 3-Schicht-System zu arbeiten
- Von allen Bewerbern erwarten wir die Identifikation mit unseren Grundhaltungen, die dem diakonischen Unternehmensprofil entsprechen.

### UNSER ANGEBOT:

Wir begrüßen Sie in einer ebenso motivierten wie aufgeschlossenen Gemeinschaft – Ihre Hilfe wissen wir ehrlich zu schätzen. Neben einem unbefristeten Arbeitsvertrag belohnen wir Ihren Einsatz mit einer Vergütung nach unserem Tarif AVR DWBO. Das bedeutet: 38,5 Stunden-Woche, Kinderzuschuss, eine betriebliche Altersversorgung mit überdurchschnittlicher Rendite (EZVK Grund mit attraktiven Aufstockungsmöglichkeiten), in der Regel ein 13. Monatsgehalt und viele weitere Vorteile wie eine „**Willkommens-Starthilfe**“ oder die Option auf ein vergünstigtes BVG-Jobticket. In unserer Unternehmensakademie bieten wir Ihnen vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten – und Sie dürfen kostenfrei in unserem E-Learning-Programm CNE stöbern. Auch Ihr familiäres Wohl liegt uns am Herzen, darum können Sie sich in betrieblichen Notsituationen voll und ganz auf unseren Kinderbetreuungsservice KidsMobil verlassen. Freuen Sie sich auf einen modernen Arbeitsplatz mit sehr guter Verkehrsanbindung in direkter Nähe zum Ku'damm.

Für diese Position gilt, auf Basis einer Vollbeschäftigung (38,5 Wochenstunden) ein Mindest-Bruttomonatslohn (ohne Berufserfahrung) von 2.930 EUR und von 3.084 EUR (mit Berufserfahrung).

### IHR KONTAKT FÜR FRAGEN:

Für Fragen steht Ihnen Kerstin Patt, Pflegedirektorin, unter +49 (0)30 8955-3821 gerne zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe der Jobnummer MLK-176-2017.

**Martin-Luther-Krankenhaus** | Kerstin Patt, Pflegedirektorin  
Caspar-Theyß-Straße 27-31 | D-14193 Berlin | [kerstin.patt@pgdiakonie.de](mailto:kerstin.patt@pgdiakonie.de)

Weitere Informationen zu unserer Arbeit finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.pgdiakonie.de/martin-luther-krankenhaus/](http://www.pgdiakonie.de/martin-luther-krankenhaus/).