

Der Geburtsplan – Ein geeignetes Instrument, um das Empowerment zu fördern?



Yvonne Widmer

Studiengang Hebamme HF
Berner Fachhochschule Gesundheit

2007

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Ausgangslage	4
3	Empowerment in der Geburtshilfe	5
	3.1 Empowerment als Grundlage – Konzept	5
	3.2 Wege und Mittel zu Empowerment in der Geburtshilfe.....	5
	3.2.2 Bedeutung und Sinn von Empowerment in der Hebammenarbeit	7
4	Geburtsplan	9
	4.1 Definition Geburtsplan	9
	4.2 Wichtige Punkte beim Erstellen	9
	4.3 Inhalt des Geburtsplans	10
	4.4 Verstoss gegen den Geburtsplan	10
	4.5 Geburtsplan im Zusammenhang mit Empowerment.....	11
5	Praxistauglichkeit des Geburtsplans	12
	5.1 Pro und Contra des Geburtsplans	12
	5.1.1 Pro	12
	5.1.2 Contra	12
	5.2 Geburtsplan und Informationen aus Internet sowie TV	13
	5.3 Geburtsplan unter evidenzbasierter Betrachtung	13
	5.4 Eigene Erfahrungen mit dem Geburtsplan und dem Empowerment der Frauen unter der Geburt	14
6	Möglichkeiten und Alternativen zum Geburtsplan	16
	6.1 Hebammenbetreuung	16
	6.1.1 Schwangerenvorsorge durch Hebammen	16
	6.1.2 Beleghebammensystem in den Spitälern	17
	6.1.3 Geburtsvorbereitungskurse	17
	6.2 Multidisziplinäre Zusammenarbeit	17
	6.2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen	18
	6.2.2 Leitlinien in der Geburtshilfe	18
7	Schlussfolgerungen	20
	7.1 Bezug zur Fragestellung	20
	7.2 Empowerment als Konsequenz für die Praxis	21
8	Literaturverzeichnis	22
9	Bibliographie	24
10	Abkürzungsverzeichnis	25

1 Einleitung

Hebammen haben den Auftrag, gesundheitsfördernd und ganzheitlich zu handeln und zu arbeiten. Die Entscheidungsfindung der Hebamme stützt sich auf die folgenden drei Komponenten der Evidence Based Medicine (EBM): eigene Erfahrungen und Wissen, beste und aktuellste Evidenz, Wünsche, Vorstellungen sowie Entscheide der Frau (Stahl 2005). Zu den ersten beiden Komponenten, die sich auch mit Kopf und Hand in der ganzheitlichen Geburtshilfe vergleichen lassen, kann ich primär selbst viel beitragen, indem ich mich mit Fachliteratur und neuen Erkenntnissen auseinandersetze. Die letzte Komponente finde ich eine grosse Herausforderung, weil jede Frau individuelle Anforderungen stellt und ihre eigenen Erfahrungen mitbringt. Die Herausforderung für die Hebamme ist somit, jede einzelne Frau immer wieder neu in den Entscheidungsprozess zu involvieren, und gemeinsam einen angemessenen Weg zu finden. Für meine zukünftige Berufsausübung finde ich es wichtig, das Thema Entscheidungsfindung und Empowerment zu beleuchten und zu vertiefen, damit ich den Auftrag der partnerschaftlichen Zusammenarbeit erfüllen und den Schlüsselqualifikationen, Funktionen sowie der Hebammenethik Folge leisten kann.

Ich bin auf das Thema Entscheidungsfindung und Empowerment gestossen, weil ich häufig beobachte, dass Frauen die Kontrolle den Fachpersonen abgeben und Entscheidungen ihnen überlassen. Des Weiteren fällt mir auf, dass viele der Frauen die Signale ihres Körpers nicht wahrhaben oder wahrnehmen wollen und sich sehr auf die Untersuchungsergebnisse stützen.

Aus der persönlichen Motivation und der beruflichen sowie fachlichen Begründung heraus, ergibt sich für mich die **Fragestellung**: Ist der Geburtsplan ein geeignetes Instrument um Entscheidungsfindungsprozesse der Geburt zu fördern und die Frau zu empowern und kann der Geburtsplan im Spitalalltag angewendet werden?

In einem kurzen Einstieg werde ich die Ausgangslage klären. In diesem Kapitel schildere ich meine Erfahrungen mit der Problematik. Anschliessend gehe ich auf die geschichtliche Entwicklung des Geburtsplans als mögliche Lösung für das Empowerment und die Entscheidungsfindung ein. Im folgenden Kapitel definiere ich Empowerment und stelle dieses Konzept in den Zusammenhang mit der Geburtshilfe, woraus sich weitere mögliche Wege zum Empowerment der Frauen ergeben. Im vierten und fünften Kapitel widme ich mich dem Geburtsplan. Auch diesen stelle ich vor und zeige verschiedene Möglichkeiten des Geburtsplans auf, bevor ich seine Praxistauglichkeit mit Literatur und anhand eigener Erfahrungen prüfe. Im sechsten Kapitel werden weitere Möglichkeiten und Alternativen in Zusammenhang mit dem Empowerment aufgezeigt.

2 Ausgangslage

Es ist der Trend zur Technologisierung der Geburtshilfe zu beobachten. Frauen haben Angst vor Schmerzen und Kontrollverlust, haben Versagensängste und die Furcht, ausgeliefert zu sein (Bockenheimer-Lucius 2002). Die Geburt ist ein einschneidendes Ereignis im Leben einer Frau. Sie ist persönlich, intim und individuell. Vorstellungen, wie die Geburt sich abspielen sollte, werden schon vor und in der Schwangerschaft gemacht. Jede Frau bringt eigene Erfahrungen mit, die die Geburtswünsche prägen und beeinflussen. Um bei unseren Klientinnen Ängste abzubauen und somit eine höhere Zufriedenheit erreichen zu können, müssen sie von Hebammen und Hebammen in Ausbildung in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden, was positive Auswirkungen auf den Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf hat (Germann-Marti 2003).

In einem Zentrumsspital konnte ich die Erfahrung machen, dass schwangere Frauen häufig das erste Mal am Geburtstermin mit dem Gebärsaal und den Hebammen, welche die Schwangeren und ihre Bezugspersonen während der Geburt begleiten werden, in Berührung kommen. Meiner Meinung nach ist es für die Hebammen und Frauen schwierig, in solch kurzer Zeit bis zur Geburt eine tiefgründige Vertrauensbasis aufzubauen und somit in ihrem Sinne Entscheidungen während der Geburt zu treffen. Frauen während der Geburt sind in sich gesunken und mit sich beschäftigt. So wird es schwierig die Frauen zu empowern, sie informiert über die verschiedenen Möglichkeiten wählen zu lassen oder ihre informierte Zustimmung zu erhalten, wenn sie sich nicht schon im Voraus mit dem Gebären auseinandergesetzt haben. Durch die Geburt in einem Zentrumsspital entsteht somit ein Spannungsfeld zwischen der Gebärenden und der Institution. Die Gebärende hat das Recht, ihr Geburtserlebnis mitzubestimmen und mitzugestalten. Allgemeine Richtlinien und Routinemassnahmen beeinflussen jedoch das Handeln der Hebamme und somit auch das Mitbestimmungsrecht der Gebärenden.

Als in den USA die Geburt in den 1930er Jahren vermehrt in den Spitälern stattfand, veränderte sich das Geburtserlebnis und –geschehen dramatisch. In den Spitälern waren die Frauen alleine, die Umgebung war unfamiliär, die Geburt wurde medikalisiert und zu guter Letzt wurden die Frauen nach der Geburt von ihren Kindern getrennt. Weder die Natur, noch die Weisheiten der Frauen wurden während der Geburt ins Zentrum gestellt. Es schalteten sich Experten und Fachpersonen auf dem Gebiet Geburtshilfe ein, die das Wissen streng hüteten und Informationen gefiltert und ihren Wünschen angepasst weitergaben. Die Weisheit der Frauen über die Geburt, die von Generation zu Generation weitergegeben wurde, und die Möglichkeit ihre Erfahrungen zu steuern und beeinflussen, verschwand. In den 1960er Jahre wurden in den USA die Geburtsvorbereitungskurse eingeführt, um den Frauen Wissen über eine natürliche Geburt weitergeben zu können. Zwanzig Jahre später wurde der Geburtsplan von Geburtsvorbereiterinnen entwickelt, um den Frauen unnötige Interventionen während der Geburt ersparen zu können. Des Weiteren hatten die Schwangeren die Möglichkeit, sich mit ihren Wünschen auseinander zu setzen und sich zu überlegen, was ihnen wichtig ist, mit ihren Begleitpersonen und Fachpersonen anschliessend darüber zu diskutieren und eine informierte Wahl zu treffen. Aber in den folgenden Jahren bekamen die Spitäler erneut Überhand über die Geburtsvorbereitungskurse und somit über die Informationen, die den Schwangeren weitergegeben wurde. Die Geburtsvorbereitung wurde industrialisiert. Die Geburtspläne wurden den Möglichkeiten, die das jeweilige Spital hatte und zur Verfügung stellen wollte, angepasst. Somit entstanden vielerorts Checklisten (Kitzinger 1992, zitiert Lothian 2006). Seit dem 18. Jahrhundert wurden auch die Hebammen in Europa von den Medizinern mehr und mehr aus der Geburtshilfe gedrängt. Erst seit den letzten Jahrzehnten wird die Geburtshilfe nicht mehr als Teilgebiet der Chirurgie angesehen. Die Ansicht, dass eine natürliche Geburt ohne Komplikationen kein ärztliches Eingreifen benötigt, hat sich mittlerweile nach und nach durchsetzen können, so dass sich die Geburtshilfe zum Teil wieder in Hebammenhänden befindet (Hunt et al. 1995).

3 Empowerment in der Geburtshilfe

Das Empowerment-Konzept dient der Hebammenarbeit und der Geburtshilfe als wesentliche Grundlage. Das Konzept mit den wichtigsten Aspekten zu erarbeiten, hilft der Erarbeitung eines Geburtsplans und dessen anschliessender Umsetzung während der Geburt.

3.1 Empowerment als Grundlage – Konzept

Empowerment kommt aus dem angloamerikanischen Sprachraum und kann mit Ermächtigung übersetzt werden.

Empowerment umfasst Strategien, Massnahmen, Möglichkeiten und Hilfen, die es Menschen in einer machtlosen Situation ermöglichen, ihr Leben eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und gestalten, indem sie eigene Ressourcen im Austausch mit anderen erkennen und sich gegenseitig ermutigen. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen (Wagner 2001).

Mittels des Empowerment-Konzepts sollen jene Personen gestärkt werden, die sich in einer machtlosen Situation befinden. Individuelle Stärken, Fähigkeiten und Potentiale werden in den Mittelpunkt gestellt. Diese Ressourcen können jedoch nur entfaltet werden, in dem vertrauen und zutrauen in die jeweilige Person gesetzt und sie in ihrem Weg unterstützt sowie begleitet wird (Wagner 2001).

Empowerment-Prozesse finden im sozialen Kontext statt. Die Selbstbestimmung wird gefördert, so dass das Individuum dem eigenen Willen gemäss frei und bewusst über sein Handeln, Verhalten und seinen Körper entscheiden kann. Eine hundertprozentige Selbstbestimmtheit wird jedoch nicht zustande kommen, denn Selbstbestimmung wird von Anteilen im Leben zusätzlich beeinflusst. Je nach Lebenssituation, Erfahrung, intellektuellem Entwicklungsstand, Wissen sowie Informationen über die zu treffende Entscheidung und Lebensstrukturen können Entscheidungsräume erweitert oder verkleinert werden (Wagner 2001).

3.2 Wege und Mittel zu Empowerment in der Geburtshilfe

3.2.1.1 Informed Choice, Consent or Refusal – informierte Wahl, Einwilligung oder Ablehnung

Frauen haben das Recht auf Informationen über ihre Betreuung und müssen in die Entscheidung miteinbezogen werden. Daraus folgt, dass sie die primäre Entscheidungsinstanz bei allem sind. Hebammen arbeiten mit den Frauen partnerschaftlich zusammen. Durch vorausgehende Information über Behandlungsmöglichkeiten und die Möglichkeit, sich aktiv entscheiden zu können, übernehmen sie Verantwortung, sind zufriedener und gesünder, weil sie sich ihrer Kompetenzen bewusst sind. Zum Verständnis der Frau tragen zusätzliche, schriftliche Informationen dazu bei. Die Frau kann diese bei Bedarf durchlesen und sich in Ruhe über ein Thema ein Bild machen (Brailey 2005).

Informationen über Vor- und Nachteile der jeweiligen Intervention sollen basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und unfiltriert wiedergegeben werden. Die Klientin wählt folglich die Art und das Ausmass des Risikos, das sie auf sich nehmen will. Zusätzlich werden der Frau auch verfügbare Alternativen vorgestellt. Das neu erlangte Wissen soll überdacht werden, damit sich die Frau über die psychischen und körperlichen Auswirkungen oder Einflüsse bewusst werden kann. Wenn die Klientin eine Entscheidung oder Wahl getroffen hat, wird sie in dieser Entscheidung unterstützt und respektiert. Die Hebamme sollte sich auch bewusst darüber sein, dass jede Frau einen tiefen Beschützerinstinkt für das eigene

Kind hat und wird daher in jedem Fall versuchen, das Beste für sich und das Kind zu entscheiden. Die beiden sind eine unzertrennliche Einheit (Schmid 1998).

Informed Choice versuche ich immer in die Betreuung einer Frau miteinfließen zu lassen. Mir scheint es wichtig, meinen Klientinnen, sofern als möglich, verschiedene Varianten zum entsprechenden Thema der Entscheidungsfindung vorzuschlagen, sodass sie die Möglichkeit hat, sich eigenständig für einen Weg zu entscheiden. Ein geeignetes Beispiel dafür ist eine Frau, die unter der Geburt ist und immer mehr Mühe hat, mit den Schmerzen zu Recht zu kommen. Ich biete ihr verschiedene Möglichkeiten der Schmerzlinderung an, wovon sie, die für sie beste Methode aussuchen kann.

3.2.1.2 Ressourcenerhebung und –analyse

Ressourcen sind Fähigkeiten, Eigenschaften und Bedingungen, auch psychischer Art wie Mut, Hoffnung, Zuversicht oder Durchhaltevermögen. Ressourcen werden vom Menschen eingesetzt, um schwierige Handlungen aufzufangen, zu unterstützen und durchzuhalten (Mutzeck 2002).

Ressourcen zu erkunden, hilft fehlende Kompetenzen und psychische Kräfte aufzubauen. Eine systematische und personenzentrierte Kommunikation dient der Erkundung, auch die Rekonstruktion und Reaktivierung von nicht oder nur zum Teil bewussten Ressourcen. Die Ressourcenerhebung soll Personen in die Lage bringen, eigene Fähigkeiten zu aktivieren, Quellen der Kraft zu erschliessen und ihnen die Hilfe zur Selbsthilfe bieten. Die Kompetenzen, welche die Klientin in vergangenen, schwierigen Lebensabschnitte entwickelt hat, sollen hervorgerufen und in der momentanen Situation angewandt werden (Mutzeck 2002).

Der Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers (1994) sagt, dass Ressourcen nur unter einem förderlichen Klima erschlossen werden können. Für ein angemessenes Klima sorgen Kongruenz, Empathie und Akzeptanz. Die Fachperson muss dem Klienten gegenüber aufrichtig und echt sei. Keine Fassade oder Front sollte aufgerichtet werden, denn der Klient fühlt, wenn die Fachperson nicht kongruent ist und sich sowie dem Klienten etwas vormacht. Folglich sollten die erlebten Gefühle des Klienten und auch die eigenen verstanden werden. Für das empathische Verstehen wird das aktive Zuhören als wirksame Kraft vorausgesetzt. Unter Akzeptanz versteht Rogers die bedingungslose Wertschätzung der Person. Dem Klienten sollte eine positive, nicht urteilende, annehmende Haltung entgegengebracht werden.

Nicht immer haben Hebammen in einem Zentrumsspital die Zeit eine adäquate Ressourcenerhebung durchzuführen. Wichtig für mich ist immer eine situationsangepasste Befragung zu den Ressourcen. Wenn möglich, sollte vorgängig mit den Klientinnen über den Umgang mit schwierigen Situationen gesprochen werden. Erfahrungen der Klientinnen von früheren Geburten sollten in dieses Gespräch involviert werden. Eine Hebamme sollte aber Ressourcen auch erkennen und diese miteinbeziehen können. Unter der Geburt ist die Begleitperson in den meisten Fällen eine sehr wichtige Ressource zur Unterstützung der Frau. Daher sollte die Begleitperson aktiv in das Geburtsgeschehen miteinbezogen werden.

3.2.1.3 Kommunikation

Durch das Stellen von gezielten Fragen findet die Hebamme entwicklungsorientiert die Ressourcen, Wünsche und Vorstellungen der Klientin heraus. Ebenfalls muss die Hebamme Informationen in einer individuell auf die Klientin gerichtete Sprache weitergeben. In der Kommunikation ist daher darauf zu achten, dass sich nicht kleine Wörter einschleichen, die ein negatives Bild entstehen lassen. Wörter oder Sätze wie zum Beispiel: Entbindung anstelle von Geburt; Sie befinden sich *nur* in der Latenzphase; Sie sind *immer noch* hier. Bei der Kommunikation sollte die Fachperson des Weiteren immer auf das Feedback der Klientin und ihrer Begleitpersonen achten, denn die nonverbale Reaktion hinterlässt oft einen grösseren Eindruck und sollte mit den gesprochenen Worten übereinstimmen (Robertson 2004). Ein Teil der Kommunikation, aber auch der informierten Wahl und Einwilligung, ist, dass der

Frau Informationen einfühlsam und ohne Einschüchterungen mitgeteilt werden. Informationen werden detailliert erklärt und anschliessend bei der Klientin nachgefragt, ob die Informationen verstanden wurden (Schmid 1998). Eine weitere Wichtigkeit der Kommunikation ist, dass die Fachpersonen Akzeptanz, Respekt, Empathie und Kongruenz ausstrahlen und dies auch verkörpern (Schulz von Thun 2004).

3.2.1.4 Gesetzliche Lage

Grundlage für Informed Choice, Consent und Refusal ist das Gesundheitsgesetz des Kantons Bern (GesG) von 2001, Artikel 39 und 40:

Art. 39

1. Aufklärung
 - 1 Die Fachperson hat die Patientin oder den Patienten im Rahmen ihrer Zuständigkeit vollständig, angemessen und verständlich aufzuklären.
 - 2 Die Aufklärung hat sich insbesondere zu erstrecken auf
 - a den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten und im Rahmen der Zuständigkeit der Fachperson auf die entsprechende Diagnose,
 - b den Gegenstand, die Modalitäten, den Zweck, die Risiken, die Vor- und Nachteile und die Kosten der beabsichtigten vorbeugenden, diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen und
 - c die Behandlungsalternativen.
 - 3 Die Aufklärung hat mit der gebotenen Schonung zu erfolgen, wenn vorauszusehen ist, dass sie die Patientin oder den Patienten übermässig belastet oder den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflusst. Sie kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn sofortiges Handeln notwendig ist. Die Patientinnen und Patienten sind in diesem Fall aufzuklären, sobald es ihr Zustand erlaubt.

Art. 40

3. Einwilligung
 - 3.1 Grundsatz
 - 1 Die Fachperson darf eine Massnahme nur durchführen, wenn die Patientin oder der Patient nach vorgängiger Aufklärung eingewilligt hat.
 - 2 In Notfällen wird die Zustimmung vermutet, wenn die Massnahme dringlich und unerlässlich ist, um eine unmittelbare und schwere Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Patientin oder des Patienten abzuwenden, und wenn keine entgegenstehende Meinungsäusserung bekannt ist. Die Aufklärung ist nachzuholen, sobald die Umstände es erlauben.

3.2.2 Bedeutung und Sinn von Empowerment in der Hebammenarbeit

Um eine Klientin empoweren zu können, braucht die Hebamme Mittel und Methoden wie die oben erwähnte Kommunikation, informierte Wahl, Zustimmung oder Ablehnung, das nötige Fachwissen und die soziale Kompetenz, der Frau angemessene Fragen stellen zu können, um sie auf ihrem Weg bestärkend begleiten zu können.

Mit dem Empowerment-Konzept arbeitet die Hebamme in einigen Bereichen der Schlüsselqualifikationen und 6 Funktionen des Schweizerischen Hebammenverband (1998). Ganzheitliche, selbständige und eigenverantwortliche Arbeit leistet die Hebamme unter Einbezug der Familie. Dies entspricht der Funktion 1. Die Hebamme muss die Frau in ihrem familiären und gesellschaftlichen Umfeld erfassen, was der Funktion 3 entspricht. In Funktion 4 fördert die Hebamme die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie. Zusätzlich arbeitet sie nach den gesetzlichen Bestimmungen vom Gesundheitsgesetz.

Empowerment und seine Hilfsmittel ist Teil der Salutogenese und fördert diese wiederum. Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe und Stressforscher Aron Antonovsky begriff existenzielle Krisen wie Krankheit, Geburt oder Sterben als Bestandteile des Lebens und nicht als Störfaktoren. Er sieht das Leben als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum an, das ein dynamisches, individuelles sowie aktiv veränderbares Gefüge ist. Um mit schwierigen Situationen umgehen zu können, definiert Antonovski die drei folgenden Komponenten: Kohärenzgefühl, generalisierte Widerstandsressourcen und Umgang mit Stressoren. Diese versteht er als Gefühl des tiefen Vertrauens, das jeder Mensch in sich trägt und welches ihn befähigt, Krisen zu bewältigen. Daraus ergeben sich drei weitere Grundelemente: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Hebammen arbeiten aus einem salutogenetischem Ansatz. Sie empowern in einer frauenzentrierten Pflege ihre Klientinnen, auf ihren Körper zu hören und stärken sie in ihren Ressourcen. Den Frauen und ihrem Umfeld wird somit geholfen, besser mit ihrer Krisensituation umzugehen (1979, zitiert nach Luther 2006)

4 Geburtsplan

Die Hebamme arbeitet frauenorientiert, berücksichtigt Brauchtum und individuelle Vorstellungen der Frau und nutzt Erkenntnisse der Sozial-, Geistes- und Naturwissenschaften. Des Weiteren führt die Hebamme eine Gesundheitserziehung sowie –beratung unter Einbezug der Frau und ihrem Umfeld durch. In der Beratung bereitet sie auf die Geburt und Elternschaft vor (Schweizerischer Hebammenverband 2005).

Vier Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit der Frau unter der Geburt: persönliche Erwartungen, Unterstützung von den Fachpersonen, die Qualität der Beziehung zwischen der Klientin und ihren Fachpersonen und der Miteinbezug in Entscheidungen (Hodnett 2002). Um diese vier Faktoren unterstützend fördern zu können, ist der Geburtsplan ein mögliches Mittel. Des Weiteren kann der Geburtsplan der Schwangeren und ihrem Umfeld die Möglichkeit geben, sich frühzeitig mit der Geburt auseinander zu setzen und sich Entscheidungen aktiv zu stellen.

Im Kapitel 4 und 5 wird vordergründig mit dem Text von Judith Lothian (2006), die Krankenschwester und Herausgeberin von geburtshilflichen Texten ist, gearbeitet. Lothian's Artikel wurde im Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing veröffentlicht. Ein Artikel von der freischaffenden Hebamme und Hebammenlehrerin Brailey (2006), erschienen in der Fachzeitschrift Hebamme.ch ziehe ich zusätzlich zur Hinterfragung bei. Als Grundlageliteratur der Hebammenarbeit sind für mich das Gesundheitsgesetz des Kantons Berns, die Berufsdefinition der Hebamme und die Empfehlungen der WHO.

4.1 Definition Geburtsplan

Der Geburtsplan wurde in den 80er Jahren von Geburtsbetreuerinnen aus den USA initiiert, um die Entscheidungsgewalt zwischen Gebärenden und ihren Betreuern wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Er ist ein von der Frau individuell erstelltes Dokument, das die Wünsche, Gedanken, Vorstellungen, Ängste und Befürchtungen der Schwangeren über die bevorstehende Geburt beinhaltet. Der Plan ist sehr geprägt von der persönlichen Geschichte der Frau. Der Geburtsplan ist Informationsträger, Kommunikationsinstrument und rechtswirksames Dokument und gibt der Frau die Möglichkeit, sich mit ihrem Umfeld über die bevorstehende Geburt auseinanderzusetzen. Woraus sich ein stärkerer Zusammenhalt entwickeln kann (Brailey 2006). Der Geburtsplan sollte nicht eine Liste mit Anträgen sein, sondern sollte Anhaltspunkte beinhalten, die aufzeigen, was die Frau zur Unterstützung braucht. So können Dialoge zwischen den verschiedenen Parteien angeregt werden und die Frau sollte an dem Punkt abgeholt werden, wo sie steht. Der Plan sollte ein lebendiges Dokument sein, über das immer wieder gesprochen wird und sich dadurch entwickelt (Lothian 2006).

Schlussendlich ist der Geburtsplan ein Weg, um die Frauen mit ihren Zielen, Wünschen und Befürchtungen zu erfassen und sie an diesen Punkten abzuholen. Hebammen haben die Aufgabe, sie darin zu stärken, sie zu respektieren und ihnen zu ihrer Zielerreichung zu verhelfen (Lothian 2006).

4.2 Wichtige Punkte beim Erstellen

Eng verknüpft mit den Geburtsplänen ist die informierte Zustimmung oder Ablehnung. Heute haben Frauen viele Möglichkeiten, sich über die Geburt zu informieren. Sie haben Quellen wie das Internet, Familie, Freunde, Literatur, Magazinen, Videos und TV-Serien, Geburtsvorbereitungskurse sowie Informationen von Fachpersonen. Daher ist es essentiell, dass die Klientin grundlegende Informationen über eine physiologische Geburt erhält und wie sie damit umgehen kann. Folglich sollte mit ihr auch besprochen werden, was abweichende Verläufe sein könnten und wie diese gehandhabt werden, so dass die Schwangere eine infor-

mierte Entscheidung treffen kann (Lothian 2006). Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit ist gemäss Page wesentlich für ein erfolgreiches Geburtserleben. Hebammen müssen herausfinden, was für die Frauen wichtig ist, Informationen aus klinischen Untersuchungen verwenden, Evidenz suchen und prüfen, um Entscheidungen in aller Ruhe besprechen und diskutieren zu können. Abschliessend sollten gemeinsam Gefühle, Resultate und Konsequenzen reflektiert werden (2002, zitiert nach Brailey 2006).

Die Klientin sollte auch über die Empfehlungen der World Health Organization (WHO) (1997) über die physiologische Geburt aufgeklärt werden. Das Ziel der Fachpersonen in der Geburtshilfe sollte gemäss dieser Empfehlung sein, die Betreuung einer gesunden Mutter und ihres Kindes mit möglichst wenigen Interventionen zu erreichen. Für fast alle Frauen sollte das Ziel, die Geburt sicher und ohne Medikation über die Bühne zu bringen, umsetzbar sein. Enkin et al. (1998) schreiben zusätzlich, dass bei jeder Intervention die klare Indikation gestellt werden und diese von Nutzen sein muss.

4.3 Inhalt des Geburtsplans

Der Inhalt sollte gemäss Lothian (2006) nicht bloss eine Liste darstellen, was die Klientin möchte und nicht möchte. Darum ist es wichtig, dass sie die Physiologie der Geburt versteht und sich von diesem Standpunkt her ein Bild machen kann. Eventuelle Fragen, die in einem Geburtsplan geklärt werden können sind: Was brauche ich, um während der Geburt zuversichtlich und voller Selbstvertrauen zu bleiben? Was brauche ich, um mich sicher zu fühlen? Was brauche ich, um mit den Wehen umgehen zu können? Wen brauche ich als Unterstützung unter der Geburt, wer darf dabei sein? Was brauche ich von diesen Personen?

Des Weiteren sollten der Plan keinesfalls so geschrieben werden, dass den Fachpersonen kein Raum mehr gelassen wird. Die Frau sollte daher beim Schreiben auf eine geeignete Formulierung achten, denn auch ein Geburtsplan kann nicht garantieren, dass sich alles im vorgestellten Rahmen abspielt. Der Plan sollte im Konjunktiv geschrieben werden. Die Klientin kann so ihre Wünsche gezielter ausdrücken und der Plan scheint weniger festgefahren und für die Fachpersonen weniger einengend. Gedanken, Wünsch, Ängste, Erfahrungen sollten zu Beginn im Sinne eines Brainstormings aufgeschrieben werden. Es sollte noch nichts gewertet werden. Mit der Zeit und fortlaufender Auseinandersetzung mit der Geburt kann die Frau ihren Plan konkretisieren.

Auf der Internetseite der American Pregnancy Association (2007) wird vorgeschlagen, sich zuerst mit dem Ort der Geburt auseinanderzusetzen. Sobald die Frau weiss, wo sie gebären will, also in einem Geburtshaus, zu Hause, in einem Regionalspital oder Zentrumsspital, stationär oder ambulant, kann sie sich über die Möglichkeiten in der ausgewählten Umgebung kundig machen. Sie kann sich über Routinemassnahmen und Möglichkeiten informieren, diese bei Bedarf beginnen zu hinterfragen und im Geburtsplan ihre neu entstandenen Bedürfnisse erwähnen. Vielleicht merkt die Frau dann sehr schnell, dass der auserwählte Geburtsort nicht der richtige für sie ist und kann sich so neu orientieren.

4.4 Verstoss gegen den Geburtsplan

Wenn das Leben von Mutter und/oder Kind in Gefahr ist, kann gegen den Geburtsplan und die mütterlichen Bestimmung entschieden werden (Lothian 2006). Dies sind auch die Bestimmungen des GesG (2001), Artikel 41:

Art. 41

1. Geltungsbereich, Grundsatz
 - 1 Die nachfolgenden Bestimmungen über die medizinischen Zwangsmassnahmen gelten für Personen, die nach den eidgenössischen und kantonalen Bestimmungen über die fürsorgliche Freiheitsentziehung in eine Institution eingewiesen worden sind.

- 2 Medizinische Zwangsmassnahmen im Sinn dieses Gesetzes sind Massnahmen, die gegen den Willen der betroffenen Person durchgeführt werden mit dem Ziel, deren Gesundheitszustand zu erhalten, zu verbessern oder Dritte zu schützen, insbesondere medikamentöse Behandlung, Isolierung, Anbindung oder Beschränkung der Aussenkontakte.
- 3 Die allgemeinen Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten gelten auch bei Anordnung von medizinischen Zwangsmassnahmen, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

Art. 41a

2. Voraussetzungen

- Medizinische Zwangsmassnahmen sind nur zulässig, wenn freiwillige Massnahmen versagt haben oder nicht zur Verfügung stehen und
- a wenn das Verhalten der betroffenen Person ihre eigene Sicherheit oder Gesundheit schwerwiegend gefährdet;
 - b um eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben Dritter abzuwenden;
 - c um eine schwerwiegende Störung des Zusammenlebens im Falle massiver sozialer Auffälligkeit oder bei erheblich destruktivem Potenzial der betroffenen Person zu beseitigen.

4.5 Geburtsplan im Zusammenhang mit Empowerment

Der Geburtsplan sollte im Wesentlichen Wünsche und Erwartungen der Klientin beinhalten. Im Voraus ist es empfehlenswert, dass sich die Schwangere mit der Institution, in welcher sie gebären will, auseinandersetzt und sich Gedanken zu deren Richtlinien macht. Ebenfalls ist es wichtig, dass sich die Frau über die physiologischen Vorgänge und die Empfehlungen zu einer normalen Geburt informiert. Durch die Informationssammlung und die Auseinandersetzung mit dem Thema Geburt befindet sich die Schwangere im Austausch mit ihren Umfeld und den Fachpersonen. Wünsche und Vorstellungen können somit konkretisiert werden. Durch das Erstellen eines Geburtsplans schlägt die Schwangere den Weg zum Empowerment ein. Sie informiert sich über verschiedene Handhabungen in der Geburtshilfe, nimmt diese an oder lehnt sie ab. Sie setzt sich mit ihren Ressourcen auseinander. Fragt sich, welche Unterstützung sie von wem braucht und stellt sich vor, wie sie diese Krisensituation bewältigen kann. Durch das Gespräch mit verschiedenen Personen aus dem Umfeld kann die Beziehung untereinander gestärkt werden. Die Gespräche zwischen den Fachpersonen und den Klientinnen können des Weiteren die partnerschaftliche Zusammenarbeit fördern.

5 Praxistauglichkeit des Geburtsplans

Gemäss der Berufsethik der Hebamme hat die Hebamme den Auftrag, die Qualität und die Effizienz der Berufsausübung zu fördern und sich an der Entwicklung des Berufs zu beteiligen (Schweizerischer Hebammenverband 2005). Qualität, Effizienz und Berufsentwicklung können sehr von den Wünschen der zu betreuenden Klientin abhängen. Eine Stütze des EBM ist die Frau mit ihren Wünschen und Vorstellungen. Diese sollten in das Geburtsgeschehen miteinbezogen und berücksichtigt werden. Nicht immer haben die Fachpersonen Zeit oder Gelegenheit, sich mit den Vorstellungen der Schwangeren im Voraus auseinander zu setzen. Darum wurde in den 1980er Jahren der Geburtsplan als mögliches Instrument zur Förderung der Entscheidungsprozesse eingeführt.

5.1 Pro und Contra des Geburtsplans

5.1.1 Pro

Der Geburtsplan kann uns Hebammen und Ärzten helfen, die Klientin als individuell anzusehen und sie schneller als Individuum behandeln können. Des Weiteren werden neue Ansichten und Evidenzen in den Arbeitsalltag gebracht und somit können alte Richtlinien hinterfragt und nach neusten und besten Evidenzen überarbeitet oder angepasst werden (Lothian 2006).

Ein Geburtsplan stützt sich auf informierte Wahl, Zustimmung und Ablehnung der Klientinnen. Die Klientin zeigt Kompetenz sowie Verständnis, ihr wird Autonomie zugestanden. Ein besprochener und durchdiskutierter Geburtsplan kann die Entscheidungsfindung und Unterstützung der Frau unter der Geburt massiv vereinfachen. Die Schwangeren sind kooperativer, was ihre Behandlung anbelangt und können besser mit den Ereignissen umgehen. Zusätzlich werden ein partnerschaftliches Verhältnis und der Respekt zwischen Fachpersonen und den Klienten gefördert (Agård 2005).

Der Geburtsplan dient als Kommunikationsmittel auch zwischen der Schwangeren und ihrem Umfeld. Die Schwangere kann mit ihrem Umfeld über Informationen rund um die Geburt diskutieren und mit ihnen ihre Wünsche aufs Papier bringen. Dies fördert den Zusammenhalt, was sich positiv auf das Geburtserleben auswirken kann. Der Geburtsplan fördert aber auch die Kommunikation zwischen den Frauen und den Fachpersonen. Wünsche, Ängste und Vorstellungen können in Ruhe besprochen und gegebenenfalls relativiert werden. Die Schwangeren können zusätzlich auf unerwartete Situationen aufmerksam gemacht werden, damit sie sich nicht nur auf ihre Traumgeburt versteifen (Brailey 2006).

5.1.2 Contra

Die Institution mit ihren Fachpersonen fühlt sich von den Klientinnen angegriffen, wenn diese andere Ansichten vertreten. So scheint es für die Schwangeren und ihr Umfeld schlussendlich so, dass das Spital unflexibel ist und die Fachpersonen denken, sie hätten nicht genügend Zeit, um mit den Frauen über ihren Geburtsplan zu sprechen. Hier entsteht wieder das Hierarchie- und Machtgefälle, woran das Spital sicher höher im Hierarchiegefälle eingestuft werden wird. Weiter ermöglicht das Erstellen eines Geburtsplans der Frau, sich für Interventionen zu entscheiden, ohne dass sie sich genügend informiert hat. Somit treffen einige Schwangere ihre Wahl blauäugig, ohne sich über die möglichen Risiken im Klaren zu sein (Lothian 2006).

Die Studie von Lundgren zeigt, dass Klientinnen, die einen Geburtsplan geschrieben hatten, mit ihrer Hebamme unzufriedener waren als der Klientel ohne Geburtsplan. Er führt dies zu-

rück auf die Irritation, die beim Fachpersonal entsteht und sich negativ auf die Beziehung zu den Klientinnen auswirkt (2003, zitiert nach Lothian 2006).

Too hat in seiner qualitativen Studie über Empowerment und Geburtspläne herausgefunden, dass die Klientinnen im Nachhinein ihre Wahl illusionär sowie oberflächlich fanden und nicht mehr Kontrolle über die Geburt hatten. Durch ungenügende Diskussion über ihren Geburtsplan, fühlten sich die gewordenen Mütter unterbewertet, nicht unterstützt und ermächtigt (1996, zitiert nach Lothian 2006).

Die Schwangeren bekommen Informationen von Fachpersonen. Fachpersonen müssen selbständig abwägen wie viel sie den Klientinnen mitteilen wollen, so dass sie nicht mit unnötigen Informationen belastet werden und trotzdem genügend Informationen bekommen, um eigenständig eine Wahl treffen, zu können. Dies ist eine Gratwanderung, die die Fachpersonen begehen müssen. Sie tragen eine grosse Verantwortung. Zu bemerken ist, dass die Klientinnen das Gefühl haben, genügend und umfassende Information bekommen zu haben. Dies ist aber keine Garantie für evidenzbasierende Fakten (Agård 2005).

5.2 Geburtsplan und Informationen aus Internet sowie TV

Das Internet und Fernsehen gehören zu den wichtigsten Medien der heutigen Zeit. Viele beschaffen sich Informationen aus diesen Quellen. Leider findet sich nicht immer die beste Evidenz wieder, Informationen werden verzogen oder beschönigt weitergegeben.

Auf diversen Internetseiten werden kurz einige Angaben zum Geburtsplan gemacht. Jedoch wird den Frauen der Tipp gegeben, sie sollen aufschreiben, welche Positionen sie unter der Geburt einnehmen möchten, wie in unerwarteten Situationen reagiert werden sollte und wie sie sich die Nachgeburtphase vorstellen. Leider ist die Geburt nicht so leicht planbar, wie es auf dieser Internetseite von Baby Bonus dargestellt wird. Aber auch die Frauen, die ihr Feedback zum Geburtsplan gegeben haben, sehen dies ein. Sie sind jedoch nun der Überzeugung, dass der Geburtsplan lächerlich und sinnlos sei. Checklisten findet man ebenfalls wieder. Die Frau kann sich entscheiden, was ihr zusagt und hat somit das Gefühl über die Geburt bestimmen zu können (Bonus Marketing GmbH 2006).

Im Internet werden die Geburtspläne für Frauen sehr einseitig aufgezeigt. Beispiele dafür ist die Internetseite der Bonus Marketing GmbH (2006) und Baby Center (2007). Ihre Möglichkeiten scheinen sich auf die Beispiele zu begrenzen, die gegeben werden. Darum nehme ich an, dass das Feedback von den Frauen eher negativ verläuft. Ich gebe ihnen recht, wenn sie sagen, dass die Geburt nicht vollständig planbar ist. Leider konnte ich keine allgemeinen Fragen als Vorschläge in meiner Recherche finden. Fragen, die offen sind, damit Frauen äussern können, was sie brauchen, ohne sich zu sehr auf etwas festlegen zu müssen. Mir ist ausserdem aufgefallen, dass Frauen Angst davor haben, einen sehr geplanten Ablauf der Geburt zu beschreiben. Sie nehmen an, bei abweichendem Verlauf oder unerwarteten Reaktionen auf die Geburt und dessen Schmerz nicht mehr die Betreuung zu bekommen, die ihnen zusteht oder die sie sich dann wünschen.

Auch im Fernsehen werden einige Sendungen zur Geburt und Familienleben ausgestrahlt. Ich habe diese schon einige Male geschaut und konnte feststellen, dass sehr wenige adäquate Informationen mitgeteilt und diverse Situationen beschönigt werden. Informationen werden auch unterschlagen, bewusst oder unbewusst.

5.3 Geburtsplan unter evidenzbasierter Betrachtung

In einer quantitativen, prospektiven, quasi-experimentellen Studie von Berg et al. (2003) wurde mittels 271 Studienteilnehmerinnen die Fragen geklärt, ob bei Risikoschwangeren negative Gefühle häufiger auftreten als bei nicht risikoeingestufteten Schwangeren und ob der Geburtsplan diese Gefühle positiv beeinflussen kann. Die Studie wurde in Schwedens Göte-

borg und Umgebung durchgeführt. Die sieben involvierten Spitäler sind spezialisiert auf Geburtshilfe, eines davon ist spezialisiert auf Risikofälle. Die Studie hat gezeigt, dass der Geburtsplan das Kontrollgefühl der Frau unter der Geburt nicht verbessern konnte. Die Studienverfasser nehmen an, dass Frauen, die einen Geburtsplan erstellen, mehr auf das Geburtserleben achten und sich durch unvorhergesehene Interventionen eher aus der Bahn werfen lassen.

In Mexiko in einem Spital für sozioökonomisch benachteiligte Personen wurden Ende 2003 und Anfangs 2004 Fachpersonen der Geburtshilfe von einer mexikanischen Hebamme und einem Lamaze-zertifizierten Lehrer in Geburtsvorbereitung in die Erstellung eines Geburtsplans eingeführt. Neun Frauen wurden in ihren Schwangerschaftskontrolle rekrutiert, um mit Hilfe der Fachpersonen einen persönlichen Geburtsplan zu schreiben. Ebenfalls wurden diese Frauen vor und nach der Geburt befragt. Vier weitere Frauen wurden in einem ausführlichen Gespräch über ihre Geburt im vergangenen Jahr befragt. Zwei Krankenschwestern, zwei Sozialarbeiter und ein Arzt wurden des Weiteren über das Geburtsplanprogramm befragt. In dieser qualitativen, explorativen Studie wurde herausgefunden, dass die Studienteilnehmerinnen den Geburtsplan würdigen. Sie schätzen, ihre Wünsche mit ihren Betreuungspersonen diskutieren und dokumentieren zu können. Alle waren zufrieden, obwohl die Teilnehmerinnen erkannten, dass die Geburt nicht immer wie geplant verläuft und Interventionen vorgenommen werden, die im Voraus nicht erwünscht waren. Die Teilnehmerinnen sahen den Geburtsplan als Kommunikations- und Informationsmittel. Die Studie vermochte mit ihrer Methode und Design nicht mögliche Auswirkungen des Geburtsplans auf die Kaiserschnitttrate oder die Informationsqualität zu erfassen. Des Weiteren wurden mit dieser Studie nicht die Auswirkungen eines Geburtsplans auf die sozioökonomische Mittel- oder Hochklasse erforscht (Yam et al. 2006).

5.4 Eigene Erfahrungen mit dem Geburtsplan und dem Empowerment der Frauen unter der Geburt

Im Kantonsspital, in dem ich arbeite, konnte ich bis heute noch keine Frau betreuen, die einen Geburtsplan ausgehändigt hat. Im Anamneseprotokoll befinden sich einige Zeilen für spezielle Wünsche der Frauen. Die Wünsche werden bei Anamneseerhebung in der Schwangerschaftskontrolle im Schwangerenabulatorium oder bei Spitaleintritt erfragt. Viele Frauen äusseren keine speziellen Wünsche und sagen, sie seien offen für alles. Einige möchten eine Periduralanästhesie (PDA). Frauen, die sagen, sie möchten so natürlich wie möglich gebären, haben schlussendlich häufig einen pathologischen Geburtsverlauf. Dies würde die schon oben erwähnten Aussagen bestätigen. Wahrscheinlich werden mehr Interventionen durchgeführt als nötig oder die Frauen kämpfen verbissen um ihre Wunschgeburt.

Im Austausch mit meinen Mitschülerinnen sind verschiedene Seiten des Geburtsplans zum Vorschein gekommen. Oberflächliche Aussagen, Äusserungen im Konjunktiv oder sehr fixe Vorstellungen bezüglich der Geburtswünsche wurden von den Frauen schriftlich verfasst. Viele Wünsche der Frauen sind gemäss meinen Informantinnen überflüssig, da die Geburt sowieso nach diesen Vorstellungen geführt wird. Damit ist gemeint, dass keine Intervention ohne medizinische Indikation durchgeführt wird. Frauen verlangten auch nach fortlaufenden Informationen über den Geburtsfortschritt und das weitere Verfahren, abgedunkeltes Licht im Zimmer, gemütliche und entspannte Atmosphäre mit viel Ruhe sowie Privatsphäre. Meine Mitschülerinnen haben die Erfahrung gemacht, dass Frauen mit mehr Initiative und Selbstverantwortung, Mehrgebärende oder jene Frauen, die eine traumatische Geburtserfahrung gemacht haben, einen Geburtsplan schreiben. Zusätzlich ist noch aufgefallen, dass bestimmte freischaffende Hebammen den Klientinnen empfehlen einen Geburtsplan zu schreiben. Geburtspläne wurden im Allgemeinen beim Rapport besprochen oder das Paar wurde direkt bei Übernahme auf die Vorstellungen und Wünsche angesprochen. Als Alternative zum Geburtsplan wird die Anamneseerhebung vorgeschlagen. Frauen werden gefragt, wie sie mit Schmerz umgehen können, welche Vorstellungen und Wünsche sie bezüglich der Geburt haben oder was sie brauchen für einen schönen und angenehmen Geburtsverlauf.

Mehrheitlich haben meine Kolleginnen zurückgemeldet, dass je höher die Ansprüche auf eine normale, physiologische Geburt mit möglichst wenigen Interventionen sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines nicht zufriedenstellenden Geburtsverlaufs. Das heisst, dass viele Geburten in einer Pathologie enden.

Empowerment heisst für mich, die Selbstbestimmung meiner Klientin zu fördern. Vielfach treffe ich Frauen unter der Geburt oder unter einer schon vorgegebenen Richtung der Geburtshilfe an. Dies sind Situationen, in denen ich glaube, dass sich Fachpersonen mit Fingerspitzengefühl an die gegebene Situation herantasten müssen. Dazu dient mir zum einen die Anamnese der Frau, die ich vor dem Zusammentreffen mit ihr begutachte. Des Weiteren kann ich mich am Schwangerschafts- und Geburtsverlauf orientieren. Unter Umständen sind ihre Wünsche in der Anamnese notiert, jedoch sind die oft spärlich in der Aufführung. Beim Zusammentreffen erfasse ich die aktuelle Situation der Klientin, damit ich weiss, wo sie steht und ich sie abholen kann. Für mich gehört zum Empowerment einer Frau, sie immer über ihre Situation und das Procedere zu informieren. Meine Klientin soll wissen, wo sie sich befindet und welche weiteren Möglichkeiten sie hat. Mit ihr und ihrer Begleitperson versuche ich immer in partnerschaftlicher Zusammenarbeit eine Lösung zu finden. Meiner Erfahrungen nach und gemäss den Rückmeldungen der Frauen erreiche ich mit diesem freundschaftlichen und partnerschaftlichen Umgang eine Zufriedenheit bei meinen Klientinnen. Auch als Hebamme in Ausbildung habe ich die Möglichkeit in suspekten oder pathologischen, geburtshilflichen Situationen das Selbstbestimmungsrecht der Frau zu fördern. Ich nehme sie als Person mit ihrer Begleitperson wahr, erkläre ihr die Situation, in der sie sich befindet, in verständlichen Worten. Zur Bewältigung der Situation, zeige ich ihr ihre Ressourcen auf, ich ermutige und begleite sie.

Für die Erläuterung des Themas Empowerment der Frau unter der Geburt, dient mir das Beispiel künstlicher Blasensprung. Eine Zweitgebärende hat eine Muttermundweite von 8 cm, der kindliche Kopf ist auf der Interspinalenebene zu finden, die Fruchtblase steht prall im Weh. Um die Geburt zu beschleunigen, informiere ich meine Klientin über die Möglichkeit des künstlichen Blasensprungs. Sie entscheidet sich jedoch dagegen und möchte mit aufrechten Positionen die Geburt vorantreiben. Meine Klientin kann sich somit selbständig und informiert für oder gegen eine geburtsvorantreibende Variante entscheiden und ich konnte sie in ihrer Wahl unterstützen.

6 Möglichkeiten und Alternativen zum Geburtsplan

Zur Förderung des Empowerments der Frau unter der Geburt kann der Geburtsplan ein mögliches Instrument sein. Jedoch sind die Methoden der Informationsbeschaffung vielfältig und individuell. Daher sind Informationen nicht immer evidenzbasierend oder stützen sich nicht auf Fachwissen. Des Weiteren fördert ein Geburtsplan unter Umständen den Kontakt zu Fachpersonen nicht. Um gerade den Kontakt zwischen den Fachpersonen und ihren Klientinnen stärken und die partnerschaftliche Zusammenarbeit fördern zu können, kann eine kontinuierliche Betreuung von Nutzen sein.

6.1 Hebammenbetreuung

Die Philosophie und das Modell der Hebammenbetreuung des International Confederation of Midwives (ICM) (2005) beschreibt die Geburt als normalen, physiologischen Prozess, in welchem Hebammen die am besten geeigneten Betreuungspersonen sind. Sie sollen Frauen befähigen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Familie zu übernehmen und fördern eine partnerschaftliche, persönliche, kontinuierliche und antiautoritäre Beziehung voller Respekt in die Fähigkeiten der Frau. Sie stärkt die Frau in ihrem Selbstvertrauen und unterstützt sie in ihren Rechten, damit die Frau befähigt ist, eigene sowie informierte Entscheidungen treffen zu können.

Hebammengeburtshilfe wird zu Hause bei der Frau, in häuslicher Umgebung, in Hebammenpraxen, in Geburtshäusern und in Spitälern angeboten und ist den jeweiligen Bedürfnissen der Frau angepasst und bewegt sich im gesetzlichen Rahmen. Die Hebammengeburtshilfe umfasst die Betreuung und Begleitung der Frau in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett. Des Weiteren stellt sich die Hebamme der Frage der Gesundheitserziehung und der Familienplanung. Die Hebamme stellt die Frau und ihr Umfeld in ihrer speziellen Situation ins Zentrum (Schweizerischer Hebammenverband 2005).

Die Hebammengeburtshilfe wird beeinflusst durch Medizintechnik, Modeströmungen, Frauenbewegungen, sozioökonomischer Lebensstandard, Bildungsstand, gesellschaftliche Normen und Werte aber auch hierarchische Strukturen sowie Gesundheits- und Berufspolitik.

In einem Protokoll der Cochrane Collaboration von Hatem et al. (2001) wird beschrieben, dass Hebammen in Partnerschaft mit den Frauen und ihrem Umfeld arbeiten und die Betreuung mit ihnen planen.

6.1.1 Schwangerenvorsorge durch Hebammen

Die Schwangeren haben während der gesamten Schwangerschaft Zeit, sich um sich Gedanken über die Geburt zu machen. Oft finden auch schon Gespräche und ein Informationsfluss über die Geburt vor einer Schwangerschaft statt. Jedoch sollten Gespräche mit Fachpersonen wahrgenommen werden. Denn diese haben das entsprechende Fachwissen und können Fragen, Sorgen, Wunschvorstellungen und Ängste klären. Eine Kontrolle in der 36. Schwangerschaftswoche (SSW) könnte für ein längeres Gespräch genutzt werden. Frauen haben zu diesem Zeitpunkt den grössten Teil der Schwangerschaft hinter sich, sollten bei einem regelrichtigen Verlauf trotzdem noch genügend Zeit haben, sich mit der Geburt auseinander zu setzen. In dieser Schwangerschaftskontrolle könnten die Geburtspläne ausführlich besprochen werden. Zuvor sollte die Frau anfangs zweites Trimenon darauf sensibilisiert werden, einen Geburtsplan zu schreiben. Im zweiten Trimenon geniessen die meisten Frauen ihre Schwangerschaft und sind sehr ausgeglichen. Sie freuen sich darauf, mit ihrem Umfeld die kommende Zeit zu diskutieren. Für diese Auseinandersetzung hätten sie genügend Zeit bis zur Kontrolle in der 36. oder 37. SSW. Um genügende Informationen für das Vorgehen und

Erstellen eines Geburtsplans zu haben, sollte den Frauen ein Schriftstück mit Anregungen zum Geburtsplan ausgehändigt werden. Des Weiteren muss jeder Frau die Entscheidung überlassen werden, ob sie sich mittels Geburtsplan mit der bevorstehenden Geburt auseinandersetzen möchte (Simkin 2007).

6.1.2 Beleghebammen-system in den Spitälern

Damit die Frauen keine Geburtspläne mehr schreiben müssten und trotzdem eine frauenzentrierte, ganzheitliche sowie partnerschaftliche Hebammenbetreuung bekämen, müsste das Beleghebammen-system mehr gefördert und unterstützt werden. Die Frauen haben dann die Möglichkeit ihre Hebamme, die sie während der Schwangerschaft und der Geburt betreut, auszusuchen. Bei Frauen, die als Risikoschwangere gelten und in einem Spital unter den oben erwähnten Bedingungen gebären möchten, wäre dies ein ideales Modell.

6.1.3 Geburtsvorbereitungskurse

Geburtsvorbereitungskurse sind eine weitere Möglichkeit, um die Frauen zu motivieren, einen Geburtsplan zu verfassen. Langer (2004) schreibt, dass Geburtsvorbereitungskurse in verschiedenen Formen und durch verschiedene Berufsgruppen angeboten werden. Sie dienen zur Informationsvermittlung aber auch zur körperlichen Vorbereitung auf die Geburt wie zum Beispiel Atemübungen und Entspannungstechniken. Untersuchungen haben gezeigt, dass vor allem Frauen aus der sozialen Mittelschicht der urbanen Bildungsbürger solche Kurse besuchen. Somit werden durch Geburtsvorbereitungskurse sozioökonomisch unterprivilegierten oder psychisch belastete Frauen weniger erreicht, obwohl gerade diese eine perinatalogische Risikogruppe darstellen.

6.2 Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Eine Hand wäscht die andere. Um die Geburtshilfe voran zu treiben, Qualität gewährleisten zu können und partnerschaftlich mit unseren Klientinnen zusammenarbeiten zu können, müssen die verschiedenen Fachpersonen zusammenarbeiten können.

In der multidisziplinären Zusammenarbeit stehen in einem Zentrumsspital zum einen die Hebamme im Gebärsaal, die Hebammen und Pflegefachfrauen auf dem Wochenbett, das Ärzteteam, die zuweisenden Instanzen wie freischaffende Hebammen und Gynäkologen, die Pflegeassistentinnen etc.. In meiner Ausbildung zur Hebamme wurde mir einiges an Werkzeug zur Förderung der Zusammenarbeit mitgegeben, dasselbe Werkzeug, welches ich für Empowerment-Prozesse der Frau anwenden kann. Ich merke immer wieder, dass ich auf jede einzelne Instanz und Berufsgruppe in meinem Arbeitsalltag im Zentrumsspital angewiesen bin. Angepasste Kommunikation und gezieltes Feedback fördert die Zusammenarbeit. Das multidisziplinäre Team ermöglicht mir, mich auf die Klientin und ihre Begleitperson zu konzentrieren. Gerade in einem Zentrumsspital ist die reibungslose Zusammenarbeit wichtig. Dies verschafft dem Gebärsaalteam die Zeit, sich auf die Frau einzulassen. Trotzdem erlebe ich es auch immer wieder, dass Spannungen zwischen den einzelnen Disziplinen herrschen oder entstehen. Sobald im Gebärsaal die Meinungen auseinander gehen, entsteht zwischen den verschiedenen Fachpersonen eine Kluft. In Situationen, in welchen die Grenzen der Kompetenzen verschwommen sind, kann die Zusammenarbeit erschwert werden, da jede Berufsgruppe sein eigenes Berufsfeld und die eigenen Standpunkte verteidigen will. Leidtragende sind in diesem Fall unsere Klientinnen. Sie spüren unter Umständen die Uneinigkeit der Fachpersonen, bekommen vielleicht sogar unterschiedliche Informationen, was sich negativ auf ihre Entscheidungsfindung auswirken kann.

Matthews et al. (2005) schreiben in einer explorativen Studie, dass Hebammen selbst Empowerment erfahren müssen, um ihre Klientinnen empowern zu können. Hebammen erfahren gemäss dieser Studie Empowerment über Wertschätzung des Arbeitgebers, Ansprech-

person der Klientinnen zu sein, Kenntnis des Arbeitsumfelds und die Fertigkeiten haben, die Rollen als Hebamme auszuführen.

6.2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen

Die Hebamme kann in eigenständiger Weise Diagnosen erstellen, Therapie und Pflege bei allen regelrechten, physiologischen Vorgängen durchführen und bei pathologischen sowie regelwidrigen Vorgängen Aufgaben in interdisziplinärer Zusammenarbeit übernehmen. Sie arbeitet mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen. Hebammen ziehen andere Berufsgruppen bei der Behandlung bei oder überweisen die Frauen, wenn deren Bedarf an Betreuung ihre Kompetenzen überschreitet (Schweizerischer Hebammenverband 2005).

Hebammen unterstützen in ihrer assistierenden Funktion die gynäkologisch-geburtshilfliche Diagnostik und Therapie und führen ärztliche Anordnungen aus. Hebammen erkennen und beugen potenziellen Komplikationen vor, überwachen und beobachten Frau sowie Kind und leiten mit ärztlicher Unterstützung lebensnotwendige Erste Hilfe oder Sofortmassnahmen ein. Hebammen schätzen zudem eigenständig menschliche Reaktionen auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme ein. Sie handeln im Rahmen eines Hebammenassessments. Sie sammeln, prüfen, ordnen, bündeln, berichten, dokumentieren, analysieren und interpretieren Informationen von der Frau, ihrem Umfeld oder von anderen Gesundheitsberufen und erkennen sowie benennen daraus Ressourcen sowie Hebammediagnosen (Georg et al. 2006).

Meine Erfahrung mit der interdisziplinären Zusammenarbeit in einem Zentrumsspital ist, dass die Zusammenarbeit auf Geben und Nehmen beruht. Zwischen den verschiedenen Arbeitsgruppen muss eine Vertrauensbasis entstehen. Damit will ich sagen, dass der Austausch stattfinden sollte. Bei fortlaufender Information an den Arzt können sie abschätzen, wie die Arbeitsweise der Hebamme ist. Sie wissen, wie es aktuell um die Frau steht und können sich darauf verlassen, dass sich die Hebamme bei suspektem Verlauf oder Pathologien meldet. Einerseits kann somit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, andererseits wird der Hebamme mehr Spielraum zugestanden. Die Hebamme kann somit in ihren Kompetenzen eigenständig arbeiten, ist und bleibt die Ansprechperson der Frau und ihrer Begleitperson. Diese Konstellation wird von aussen nicht gestört, was sich wiederum positiv auf das Geburtserleben auswirkt. Die Hebamme hat Zeit, sich auf die Frau einzulassen und nach ihren Wünschen sowie Vorstellungen zu handeln.

6.2.2 Leitlinien in der Geburtshilfe

Guidelines sind ein Instrument und ein Hilfsmittel für Entscheidungsprozess im Kompetenzbereich von diversen Fachpersonen. Diese Leitlinien stellen sicher, dass allen Fachpersonen das gleiche Wissen zur Verfügung steht. Sie minimieren Risiken in der Gesundheitsversorgung von Frauen und Kindern und dienen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen. Diese Orientierungshilfen sollten wissenschaftlich begründete, praxisorientierte und aktuelle Handlungsempfehlungen sein und sollten den Konsens mehrerer Experten erzielen. Qualitätskriterien von Guidelines sind evidenzbasierte Wissenschaftlichkeit, Transparenz, Klarheit und Verständlichkeit, Angaben des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, Flexibilität und Dokumentation der Leitlinienentwicklung sowie der Überprüfung (Schweizerischer Hebammenverband 2006).

Diese Dokumente können für die Hebammenarbeit in einem Zentrumsspital sehr hilfreich sein. Sie kann sich danach richten und in gewissen Situationen erleichtert es die interdisziplinäre Zusammenarbeit, da der Kompetenzbereich normalerweise genau festgelegt ist. Doch Leitlinien können die frauenzentrierte Betreuung behindern, indem die Fachperson den salutogenetischen Aspekt der Betreuung ausser Acht lässt und sich primär nur noch auf die Pathologie konzentriert. Leitlinien können durch die Struktur und Hierarchie des Spitals bestimmt sein. Unter Umständen wurden zur Erstellung von spitalinternen Guidelines nur Experten und Expertinnen aus der gleichen Berufsgruppe hinzugezogen. Oder die Leitlinien beziehen sich nicht auf die aktuellste Evidenz.

7 Schlussfolgerungen

Der Geburtsplan wurde entwickelt, um den Frauen wieder vermehrt die Kontrolle zurück zu geben, ihnen Respekt entgegen zu bringen und sie in ihrer Entscheidungsfindung sowie Autonomie zu stärken. Um einen Geburtsplan erstellen zu können müssen Frauen empowert werden. Sie sollen ermächtigt werden, in einer schwierigen Situation die Zügel in den Händen zu halten und sie mit ihren eigenen Ressourcen zu bewältigen.

Um die Geburt nach eigenen Wünschen mit den eigenen Ressourcen bewältigen zu können und in Entscheidungsprozesse involviert zu werden, benötigen die Klientinnen Wissen, das sie aus verschiedenen Quellen herleiten können. Quellen für Wissenserweiterung bezüglich Geburt sind Geburtsvorbereitungskurse, Fachpersonen, Bücher, Familie und Freunde, Internet und Fernsehen. Jede Quelle besitzt Vor- und Nachteile der Informationsvermittlung. Wichtig ist, dass die Schwangere umfassend über physiologische Vorgänge der Geburt und natürliche Mittel sowie Methoden zur Geburtsbewältigung informiert wird. Denn eine Geburt ist noch immer ein natürlicher Vorgang und sollte soweit dies vertretbar ist, so vermittelt und als solchen behandelt werden. Lothian (2006) schlägt vor, sich in einem Geburtsplan über folgende Fragen Gedanken zu machen: Was brauche ich, um zuversichtlich und voller Selbstvertrauen während der Geburt zu bleiben? Was brauche ich, um mich sicher zu fühlen? Was brauche ich, um mit den Wehen umgehen zu können? Wer brauche ich als Unterstützung unter der Geburt, wer darf dabei sein? Was brauche ich von diesen Personen?

Agård (2005) sieht die Vorteile des Geburtsplans klar in der Förderung der Autonomie der Klientin. Sie werden ermächtigt durch informierte Zustimmung oder Ablehnung ihre eigene Wahl zu treffen, Autonomie wird den Frauen zugestanden und ihnen wird vom Personal Respekt entgegen gebracht. Ein Geburtsplan hilft des Weiteren den Fachpersonen schnell die Wünsche der Frau zu eruieren und gezielt sowie individuell auf sie einzugehen. Durch die Pläne werden auch starre Klinikrichtlinien in Frage gestellt und unter Umständen nach bester und neuester Evidenz revidiert. Lothian (2006) glaubt, dass eine Kluft zwischen den Gebärenden und dem Fachpersonal entsteht. Viele Frauen empfanden die Geburt als unbefriedigend, wenn sie einen Geburtsplan erstellt hatten. Im Gegenzug fühlten sich die Fachpersonen in die Ecke gedrängt. Gezielte und umfassende Informationen zu bekommen, stellt sich als schwierig heraus. Informationen sind oft einseitig und von den eigenen Vorstellungen gesteuert.

7.1 Bezug zur Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit ist, ob der Geburtsplan ein geeignetes Instrument ist, um Entscheidungsfindungsprozesse unter Geburt zu fördern sowie die Frau zu empowern und ob der Geburtsplan im Spitalalltag angewendet werden kann.

Meiner Meinung nach können Entscheidungsfindungsprozesse unter der Geburt mittels Geburtsplan gefördert werden. Die Fachpersonen haben durch den Plan die Möglichkeit die Klientin schnell und individuell zu erfassen und in ihrem Sinne Entscheidungen zu fällen. Frauen werden durch das Erarbeiten eines Geburtsplans empowert sich über die Geburt Gedanken zu machen, sich mit der Geburt auseinander zu setzen und schon vorgängig Entscheidungen zu treffen und deren Konsequenzen zu tragen. Dies ist sehr wichtig und kann die Bewältigungsstrategie unter der Geburt positiv beeinflussen. Leider gibt es auch hier die Kehrseite der Medaille. Die Fachpersonen müssen versuchen, die Frau in ihren Wünschen und Vorstellungen zu unterstützen und zu fördern und zu empowern, denn auch die Fachpersonen tragen wesentlich zum Gelingen und zu einem positiven Geburtserleben der Klientinnen bei. Fachpersonen fühlen sich jedoch oft in die Ecke gedrängt, wenn die Pläne keinen Spielraum mehr lassen und handeln anschliessend vielfach nicht mehr im Willen der Klientin. Dadurch wird die partnerschaftliche Beziehung gestört und die Frauen sind nach der Geburt oft enttäuscht und unzufrieden über den Geburtsablauf. Die Anwendung im Spitalalltag ist im

Moment sicher noch erschwert. In den Spitälern muss der Geburtsplan und auch das Empowerment der Frau vorerst eine bessere Stellung erlangen, damit die Frauen nicht mehr als zu fordernd eingestuft werden. Des Weiteren sollte jeder Geburtsplan im Voraus ausführlich besprochen werden. Fachpersonen sollten sich Zeit für eine Diskussion nehmen und mit den Frauen gemeinsam ihre Vorstellungen klären sowie diese über die Durchführbarkeit überprüfen. Auch das Empowerment in einem Zentrumsspital ist meiner Meinung nach erschwert. In eine grundlegende Entscheidung werden mehrere Personen miteinbezogen. Unsere Klientinnen haben während der Geburt oft nicht mehr die Chance sich ausführlich und vollumfänglich differenziert mit der gegebenen Fragestellung auseinander zu setzen. Sie sind daher auf die Ehrlichkeit und Transparenz der Fachpersonen angewiesen, um selbständig entscheiden zu können.

7.2 Empowerment als Konsequenz für die Praxis

Mit dem Geburtsplan stellt sich automatisch die Frage, ob Frauen das Recht haben über jegliche Möglichkeiten in der Geburtshilfe zu wählen. Dürfen sie sich zum Beispiel ohne medizinische Indikation für eine PDA oder eine Sectio caesarea entscheiden? Die Frage, ob Interventionen ohne medizinische Indikation durchgeführt werden dürfen, sollte sich jede Fachperson vor Augen halten und diese für sich klären. Die WHO und evidenzbasierte Literatur sehen die Geburt als natürlichen Akt, bei dem so wenig wie möglich interveniert werden sollte.

Unsere Klientinnen verdienen eine genaue und ausführliche Aufklärung über die Geburt und mögliche Interventionen. Auch sollte das Fachpersonal die Zeit aufbringen, sich ihre Gedanken, Wünsche und Bedenken anzuhören und mit ihr darüber sprechen. Hebammen, wie auch Ärzte und die jeweiligen Institutionen sollten sich ihrer Macht bewusst sein, im besten Sinne der Frau sowie des Gesetzes und auch evidenzbasiert handeln. Jedoch sollte man sich auch bewusst darüber sein, dass gewisse Richtlinien und Schemen den Ablauf vereinfachen, Struktur geben und Risiken vermindern können.

Nach Befassen mit der Fragestellung und kritischem Hinterfragen der vorhandenen Literatur kann ich sagen, dass ich eine Vielfalt an Quellen beigezogen habe. Ich konnte viele Artikel finden, die in Fachzeitschriften verfasst wurden. Diese Artikel wurden meiner Meinung nach differenziert geschrieben. Die Veröffentlichung in medizinischen Fachzeitschriften spricht für die Qualität der Literatur. In den Büchern unserer Pflichtliteraturliste wie in den Herausgeberwerken Schneider et al. (2004) *Die Geburtshilfe*, Mändle et al. (2003) *Das Hebammenbuch* und Geist et al. (2005) *Hebammenkunde* konnte ich wenig bis keine Informationen über Empowerment der Frau sowie Geburtsplan finden. Dies sind die wichtigsten literarischen Werke, die mich in meiner Ausbildungszeit begleitet haben. Daher ist es für mich enttäuschend, keine Artikel zu den in dieser Arbeit behandelten Themen vorzufinden. Auch im Internet, konnte ich nur sehr wenig differenzierte Literatur für den Laien finden. In der heutigen Zeit, so meine Meinung, holen sich viele ihre Informationen über das Internet. Deshalb finde ich es eminent wichtig, kritische und doch informative Texte für den Laien verfügbar zu machen, um das Empowerment zu stärken. Ermächtigung beginnt für mich schon bei der Informationsbeschaffung. Unsere Klientinnen bekommen somit die Chance, sich in Ruhe und in ihrem eigenen Tempo mit ihren Fragen sowie den dazugehörigen Antworten auseinander zu setzen

8 Literaturverzeichnis

- Agård A 2005 Informed Consent: Theory Versus Practice [online] *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine* 2(6):270 Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/507035> [Accessed 17 July 2007]
- American Pregnancy Association 2007 Creating Your Birth Plan [online] *American Pregnancy Association* Available from: <http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/birthplan.htm> [Accessed 17 July 2007]
- Baby Center 2007 Einen Geburtsplan schreiben [online] L.L.C. Verfügbar unter: <http://www.babycenter.ch/pregnancy/geburtsvorbereitung/geburtsplan> [Zugegriffen 11. Mai 2007]
- Berg M, Lundgren I, Lindmark G 2003 Childbirth Experience in Women at High Risk: Is It Improved by Use of a Birth Plan? [online] *The Journal of Perinatal Education* 12(2):1-15 Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1595149> [Accessed 29 May 2007]
- Bockenheimer-Lucius G 2002 Zwischen „natürlicher Geburt“ und „Wunschsectio“ – Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe [online] *Ethik in der Medizin* (14):186-200 Verfügbar unter: <https://commerce.metapress.com/content/rh6trxm7362d18yy/resource-secu-red/?target=fulltext.pdf&sid=g2rgp4qjho4dvr45q4jh4k55&sh=www.springerlink.com> [Zugegriffen 01. Mai 2007]
- Bonus Marketing GmbH 2006 Vorbereitung auf die Geburt – alles rund um die Geburt [online] *Baby Bonus* Verfügbar unter: http://www.baby-bonus.de/red4net/pub_content.asp?content=1&id=136&menu=02060000 [Zugegriffen 11. Mai 2007]
- Brailey S 2005 Informiert wählen – Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung *Hebamme.ch* (10):4-9
- Brailey S 2006 Pro und contra – Geburtsplan *Hebamme.ch* (10):4-8
- Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J 1998 *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt, Ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer* 1. Aufl Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., Wiesbaden
- Georg J, Cignacco E 2006 Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufes In: Cignacco E (Hrsg) *Hebammenarbeit* 1. Aufl Verlag Hans Huber, Bern S 255-281
- Germann-Marti N 2003 *Geburtsangst bei schwangeren Frauen im letzten Trimenon: Veränderung und Einfluss auf das Geburtserlebnis, den Geburtsverlauf und die psychische Befindlichkeit post partum* Unpublizierte Lizenarbeit des Fachbereichs Klinische Psychologie II, Philosophische Fakultät der Universität Zürich
- Gesundheitsgesetz (GesG) 2001 Regierungsrat, Bern [online] *Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern* Verfügbar unter: http://www.gef.be.ch/site/print/gef_pzm_eintritt_patientenrecht_gesundheitsgesetz_811-01.pdf [Zugegriffen 15. April 2007]

- Hatem M, Hodnett E, Devane D, Fraser W, Sandall J, Sotani H 2007 Midwifery-led versus other models of care delivery for childbearing women – Cochrane protocol [online] *John Wiley & Sons Ltd, Somerset* Available from: http://www3.interscience.wiley.com/user/accessdenied?ID=109592421&Act=2166&Code=4717&Page=http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004667/pdf_fs.html [Accessed 11 may 2007]
- Hodnett E 2002 Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review [online] *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **186**:160-172 Available from: <http://pt.wkhealth.com/pt/re/ajog/abstract.00000447-200205002-00012.htm;jsessionid=G15JmQHxQMnSjSRT5N8X6sfW4DdVxCPPK6nQHH43KGHMqg0K9MrM!2112021004!181195629!8091!-1> [Accessed 29 may 2007]
- Hunt S, Symonds A 1995 *The Social Meaning of Midwifery* 1. Aufl Macmillan Press LTD, London
- International Confederation of Midwives 2005 The philosophy and model of midwifery care [online] *International Confederation of Midwives, Brisbane* Available from: http://www.internationalmidwives.org/pdf/midwiferycare_2005-ENGLISH.pdf [Accessed 29 may 2007]
- Langer M 2004 Psychosomatik In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl Springer-Verlag, Berlin S 1011-1023
- Lothian J 2006 Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future [online] *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* **35**(2):295–303 Available from: <http://www.blackwellsynergy.com/action/showPdf?submitPDF=Full+Text+PDF+%28116+KB%29&doi=10.1111%2Fj.1552-6909.2006.00042.x> [Accessed 29 may 2007]
- Luther B 2006 Salutogenese als Modell für die Hebammenarbeit *Die Hebamme* (19):269-272
- Matthews A, Scott P A, Gallagher P, Corbally M A 2005 An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives [online] *Midwifery* **22**:181-191 Available from: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/623060/description#description [Accessed 29 may 2007]
- Mutzeck W 2002 Ressourcen Erschliessende Beratung (REB) unter Verwendung Subjektiver Theorien In: Mutzeck W, Schlee J, Wahl D (Hrsg) *Psychologie der Veränderung – Subjektive Theorien als Zentrum nachhaltiger Modifikationsprozesse* 1. Aufl Beltz Verlag, Basel S 22-38
- Roberson A 2004 Die Sprache der Geburt – Kommunikation ist mehr als Worte *Hebamme.ch* (9):4-11
- Rogers C 1994 *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* 10. Aufl Klett-Cotta, Stuttgart
- Schmid V 1998 *Il dolore del parto* Centro Studio il Marsupio, Frenze
- Schulz von Thun F 2004 Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen, Allgemeine Psychologie der Kommunikation 40. Aufl Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg
- Schweizerischer Hebammenverband 1998 Funktionen, Ausbildungsziele und Schlüsselqualifikationen [online] *Schweizerischen Roten Kreuz, Bern* Verfügbar unter: http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/funktionend.pdf [Zugegriffen 01. Juli 2007]
- Schweizerischer Hebammenverband 2005 Berufsdefinition der Hebamme [online] *Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern* Verfügbar unter: http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/berufsdefinitiond.pdf [Zugegriffen 01. Juli 2007]

- Schweizerischer Hebammenverband 2007 Qualitätsordner: Guidelines [online] *Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern* Verfügbar unter: http://www.hebamme.ch/x_dnld/qs/Qualitaetsordner.pdf [Zugegriffen 01. Juli 2007]
- Simkin P 2007 Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard [online] *Birth* **34**:49-51 Available from: <http://www.blackwellsynergy.com/action/showPdf?submitPDF=Full+Text+PDF+%2856+KB%29&doi=10.1111%2Fj.1523-536X.2006.00126.x&cookieSet=1> [Accessed 29 may 2007]
- Stahl K 2005 Evidenzbasiertes Arbeiten in der Schwangerenvorsorge In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg) *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* Hippokrates Verlag, Stuttgart S. 22-26
- Wagner A 2001 Das Empowerment-Konzept [online] *Empowerment. Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden* Verfügbar unter: <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/empinh.htm> [Zugegriffen 27.07.2007]
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (1997) Care in normal birth: A practical guide [online] *World Health Organization, Geneva* Verfügbar unter: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf [Zugegriffen 29. Mai 2007]
- Yam E, Grossman A, Goldman L, Garcia S 2006 Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans [online] *Birth* **34**(1):42-48 Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x> [Accessed 29 may 2007]

9 Bibliographie

- Bluff R, Cluett E (Hrsg) 2003 *Hebammenforschung – Grundlagen und Anwendung* 1. Aufl Verlag Hans Huber, Bern
- Chalmer B 2007 Let Us Not Ignore Women's Concerns and Wishes from Developing Countries [online] *Birth* **34**(1):51-52 Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/ref/10.1111/j.1523-536X.2006.00127.x> [Accessed 29 may 2007]
- Cooper T 2001 Informed consent is a primary requisite of quality care [online] *British Journal of Midwifery* **9**(1):42-45 Available from: http://www.intermid.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=8030;article=BJM_9_1_42_45 [Accessed 01. July 2007]
- Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) 2005 *Hebammenkunde* 3. Aufl Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Kühn K, Meinrenken H, Prill H-J, Stockhausen H 1990 Psychologische und medikamentöse Geburtserleichterung, Schmerzlinderung unter der Geburt In: Martius G (Hrsg) *Hebammenlehrbuch* 5. Aufl Georg Thieme Verlag, Stuttgart S 1548-575
- Mändle C, Opitz-Kreuter S, Wehling A (Hrsg) 2003 *Das Hebammenbuch* 4. Aufl Schattauer GmbH, Stuttgart
- Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) 2004 *Die Geburtshilfe* 2. Aufl Springer-Verlag, Berlin
- The Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) 1996 The Mother-Friendly Childbirth Initiative [online] *CIMS National Office, Ponte Vedra Beach* Available from: <http://www.motherfriendly.org/MFCI/> [Accessed 01. July 2007]

10 Abkürzungsverzeichnis

CIMS The Coalition for Improving Maternity Services

EBM Evidence Based Medicine

GesG Gesundheitsgesetz

ICM International Confederation of Midwives

PDA Periduralanästhesie

SSW Schwangerschaftswoche

WHO World Health Organization