

ejppph



EUROPEAN JOURNAL OF PRENATAL AND
PERINATAL PSYCHOLOGY AND HEALTH

Established by the International Society of Pre- and Perinatal Psychology and
Medicine (ISPPM)

Sicherheit und wertschätzende Kommunikation durch Geburtspläne

Mgr. Zuzana Laubmann, MA., HPP

Zitation:

*Laubmann Z: Sicherheit und wertschätzende Kommunikation durch Geburtspläne.
EJPPPH, Volume 1, Issue 1, 1 May 2026, Article 6.*

doi: [10.66099/wzzx5c48](https://doi.org/10.66099/wzzx5c48)

Zusammenfassung

In der Geburtshilfe rückt das Thema "Geburtstrauma" zunehmend in den Fokus. Geburtstrauma und Enttäuschung über die Geburt können z.B. auftreten, wenn Frauen sich nicht in die Entscheidungsfindung während der Geburt einbezogen fühlen, das Gefühl haben, nicht gehört zu werden oder nicht kontrollieren können, was mit ihnen geschieht. Die medizinische Geburtshilfe verfügt über viele Richtlinien und standardisierte Abläufe. Häufig lassen sich diese nicht mit den persönlichen und individuellen Bedürfnissen der Frauen in Einklang bringen. Laut Studien hilft ein Geburtsplan den Frauen, sich ihrer Wünsche bewusster zu werden, verbessert jedoch nicht die Kommunikation oder die Beziehungen zu den Betreuungspersonen. Folglich fühlen sich die Gebärenden nicht stärker in die Entscheidungen während der Geburt einbezogen und sind insgesamt unzufriedener mit dem Zuhören und der Unterstützung der Hebammen. Ein traumasensibler Geburtsplan kann den Eltern helfen, eine einladende und wohlwollende Atmosphäre zu schaffen und eine Basis für positive Kommunikation, Offenheit, den Vertrauensaufbau und den Blick für die Bedürfnisse der Eltern zu legen.

Stichworte: Geburtsvorbereitung, Trauma, Sicherheit, Kommunikation, Traumaprävention

Summary

Birth trauma is an increasingly prominent topic in obstetrics. Trauma and disappointment during childbirth often arises when women feel excluded from decision-making, feel unheard, or experience a lack of control over the process. While medical obstetrics operates with standardized procedures and guidelines, these often clash with the personal and individual needs of women. Studies show that although a birth plan can help women become more aware of their preferences, it does not necessarily improve communication or relationships with caregivers. Women in labor may still not feel more involved in decisions and generally report lower satisfaction with the attentiveness and support provided by midwives. A trauma-sensitive birth plan, however, can help parents create a welcoming and comforting atmosphere, laying the foundation for positive communication, openness, trust, and the fulfillment of their needs.

Keywords: childbirth preparation, trauma, safety, communication, trauma prevention

Inhalt

Einleitung	4
1. Entstehung des Geburtsplans	4
2. Bedeutung von Sicherheit	9
3. Die Unvorhersehbarkeit der Geburt	11
4. Offenheit	13
5. Handlungsfähigkeit	13
6. Ein traumasensibler Geburtsplan	15
Literaturverzeichnis	17

Einleitung

Wenn es um das Thema „Geburt“ geht, stehen häufig viele Erwartungen und Meinungen im Raum. In den Medien und Ratgebern wird die Geburt aus vielen Perspektiven beleuchtet. Zu den hebammengeleiteten Geburtsvorbereitungskursen, die überwiegend medizinische Standards vermitteln, entwickelte sich ergänzend ein Markt mit mobilen Applikationen und online Angeboten, die größtenteils mit mentalen (Top-Down) Konzepten und Entspannungstechniken arbeiten. werdende Eltern haben so viele Informationsquellen und Optionen wie noch nie zuvor. Kanäle der Sozialen Medien machen einen intensiven und gleichzeitig „anonymen“ Austausch unter Frauen und Schwangeren möglich. In den letzten 5 Jahren wurde das Thema „Gewalt in der Geburtshilfe“ zunehmend in der Öffentlichkeit diskutiert. Jährlich legen Frauen, die Gewalt unter der Geburt erfahren haben, eine Rose vor diese Geburtsklinik als Symbol für ihre Erfahrung. Die Kampagne findet in der breiten Öffentlichkeit statt und geht auch an schwangeren Frauen nicht spurlos vorüber.

Im Laufe der Geburtsvorbereitung werden die zukünftigen Eltern heutzutage immer wieder auch mit dem Thema „Geburtsplan“ konfrontiert. Dieser wird dabei häufig als wichtiges Instrument angesehen, die Rechte und Wünsche der Gebärenden festzuhalten. Ein Streben nach „Selbstbestimmter Geburt“ durch „informierte Entscheidungen“ ist der häufigste gemeinsame Nenner. Die Meinungen dazu, was es dazu braucht, liegen oft stark auseinander. Daher stellt sich für viele Eltern die Frage: Braucht es einen Geburtsplan? Welche Möglichkeiten kann er eröffnen?

1. Entstehung des Geburtsplans

Schon immer haben Frauen die Geburt ihrer Kinder im Vorfeld geplant (Kitzinger, 2000). Sie wurden bei ihrer häuslichen Geburt von Familienmitgliedern und Verwandten unterstützt. Während der Aufklärung im 18. und 19. Jahrhundert akademisierte sich die Geburtshilfe. Der medizinische und technische Fortschritt rückte in den Fokus und damit auch die Entwicklung geburtshilflicher und chirurgischer Instrumente (Mertz-Becker, 2001). Die Geburtshilfe entwickelte sich zusehends zu einer von Allgemeinärzten ausgeübten Wissenschaft. Mit der Verlegung der Geburt in die medizinische Obhut in den 1930er Jahren, änderte sich

die Geburtserfahrung schnell und dramatisch. Die Mitbestimmung der Frauen schwand bei Geburten immer weiter.

In den 50er und 60er Jahren haben es einige der „natürlichen Geburten“ im klinischen Umfeld samt Bildern auf die Titelseiten der Lifestyle-Magazine geschafft. Für viele Frauen wurden dadurch ihre Wünsche greifbarer und nachweisbar möglich. Daraufhin lehnten sich viele Frauen während der Frauenbewegung in den 70er Jahren gegen das medizinische System auf und forderten wieder mehr Kontrolle und Mitbestimmung für ihre Geburt ein. Die ersten Geburtsvorbereitungskurse wurden von Eltern angeboten, die ihre Erfahrungen einer „natürlichen Geburt“ an gleichgesinnte Interessierte weitergaben. Im Jahr 1980 wurden die ersten schriftlichen Geburtspläne von Carla Reinke und Penny Simkin eingeführt (Simkin, 2007). Das damalige Ziel der Geburtspläne war, bereits vor der Geburt mit dem medizinischen Personal in Kontakt zu kommen, einen realistischen Plan für die Begleitung während des Geburtsverlaufes zu erstellen und so fundierte Entscheidungen in Bezug auf die Geburt zu treffen (Kitzinger, 1992). Infolgedessen wurde der Geburtsplan schnell institutionalisiert.

Auch heutzutage sind die klassischen Geburtspläne noch darauf ausgerichtet, den Eltern einen Überblick über die verfügbaren Optionen während der Geburt zu verschaffen und sich auf diesem Wege ihrer Wünsche und Erwartungen bewusst zu werden. Doch welche Funktionen erfüllt der klassische Geburtsplan? Passt dieser Weg heute noch zum Ziel der aktuellen Zeit? Wo stößt er an Grenzen oder bringt vielleicht sogar Probleme mit sich?

Der heutige Geburtsplan fokussiert sich auf die medizinischen Maßnahmen und Interventionen (Ondek, 2000), die entweder vorgenommen oder vermieden werden sollen. Auf diese Weise können sich die werdenden Eltern ihrer Wünsche bewusst werden, sich im Vorfeld informieren und Gedanken zur Geburt machen.

Entgegen den ursprünglichen Erwartungen der 70er und 80er Jahre haben zahlreiche Studien gezeigt, dass die Verwendung eines schriftlichen Geburtsplans in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem Grad der Beteiligung der Gebärenden an der Entscheidungsfindung steht (z. B. Brown 1998). Obwohl Frauen schriftliche

Geburtspläne als hilfreich empfanden (Brown und Lumley 1998; Whitford und Hillan 1998), deuten die meisten Untersuchungen darauf hin, dass es keine Unterschiede zwischen Frauen, die einen schriftlichen Geburtsplan hatten und solchen, die keinen hatten, gab, was Angst, Schmerzen oder allgemeine Erfahrungen (Brown und Lumley 1998; Lundgren et al. 2003) oder das Gefühl der Kontrolle anging (Brown und Lumley 1998; Lundgren et al. 2003; Whitford und Hillan 1998). In einer weiteren qualitativen Studie über Empowerment und Geburtspläne von Toos (1996) empfanden die Frauen ihre Wahlmöglichkeiten als illusorisch und weitgehend oberflächlich; Geburtspläne "ermöglichten den Frauen nicht, mehr Kontrolle über die Geburt zu haben". Pickrell und Marshall (1989) berichteten über ein vierfach erhöhtes Risiko einer operativen Entbindung bei Frauen, die Geburtspläne verwenden.

In einer Fallstudienanalyse beschrieben der Ethiker Perry et al. (2002) einen Mangel an Kommunikation als wichtiges Hindernis für den Erfolg des Geburtsplans und die informierte Entscheidungsfindung. Je mehr Unterstützung und Informationen die Frauen von ihren Betreuungspersonen dabei erhielten – unabhängig davon, wie viele ihrer Wünsche sich letztendlich erfüllten –, desto befriedigender war es für sie, den Geburtsplan zu erstellen (Aragon 2013). Gebärende mit sehr strikten Vorstellungen und detailliertem Geburtsplan haben laut der Studie von Shareef et. al. (2022) auf mögliche, unvorhergesehene Geburtsverläufe sehr enttäuscht reagiert, was mit schlechten geburtshilflichen Outcome-Parametern einhergehen kann. In Studien von Campos Silva (2020) und Cook (2012) wurde festgestellt, dass je spezifischer der Geburtsplan war, desto weniger flexibel waren die Frauen in Bezug auf Änderungen unter der Geburt hinsichtlich ihres Geburtsplans. Sowohl medizinisches Fachpersonal als auch Gebärende seien der Meinung, dass Geburtspläne zu Inflexibilität und Starrheit führen können, was potenziell zu ungünstigen Ausgängen einer Geburt führen kann (Doherty, 2010; Aragon, 2013). 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.

Hebamme Julia Steinmann (2021) äussert Bedenken: „Es gilt zu bezweifeln, dass eine Liste von Abhandlungen zu einer echten, vertrauensvollen Bindung zwischen einer Gebärenden und einer Hebamme aus dem Geburtshilfeteam führt“. Die Art und Weise, wie Gebärende und verschiedene Mitarbeiter im Gesundheitswesen den Geburtsplan nutzen, um miteinander zu kommunizieren und während der Geburt selbst gemeinsame Entscheidungen zu treffen, schien für das Geburtserleben der Frauen entscheidend zu sein (Shareef et. Al. 2022).

Einige der neueren Studien konzentrieren sich auch auf die Ziele, die ein Geburtsplan verfolgen könnte. Er sollte ein lebendiges Dokument sein, das die zunehmenden Informationen, die sich ändernden Umstände und die laufende Kommunikation widerspiegelt (Lothian 2006). Nach Perry und Collective (2002) soll der Geburtsplan nicht einfach eine Liste von Wünschen sein, sondern vielmehr ein Instrument, das den Informationsaustausch zwischen den Frauen und denjenigen, die sie während der Geburt betreuen, erleichtert. Zur Kommunikation gehöre ein ständiger Dialog während der Schwangerschaft und Geburt, um Vertrauen, Respekt, Autonomie und Integrität für alle Beteiligten zu fördern (Perry et al. 2002).

Durch strenge Vorgaben im Geburtsplan seitens der Eltern wird eine verbindende und vertrauensschaffende Kommunikation mit den klinischen Fachkräften erschwert und kann eher Misstrauen entstehen lassen. Studien deuten darauf hin, dass ein Geburtsplan den Eltern zwar hilft, sich ihrer Wünsche bewusster zu werden, er die Kommunikation mit oder die Beziehung zu den Betreuungspersonen jedoch nicht verbessert (Jones et al., 1998). Eltern, die einen Geburtsplan vorgelegt haben, waren mit dem Zuhören, der Unterstützung und der Anleitung der Hebammen unzufriedener als Eltern ohne einen Geburtsplan (Toos, 1996; Brown und Lumley, 1998; Lundgren et al., 2003; Whitford und Hillan, 1998)

Besonders Hebammen empfinden häufig Druck durch Geburtspläne (Welsh und Symon, 2014), wodurch eine (ver)Bindung zwischen der Hebamme und der Gebärenden erschwert wird. Auch Jones et al. (1998) zufolge verbessern Geburtspläne die Beziehungen nicht, sondern irritieren das Personal und wirken sich negativ auf die geburtshilflichen Ergebnisse aus. Einige Hebammen lehnen es

mittlerweile sogar ab, Frauen mit einem sehr langen und detaillierten Geburtsplan zu begleiten. Auch manche Krankenhäuser in Deutschland lehnen Geburtspläne ab oder weisen darauf hin, dass sie nicht erwünscht sind. Zugleich gaben die meisten Frauen in der Studie von Alba-Rodriguez (2022) an, dass der Geburtsplan während der Geburt mehr Aufmerksamkeit von den Fachkräften erhalten sollte.

Teilweise verfassen die zukünftigen Eltern zusätzlich zum Geburtsplan auch noch Patientenverfügungen, in denen zusätzlich zur Gestaltung eines rechtlichen Rahmens für Notfallsituationen dem Krankenhaus rechtliche Konsequenzen im Falle der Nichteinhaltung des Geburtsplanes angedroht werden. Kliniken und auch Hebammen im Einzelnen lehnen häufig Begleitungen von Frauen mit einer solchen Patientenverfügung ab, da sie an den schriftlich angedrohten rechtlichen Konsequenzen ihre Fürsorge nicht ausrichten können.

Im Gesundheitswesen sind Interaktion und zwischenmenschliches Verhalten für die Menschen von großer Bedeutung und beeinflussen ihr Erleben und ihre Erfahrungen stark. So stehen geburtsbedingte, traumatische Stressfolgen häufig in Zusammenhang mit dem wahrgenommenen oder tatsächlichen zwischenmenschlichen Verhalten des Gesundheitspersonals (Ford 2011). Die durch Geburtspläne verursachten Spannungen zwischen Gesundheitsfachkräften und Klientinnen spiegeln laut der Studie von Lothian (2006) aktuelle, umfassendere Themen in der Schwangerenvorsorge wider, wie z. B. widersprüchliche Überzeugungen über die Geburt, die Wahrnehmung von Sicherheit und effektiver Betreuung sowie ethische Fragen im Zusammenhang mit der informierten Zustimmung und der informierten Ablehnung.

Da klassische Geburtspläne fast ausschließlich die medizinischen Optionen wiedergeben (Ondek, 2000), werden die individuellen Bedürfnisse der Frau beinahe gänzlich außer Acht gelassen. Standardisierte Vorlagen für Geburtspläne, die es zahlreich im Internet zu kaufen gibt, lassen kaum Raum für die persönliche Bedürfnisse der Frau. Aber gibt es da nicht viel mehr als diese Optionen?

Gibt es nicht noch weitere wichtige Aspekte, die über diese in einem klassischen Geburtsplan festgehaltenen Möglichkeiten und die informierte Zustimmung der Eltern hinausgehen?

2. Bedeutung von Sicherheit

Einige Schwangere entscheiden sich aus ihrem Bedürfnis nach Sicherheit und Selbstbestimmung heraus für z.B. einen langen Geburtsplan und/oder eine Patientenverfügung, andere für eine Doula, für die zu erwartende Angst- oder Schmerzfreiheit durch Selbsthypnose oder auch mobile Applikationen mit Entspannungsübungen, die eine friedvolle, schmerzarme und natürliche Geburt zum Ziel haben. Diesen Strategien liegen nicht selten Unsicherheit, Angst und Misstrauen zugrunde, die aus negativen Erfahrungen in der Vergangenheit -vor allem im medizinischen Kontext -hervorgehen können.

Das Gefühl einer sicheren Umgebung ist für die Gebärende während der Geburt essentiell; es erwächst aus den Signalen aus der Umgebung und den Beziehungen. Die Frau muss sich selbst und ihr Umfeld als „sicher“ wahrnehmen und einstufen können, damit sie in dieser einer Situation, die ihr entgegengebrachte Zuwendung oder Unterstützung als etwas Positives wahrnehmen kann. Damit sich die Frau unter der Geburt sicher fühlt, ist es demnach unerlässlich, eine gute Beziehung und vertrauensvolle Bindung nicht nur zu den möglichen Begleitpersonen zu haben, sondern diese auch zum medizinischen Personal aufbauen zu können.

Die physischen und psychischen Veränderungen, die sich bei Schwangerschaft und Geburt vollziehen, führen zu einer Aktivierung des Nervensystems. Es ist möglich, dass diese Aktivierung durch die (Vor-)Freude über das neue Leben oder durch die Unsicherheit, das Neue, Unerwartete oder eine Mischung aus Gefühlen und Empfindungen entsteht. Die Tätigkeit des sympathischen Nervensystems hat auch Auswirkungen auf die Körperprozesse. Darüber hinaus unterliegt das Nervensystem einer fortwährenden Anpassung an die komplexen Veränderungen einer Schwangerschaft. Je nach Kapazität des jeweiligen (Nerven)Systems kann diese Aktivierung contained und gehalten werden. Einige schwangere Frauen haben die

Möglichkeit, auf ihre Ressourcen zuzugreifen, während andere Frauen an ihre Grenzen kommen und diese Aktivierung eher als belastend empfinden.

Die Polyvagal Theorie brachte ein neues Verständnis für Prozesse im Körper und Psyche. Sie gibt Aufschluss über körperliche Reaktionen auf äußere und innere Einflüsse. Dieses Wissen ermöglicht ein Verständnis für Frauen und ihre Reaktionen sowie eine stärkere Achtsamkeit bei der Begleitung. Der Schlüssel zum körperlichen und emotionalen (Wohl-)Befinden ist die Sicherheit, die im Körper empfunden wird. Diese ist für Mutter und Kind von großer Bedeutung. „Aber die medizinischen Richtlinien geben dem kognitiven Sicherheitsgedanken eine größere Bedeutung als dem Gefühlten.“ (Porges 2017)... genauso wie 99,9% der Geburtspläne.

Die Polyvagal-Theorie verdeutlicht auch, dass informierte Entscheidung und Selbstbestimmung zwei eigenständige Prozesse darstellen. Dies steht im Widerspruch dazu, was im Gesundheitswesen bisher vertreten wurde. Das autonome Nervensystem ist für die Handlungsfähigkeit zuständig, während die informierte oder auch logische Entscheidung in den Bereichen des Frontal- und Temporallappens im Großhirn gehört. Im Wesentlichen bevorzugt die Hierarchie der Reaktionsketten das autonome Nervensystem. Das heißt gleichzeitig, dass es nicht möglich ist, unser logisches Denken bei Stress oder Gefahr zu priorisieren. Das Nervensystem priorisiert Fight (Kämpfen), Flight (Fliehen) oder Freeze (Immobilität) Strategien gegenüber dem kognitiven, wenn Einengung oder Gefahr während der Schwangerschaft/Geburt wahrgenommen werden.

Während der Wehen herrscht ebenso das autonome Nervensystem vor (Musa et al., 2017). „Let your monkey do it,“ ist Ina May Gaskins bekannte Ermutigung an die Frauen, in einer Art Urzustand zu bleiben, in dem sich ihr Körper unter der Geburt am besten entfaltet. Aufgrund dessen haben Gebärende zu diesem Zeitpunkt einen eingeschränkten Zugang zu dem Wissen, das sie in der Vorbereitung erworben haben, sowie zu ihren im Voraus getroffenen Entscheidungen. Unter der Geburt stehen diese oft im Widerspruch zur Körperreaktion, da sie beispielsweise während der Immobilität oder im Zustands des „Fliehens“ kaum oder gar nicht mitgestalten oder selbstbestimmt sein können. Oftmals entstehen in den Gebärenden

Enttäuschungen und Hilflosigkeit, wenn sie ihr Wissen und ihre mentalen Strategien trotz guter Vorbereitung nicht einsetzen konnten.

Der traditionelle Geburtsplan führt dazu, nicht nur die stressvollen oder überwältigenden Situationen vermeiden zu wollen, sondern auch den Fokus auf die angstbehafteten Signale zu richten und damit die Notwendigkeit der Vermeidung zu steigern. Da sich der übliche Geburtsplan fast ausschließlich auf medizinische Interventionen fokussiert, kann dabei ein Teufelskreis geprägt von Vermeidung und Angst entstehen. Die Polyvagal Theorie macht uns begreifbar verständlich, dass wir auf unsere Handlungsfähigkeit alleine mit Wissen oder Entscheidungen, die in einem Geburtsplan verfasst werden, keinen aktiven Einfluss nehmen können.

„Der Geburtsplan ist häufig nur ein Nebenschauplatz“. (Steinmann, 2021).

3. Die Unvorhersehbarkeit der Geburt

Die Erwartungshaltung an die Geburt als den „perfekten Start ins Leben“ sind immens. Die Erfahrung ist unwiederbringlich und auch deshalb liegt die Messlatte sehr hoch. Was bestimmt, ob dieser Augenblick ein perfekter wird oder nicht? Ist es unsere ganz individuelle Wahrnehmung des Augenblicks und die damit verbundenen Gefühle oder das idyllische Ambiente und ein bestimmter vorhergesagter Ablauf? Doch hängt es meistens von den individuellen Gegebenheiten ab, was in dieser konkreten Situation die beste Unterstützung bietet. Angesichts der Unvorhersehbarkeit einer Geburt wird beim Erstellen des traditionellen Geburtsplanes normalerweise nicht überprüft, ob die getroffenen Erwartungen und Wünsche tatsächlich sinnvoll und realistisch sind.

„Was wir auch über die Geburt im Allgemeinen zu wissen glauben, wir wissen nichts über eine ganz bestimmte Geburt.“ (Noble, 1989).

Diese Wünsche reflektieren häufig unerfüllte Bedürfnisse und emotionale Verletzungen aus der Vergangenheit. (Laubmann, 2023) Unsicherheiten, Ängste, Vorbehalte aber auch Ressourcen und Stärken – alles, was uns so prägt, wie wir es waren und sind – wird durch die Schwangerschaft und das Elternwerden

offensichtlich. Es mag schwierig sein, eröffnet aber auch die Chance, eine tiefe persönliche Entdeckungsreise zu beginnen. In der bisher bekannten Geburtsvorbereitung werden unsere Stärken, Schwächen, Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen nur selten in den Blick genommen.

In Situationen, die mit medizinischen Eingriffen oder einer entsprechenden Umgebung verbunden sind, äußern insbesondere Personen, die in jungen Jahren Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten, Operationen, Eingriffen oder anderen relevanten oder belastenden Erfahrungen gemacht haben, häufiger Unbehagen, Ängste oder Unwille. Die heutige Geburtsvorbereitung zielt darauf ab, die medizinischen und physiologischen Standards zu erfüllen und damit Eltern ein Verständnis dafür zu vermitteln. Aber finden sich darin Menschen wieder, die z.B. Ängste in Bezug auf ein medizinisches Umfeld, Behandlungen und Eingriffe haben?

Ist das möglich?

Eine Geburt erfordert, Situationen immer wieder neu und flexibel einzuschätzen, wobei ein sehr eng gefaster Geburtsplan im Weg stehen kann. Vorgefertigte „pauschale“ und rationale Entscheidungen „dafür oder dagegen“ hindern die Eltern daran, während der Geburt flexibel offen für Abweichungen und damit handlungsfähig zu bleiben. Haben die Gebärenden keine Strategien, um mit einer unvorhergesehenen Situation umzugehen, fühlen sie sich schnell hilflos oder gar ohnmächtig. Ein Geburtsplan sollte daher auch Bewältigungsstrategien für die als belastend identifizierten Situationen beinhalten, die den Frauen helfen, sich besser auf diese einzustellen.

Es braucht Offenheit und Flexibilität, die es ermöglichen, sich dem Geburtsverlauf ständig neu zu stellen und neue Entscheidungen für sich selbst zu treffen. Gelingt es den Eltern, ihren Fokus auf ihr intrinsisches Bewältigungspotenzial (das „ich kann“) zu legen, kann es einen erheblichen Unterschied für das „Ergebnis“ und das persönliche Erleben machen. Welche Strategien zur Bewältigung haben die zukünftigen Eltern? Wann können sie sich sicher fühlen? Wie können ihnen die Mitarbeiter des Krankenhauses helfen, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen? Dies wird oft nicht beachtet. (Laubmann, 2023)

4. Offenheit

Offenheit steigert unsere Empfänglichkeit für neue Ideen und neue Erfahrungen. Auch hierin kann die werdenden Eltern der Geburtsplan unterstützen. Besonders für Frauen, die in der Vergangenheit negative Erfahrungen im medizinischen oder zwischenmenschlichen Kontext gemacht haben, kann dies ein Weg sein, sich mit den eigenen Ängsten auseinanderzusetzen und sich im Vorfeld Gedanken zu machen, mit welchen Strategien sie auch solche angstbehafteten Situationen aus eigener Kraft meistern können. Die entwickelten Bewältigungsstrategien unterstützen darin, mit Offenheit an die belastende Situation heranzutreten.

Durch die Auseinandersetzung mit den individuellen Erwartungen und Kernbedürfnissen eröffnen sich den werdenden Eltern die Möglichkeit, durch Offenheit, Flexibilität und eine bessere Kommunikation mit den Fachkräften neue - und vor allem positive- Erfahrungen zu machen.

5. Handlungsfähigkeit

Der Fokus auf die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten gibt der Gebärenden das Gefühl von Handlungsfähigkeit und begünstigt Offenheit dieser Situation gegenüber. Wenn die Gebärende etwas „auf diese Weise nicht tun“ kann, erleichtert es die Kommunikation mit den Fachkräften, wenn Alternativen aufgezeigt werden. Dies ermöglicht nicht nur der Frau, sondern auch dem medizinischen Personal, Umgangsstrategien zu entwickeln.

Wenn sich beispielsweise die Frau unsicher fühlt, während sie vaginal untersucht wird und dies daher von Beginn an ablehnt, obwohl die Prüfung der Kindslage für den Geburtsprozess von essenzieller Bedeutung sein könnte, erschwert das nicht nur die Kommunikation mit der Hebamme, sondern schränkt diese auch in ihrem medizinischen Wirken stark ein. Wenn sich die Gebärende hingegen darüber bewusst ist, was bei ihr das Unbehagen auslöst und sie bereits eine Umgangsstrategie entwickelt hat, kann die Hebamme darauf eingehen und versuchen, die unangenehme Situation so positiv wie möglich zu gestalten. Vielleicht hilft es der Gebärenden, die vaginale Untersuchung in einer anderen Position – zum Beispiel in Seitenlage – durchführen zu lassen. Oder es ist möglich,

dass sie die untersuchende Hand hält und dadurch die „Oberhand“ und Kontrolle bei der Untersuchung erlangt (Simkin, Klaus, 2004). Möglicherweise kennt die Hebamme auch noch weitere Bewältigungsstrategien, die in der jeweiligen Situation hilfreich sein können.

Im Geburtsplan könnte dies beispielsweise so kommuniziert werden:

„Ich fühle mich ... (z.B. unsicher, in Gefahr, verängstigt...), während ich im Liegen untersucht werde. Ich kann dies entweder auf der Seite liegend oder sitzend tun. Wären Sie bereit, mir zu helfen, mit dieser schwierigen Situation (auf diese Art und Weise) umzugehen?“

Fühlt sich die Gebärende befähigt, mit einer unvorhergesehenen oder belastenden Situation umzugehen, bleibt sie selbst handlungsfähig und behält den aktiven Part. Dadurch kann sie in dieser belastenden Situation vielleicht sogar eine neue positive Erfahrung machen, die ihren Erfahrungshorizont erweitert. Denn wenn sie auch in schwierigen Momenten handlungsfähig und selbstwirksam bleiben kann, erlebt sie sich und die Situation positiv.

Die Vertrauensbildung beginnt bereits bei der Sprache. Entgegengebrachte Wertschätzung schafft Augenhöhe. Die Hebamme ist die Expertin mit dem nötigen Fachwissen über den Geburtsprozess. Wird die Hebamme im Geburtsplan durch eine wertschätzende Sprache gebeten, die Frau während der Geburt in ihren Bedürfnissen zu unterstützen, kann das auf beiden Seiten zu einer vertrauensvollen Beziehung beitragen.

Die Wertschätzung ihrer fachlichen Kompetenzen im Geburtsplan könnte beispielsweise so aussehen:

„Soweit wie möglich strebe ich eine natürliche Geburt an. Wären Sie bereit, mich auf diesem Weg mit ihrem Fachwissen zu unterstützen? Wären Sie bereit, vor allem das zu unterstützen, was diesen Weg begünstigt?“

„Nicht nur, wenn alles natürlich verläuft, auch wenn sich etwas ändert, bin ich immer an Ihren Einschätzungen und Empfehlungen interessiert. Sind Sie bereit, sie mit mir und meinem Geburtspartner zu teilen? Sie helfen mir und meinem Geburtspartner zu

verstehen, wie sie über den Verlauf der Geburt denken und warum Sie Ihre Vorschläge machen.“

Zudem ist es für die Hebamme hilfreich, von bereits vorhandenen Bewältigungsstrategien zu erfahren, damit sie sich bestmöglich auf die Gebärende einstellen kann. Sollte es unter der Geburt zu einer für die Gebärende schwierigen Situation kommen, kann die Hebamme auf deren Bewältigungsstrategie eingehen und so ihre Bedürfnisse unterstützen. Dies schafft eine positive Atmosphäre und kann auf beiden Seiten zu einer bereichernden Erfahrung werden.

6. Ein traumasensibler Geburtsplan

Ein positiv formulierter Geburtsplan kann auch in wenigen Sätzen den Wunsch nach beispielsweise einer natürlichen Geburt oder einer größeren Einbeziehung in die Entscheidungsfindung während der Geburt in einer wertschätzenden Sprache zum Ausdruck bringen, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Wenn eine Situation eintritt und eine Entscheidung getroffen werden muss, möchte ich an der Entscheidungsfindung beteiligt sein. Sind Sie bereit, Ihre Einschätzungen und Empfehlungen mit mir zu teilen? Sie helfen mir zu verstehen, wie Sie sich in dieser Situation fühlen, was Sie vorschlagen und warum.“

Die werdenden Eltern können mit Hilfe des traumasensiblen Geburtsplans bereits vor der Geburt aktiv auf eine gute Kommunikation und vertrauensvolle Beziehung zu den Fachkräften Einfluss nehmen. Diese neue Art von Geburtsplan unterstützt die Gebärende, sich ihrer individuellen Kernbedürfnisse bewusst zu werden und nützliche Bewältigungsstrategien für den Umgang mit belastenden Situationen zu entwickeln, um ihr sowohl im medizinischen, als auch im zwischenmenschlichen Bereich Sicherheit zu geben. Zudem zeigt er Wege auf, wie sie diese positiv an ihr Umfeld kommunizieren kann.

Mit Wertschätzung als Quelle von Harmonie kann durch den positiv wirksamen Geburtsplan der Grundstein für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und ein Gefühl der Sicherheit gelegt werden. Ein einladendes und vertrauenswürdiges Umfeld zwischen Eltern und medizinischem Fachpersonal kann durch Geburtspläne

geschaffen werden, die auf positive Kommunikation, Offenheit, Vertrauensaufbau und den Bedürfnissen der Eltern beruhen. Wenn wir Kontakt aufnehmen und eine wirklich gute Verbindung aufbauen, werden alle gleich gesehen und gehört. Alle haben davon Nutzen. So lassen Sie uns auch Verbindungen innerhalb des Geburtsplans aufbauen. (Laubmann, 2023)

Infokasten:

Auf der Homepage www.dein-geburtsplan.de oder www.zuzana-laubmann.de/ressourcen können Sie den Leitfaden für einen individuellen und traumasensiblen Geburtsplan kostenfrei herunterladen. Für Fachpersonen biete ich eine Fortbildung zu diesem Thema an.

Autorin:

Zuzana Laubmann, Mgr, MA, HPP, studierte Grundschulpädagogik, Soziologie und Pädagogik. Sie ist Heilpraktikerin für Psychotherapie, Somatic Experiencing Practitioner, Somatic Ego State Therapeutin, systemische Beraterin, ehemalige Doula, Autorin und Dozentin. Außerdem leitet sie zahlreiche Workshops, unter anderem den Workshop »Wenn traumabetroffene Frauen gebären« nach Penny Simkin und Phyllis Klaus und den Workshop »Traumasensibler und positiv wirksamer Geburtsplan«. Sie entwickelte einen Leitfaden für Eltern, der sie dabei unterstützt, ihren individuellen Geburtsplan zu erstellen.

Literaturverzeichnis

1. Alba-Rodríguez, R, MP Coronado-Carvajal, and P Hidalgo-Lopezosa. 2022. "The Birth Plan Experience—A Pilot Qualitative Study in Southern Spain." *Healthcare* 10: 95.
2. 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
3. Badenoch, B. 2011. *Gehirn und Psyche: Interpersonelle Neurobiologie als Grundlage einer erfolgreichen therapeutischen Praxis.*
4. Brown, SJ, and J Lumley. 1998. "Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference?" *Health Expect* 1(2): 106–16. doi: 10.1046/j.1369-6513.1998.00023.x.
5. de Campos Silva, T.M. ; Lopes, M.I. (2020) The couple's expectations for the birth plan. *Rev. Enferm. Ref.*, 2, pp. 1-7
6. Cook, K, and C Loomis. 2012. "The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences." *J Perinat Educ* 21(3): 158–68. doi:10.1891/1058-1243.21.3.158.
7. Doherty, M.E. (2010) Midwifery care: reflections of midwifery clients *J. Perinat. Educ.*, 19, pp. 41-51
8. Duvall, B; et al. 2017. "Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans." *Midwifery* 544: 29–34.
9. Ford, E, and S Ayers. 2011. «Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms". *Psychology & Health* 26(12):1553–1570. doi: 10.1080/08870446.2010.533770
10. Gaskin, I. M. 2011. *Birth Matter's: A Midwife's Manifesta.* New York : Seven Stories Press.
11. Jones, MH, et al. 1998. "Do birth plans adversely affect the outcome of labour?" *Brit J Midwifery* 6(1): 38–41.
12. Kitzinger S. (2000) *Schwangerschaft und Geburt.* Verlag: Kösel.
13. Kitzinger S. (1992) Letter from England--birth plans. *Birth.*
14. Levine, Peter. 1997. *Waking the Tiger: Healing Trauma.* Berkeley: North Atlantic Books.
15. Laubmann, Z. (2022). Signale der Geborgenheit. Trau- masensible Geburtsbegleitung. *Deutsche Hebammen- zeitschrift* 2: 48–51.
16. Laubmann, Z. (2023). Birth Plan: Does the Path Still Fit the Objective? Do the Means Still Fulfill the Purpose?. *Midwifery Today* 146.
17. Laubmann, Z. (2023). Gute Fragen - stimmige Pläne. *Deutsche Hebammen Zeitschrift.* 75 (9). S. 62
18. Laubmann, Z: (2023). Birth Plan - Changing the Point of View. *International Doula. DONA International.* ID Vol 31 Iss 3.

19. Laubmann, Z. (2021). Becoming a Trauma-sensitive Birthkeeper. *Midwifery Today* 138. <https://www.midwiferytoday.com/mt-articles/becoming-a-trauma-sensitive-birthkeeper/>
20. Levine, Peter. 1997. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
21. Lothian, Judith A. 2006. "Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future." *Obstet, Gynecol, & Neonatal Nursing* 35(2): 295–303. doi: 10.1111/J.1552-6909.2006.00042.X
22. Lundgren, I, M Berg, and G Lindmark. 2003. "Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan?" *Midwif Womens Health* 48(5): 322–28.
23. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD (2016). Birth Plans: What matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* 2016 Jun;43(2):144-150.
24. Metz-Becker M. (2001, 2002) *Geburtshilfe im Wandel — kulturhistorische Sicht*. Gießener Gynäkologische Fortbildung.
25. Musa, S.M., et al. (2017). Maternal Heart Rate Variability during the First Stage of Labor. *Frontiers in Physiology* 8:774. doi: 10.3389/fphys.2017.00774
26. Pickrell, MD, and T Marshall. 1989. "A retrospective cohort study of women presenting with a birth plan." *Abstracts: RCOG Silver Jubilee British Congress of Obstetrics and Gynaecology*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, p 512.
27. Shareef N, Scholten N, Nieuwenhuijze M, Stramrood C, de Vries M, van Dillen J. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. *Women Birth*. 2023 Jul;36(4):327-333. doi: [10.1016/j.wombi.2022.11.008](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008). Epub 2022 Dec 1. PMID: 36464597.
28. Simkin, P.; Klaus, P. (2004). *When Survivors Give Birth*. Independently published.
29. Simkin P.P. (2007) Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*. ;34(1):49-51. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x. PMID: 17324178.
30. Stapleton, Helen & Kirkham, Mavis & Thomas, Gwenan. (2002). Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ (Clinical research ed.)*. 324. 639. 10.1136/bmj.324.7338.639.
31. Steinmann, J. 2021 : »Ein guter Plan«. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 4. https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/ein-guter-plan/
32. Too, SK. 1996. «Do birthplans empower women? A study of midwives' views". *Nurs Stand* 10(32): 44–48. doi: 10.7748/ns1996.04.10.31.33.c6222
33. Welsh, JV, and AG Symon. 2014. "Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences." *Midwifery* 30(7): 885–91.
34. Whitford, HM, and EM Hillan. 1998. "Women's perceptions of birth plans." *Midwifery* 4: 248–53.