

Herrn/ Frau Dr.
 Adresse Krankenhaus

Frau (Hebamme)

Sehr geehrter Herr Dr., Sehr geehrte Frau
 Dr.

Sehr geehrtes Hebammen-Team,

wir möchten, dass Sie die Geburt unseres Kindes begleiten. Nach einer komplikationslosen (*hier bitte anpassen, falls es Komplikationen gab*) Schwangerschaft erwarten wir einen naturgemäßen, physiologischen Verlauf der Geburt. Wir sind uns bewusst darüber, dass wir die Verantwortung für eine physiologisch weitestgehend natürliche Geburt übernehmen. Wir übernehmen diese Verantwortung mittels einer gründlicheren Geburtsvorbereitung als allgemein üblich. Das bedeutet, wir haben uns ab der ... Schwangerschaftswoche in insgesamt Stunden die Geburt gemeinsam vorbereitet.

Wir bringen mit:

1. Innere Sicherheit durch Atem-, Entspannungstechniken
2. Intensive Schulung über die Physiologie | Psychologie einer Geburt
3. Umfassendes Wissen über Abweichungen und wann medizinische Hilfe erforderlich ist
4. Eine vorgeburtlich gestärkte Mutter-Kind-Beziehung, mit der wir unserem Baby in der Geburt Geborgenheit/Sicherheit geben. Unser Baby können wir während der Geburt anleiten.
5. Die Arbeit an Traumata im Rahmen der Bindungsanalyse.

ACHTUNG! Wir benötigen eine TRAUMASENSIBLE BEGLEITUNG.

Als Elternpaar haben wir miteinander weitestgehende Absprachen getroffen (siehe Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht). Während der Geburt will ich mich vollkommen auf mein Kind und meine Geburtsarbeit konzentrieren können. Deshalb übernimmt meine Begleitperson* die Kommunikation mit Ihrem Gesundheitsteam außerhalb des Raumes, in dem ich mich befinde. Bitte berücksichtigen Sie dies. Bitte informieren Sie Ihr gesamtes Geburtsteam über unsere Verfügung. Meine Begleitperson* wird im Falle von Auffälligkeiten entscheiden, wann und in welcher Form ich einbezogen werde. Weil insbesondere die Kommunikation über GeburtsbegleiterInnen von Hebammen/ÄrztInnen als Entmündigung fehlinterpretiert worden sind, bitten wir Sie darum, dass Sie bzgl. der nachfolgenden Verfügungen die Zustimmung/ Ablehnung von Ihrem gesamten Geburtsteam klären. Aussagen wie: „Sie haben nur 2 cm geschafft“ und ähnliche bitten wir zu unterlassen, da sie extrem entmutigend sind und den Geburtsverlauf sofort in eine von Ihnen und uns nicht gewollte Richtung bringen können. Falls eine Person hiermit Schwierigkeiten haben sollte, wollen wir dies umgehend erfahren, um eine andere Geburtsklinik wählen zu können..

Wir sind uns weiter bewusst, dass sich im Geburtsverlauf Gefahrensituationen ergeben können. NACH Erstellung einer Diagnose wird meine Begleitperson* die weiteren Entscheidungen treffen. **Die Sicherheit unseres Kindes ist unsere absolute Priorität. Wir wollen rechtzeitig und möglichst entspannt gemeinsam mit Ihnen erörtern können, ob und wenn ja welche Interventionen für die psychische und physische Gesundheit von mir und meinem Kind angemessen sein können.**

Bitte nehmen Sie diese Unterlagen zu unseren Geburtsakten, damit das gesamte uns in der Geburt begleitende Klinikpersonal ebenfalls unsere Verfügungen beachten kann.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen Ort, Datum,

..... Unterschrift der Eltern

* PartnerIn / Vater / Vorsorgebevollmächtigte(r)

Vorsorgevollmacht gem. § 1901 BGB für die Geburt unseres Kindes

Ich,.....
 (Name, Vorname, Geburtsname) (Vollmachtgeberin)

.....
 (Geburtsdatum, Geburtsort)

.....
 (Anschrift: Straße, PLZ Ort)

.....
 (Telefon, Fax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

.....
 (Name, Vorname) (Vollmachtnehmer*in)

..... (Geburtsdatum, Geburtsort)

..... (Anschrift, Telefon, E-Mail)

Meine Vertrauensperson beauftrage ich hiermit, alle Informationen bzgl. des Geburtsverlaufs für mich entgegenzunehmen und mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich in der folgenden Patientenverfügung angekreuzt habe. Durch diese Bevollmächtigung soll meine ruhige und entspannte Konzentration auf meine Geburtsarbeit gewährleistet werden. Weiterhin soll verhindert werden, dass ich durch Diagnosen ohne vorherige detaillierte Befunderhebung und/oder Gewalt in der Kommunikation entmutigt werde, in Panik gerate und demzufolge mein Körpersystem keine kontinuierliche Geburtsarbeit mehr leisten kann. Im Falle von Auffälligkeiten im Geburtsverlauf beauftrage ich meine Vertrauensperson, vorgeschlagene medizinische Interventionen zu hinterfragen. Somit soll sichergestellt werden, dass medizinische Eingriffe in den Geburtsprozess meines Kindes Evidenz basiert sind. Im Falle eines echten Notfalls ist meine Vertrauensperson bevollmächtigt, mich sofort hinsichtlich der Entscheidung des weiteren Geburtsmodus zu informieren. Wir sichern Ihnen zu, dass die Sicherheit des Babys unser höchstes Interesse ist.

Falls Interventionen medizinisch wirklich unumgänglich werden sollten, versichern wir Ihnen, nach fundierter Diagnoseerhebung und ausführlicher Aufklärung erforderliche Einwilligungen zu erteilen.

.....
 (Ort, Datum)

(Unterschriften)

..... Mutter / Vorsorgeberin

..... Begleitperson / Vorsorgenehmer*in)

Patientenverfügung für die Geburt unseres Kindes gem. § 630a bis § 630h BGB

Ich (Name, Vorname)geboren am
 wohnhaft in (Straße, PLZ, Ort)
 bestimme für die Geburt meines Kindes: Zutreffendes ist angekreuzt

Zum Erhalt meiner Intimsphäre bestimme ich: Anwesende Personen bei der Geburt dürfen sein:

- nur für die Geburt zuständige Hebamme/Mediziner*in!!
 Jede weitere Person (Hebammenschülerin, Arzt in Ausbildung) nur nach vorheriger Ankündigung und mit ausdrücklicher Zustimmung) !!
- Meine Begleitperson*. Ich bestimme, dass diese ab Aufnahme in Ihrer Klinik bei mir bleibt.
- Doula
- absolute Ruhe im Raum. Respektierung meiner Intimsphäre.
 Gehen Sie mit mir langsam in Kontakt und sprechen Sie leise.

Verlegung einer Haus-/Geburtshausgeburt, hierfür bestimme ICH:

- dass meine Hausgeburts-/Geburtshaushebamme bis zum Abschluss der Aufnahmeuntersuchung bei mir sein kann und Sie als Klinikhebamme eine wertschätzende kooperierende Übergabe ermöglichen.

Hebammenbetreuung, Gebärpositionen, hierfür bestimme ich:

- Keine CTG-Aufzeichnung bei Aufnahmeuntersuchung gemäß S3-Leitlinie, im übrigen CTG in Intervallen nur bei auffälliger Diagnose
- ein Minimum vaginaler Untersuchungen und ausdrücklich nur nach vorheriger Zustimmung
- venöser Zugang nur bei Vorliegen einer medizinischen Diagnose an einer mir angenehmen Körperstelle (z. B. Handrücken...)
- Gehen Sie mit mir langsam in Kontakt und sprechen Sie leise.
- Respektieren Sie die aktive Einbeziehung meiner Begleitperson* und pflegen Sie eine wertschätzende Kooperation mit ihr/ihm.
- Besprechen Sie alle geburtsrelevanten Informationen vor der Türe außerhalb meines Gebärtraumes mit meiner Begleitperson*. Dies ist für mich KEINE Entmündigung, sondern bedeutet eine enorme Entlastung sowie Stärkung meines Sicherheitsgefühls und dient der Erhaltung meiner Kräfte für die Geburt.
- Absolute Ruhe, wohlwollende bestärkende Worte zur Unterstützung meiner Bedürfnisse
- einfühlsame beruhigende Angebote für Körperhaltungen, sobald Sie beobachten, dass dies für den Geburtsverlauf vorteilhaft ist
- Ich entscheide, ob ich ein Schmerzmittel brauche.

Fortsetzung auf Folgeseite:

..... **BITTE AUCH HIER UNTERSCHREIBEN**
(Ort, Datum, Unterschriften)

* PartnerIn / Vater / Vorsorgebevollmächtigte(r)

Fortsetzung

Hebammenbetreuung während und nach Geburt, Gebärpositionen und Bewegung:

- Bewegungsfreiheit, Gebärpositionen spontan und intuitiv einzunehmen, wenn möglich Wassergeburt
Ich verbiete Gebären in liegender Körperhaltung!
- **Ich verbiete Valsalva-Press-Anweisungen!**
Ich werde mein Baby mit Atmungen hinunter schieben und die natürliche Muskelarbeit meines Körpers damit unterstützen.
- Pressen stimme ich nur für den Fall zu, dass meine Muskeln erschöpft sind und für mein Kind eine diagnostizierte Gesundheitsgefahr eintritt/besteht.
- dass ich den Kopf meines Babys berühren kann, sobald dieser sichtbar ist
- dass ich oder meine Begleitperson* unser Baby in Empfang nehmen
- Ich verbiete das Abrubbeln meines Kindes, wenn es nach der Geburt auf meinem Bauch liegt.
- eine Stunde lang unmittelbaren und ungestörten Hautkontakt mit meinem Baby
(Bonding + Selbstanbindung des Babys)

Beabsichtigte medizinische Interventionen, hierfür bestimme ICH:

- **dass ich eine Geburtseinleitung nach schriftlicher Diagnosen** durch eine Zweitmeinung überprüfen und dann entscheiden werde.
- **Ich verbiete die Geburtseinleitung mit Cytotec oder anderen Medikamenten mit dem Wirkstoff Misoprostol.**
- **Bei Unumgänglichkeit einer Geburtseinleitung mit Misoprostol eine Tageshöchstdosis von 50 Mikrogramm**
- eine **TRAUMASENSIBLE BEGLEITUNG**
- **Ich verbiete eine Beschleunigung der Geburt.**
Die Geburt soll sich in Ruhe entwickeln, so wie es für mein Kind und mich persönlich passend ist. Das bedeutet, dass ich **folgendes ausdrücklich verbiete**:
 1. manipulative Öffnung der Fruchtblase
 2. Weitung des Muttermundes während einer vaginalen Untersuchung
 3. Eipollösung während der vaginalen Untersuchung
- **Ich verbiete den Kristeller-Handgriff.**
Studien belegen, dass der Fundus-Druck keinerlei Vorteile hat. Die WHO empfiehlt, darauf zu verzichten. Wir sehen den Kristellergriff als Gewalt gegen unser Kind und mich. In England und Frankreich ist er verboten. Wenden Sie die in Deutschland bekannten Alternativen an.
- **Ich verbiete einen Dammschnitt**, ich nehme lieber einen Dammriss in Kauf

Komplikationen, hierfür bestimme ICH im Allgemeinen:**Detaillierte Bestimmungen für Kaiserschnitt (Seite 6)**

Wir erwarten von Ihnen eine rechtzeitige schriftliche Diagnose, wenn für mein Kind oder mich eine Gesundheitsgefahr besteht. Im Ernstfall wollen wir in der Lage sein, IN RUHE die für mein Kind und mich behutsamste Beendigung der Geburt zu wählen. **Wir optieren zu frühzeitigem Kaiserschnitt als für das Baby schonenderen Geburtsmodus. Eine vaginal operative Geburt mit Saugglocke/Kristellergriff/Zange wollen wir verhindern.** Den Kristeller-Handgriff sehen wir als Ausübung von Gewalt gegen unser Kind und mich als Gebärende an. Da er in England und Frankreich verboten ist wegen der hohen Risiken, scheint er für eine gesunde gute Geburt überflüssig zu sein.

..... **BITTE AUCH HIER UNTERSCHREIBEN**

(Ort, Datum, Unterschriften) * PartnerIn / Vater / Vorsorgebevollmächtigte(r)

Falls für mein Kind und mich eine schriftlich diagnostizierte Gesundheitsgefahr besteht, bestimme ich, dass meine Begleitperson* und ich über die entwickelten Chemikalien und Handgriffe sämtliche Risiken und juristischen Gegebenheiten (Off-Label-Use, Studienlage, Entstehung der Chemikalie) aufgeklärt werden und diese Einzelheiten in der von mir zu unterschreibenden Zustimmungserklärung erfasst sind. Dies sind die uns vom Gesetzgeber (§ 630 BGB) gegebenen Patientenrechte als Entscheidungsgrundlage. Hierzu zählt ebenfalls die vollständige Benennung von Alternativen.

Abnabeln, Plazentageburt, Ernährung und Untersuchung des Babys, hierfür bestimme ICH:

- **Abklemmen und durchtrennen der Nabelschnur erst nach Geburt der Plazenta, ersatzweise nach vollständigem Auspulsieren der Nabelschnur (abwartendes Management S3-Leitlinie Geburt am Termin)**
- Ich verbiete, dass Sie mein Baby abrubbeln
- Vollständiger natürlicher Selbstanbindungsreflex meines Babys - Zeit hierfür mindestens 1 Stunde: Es krabbelt alleine zur Brust und findet die Brustwarze eigenständig. Der kindliche Selbstanbindungsreflex ist wesentlicher Bestandteil des Anpassungsprozesses des kindlichen Bindungsverhaltens und des Aufbaus eines vollständigen Microbioms.
- gefragt zu werden, bevor meinem Baby etwas verabreicht wird (Vitamin K, Augentropfen, Tee etc.).
- dass Untersuchungen, Baden etc. meines Babys vorher angekündigt und meine Zustimmung eingeholt wird. Ich will dabei sein, damit mein Kind keinen Bindungsabbruch erleidet.
- **dass Sie meinem Baby jede Untersuchung, Baden, Messen, Wiegen vorher ankündigen und erklären, um seine Stressbelastung so gering wie möglich zu halten**
- dass meine Begleitperson* immer bei dem Kind ist, sofern ich das nicht kann.

Plazentageburt, hierfür bestimme ICH:

- gemäß S3 Leitlinie Geburt am Termin (2021) abwartendes Management (60 Minuten keinerlei Beschleunigung)
- medizinische Eingriffe nur nach Diagnose, Aufklärung und meiner Zustimmung

Ich bestimme für die Ernährung meines Kindes:

- Ich will Stillen.
- mein Baby soll selber zur Brust krabbeln (Selbstanbindungsreflex)
- Selbstanbindungsreflex nach einer medikalisierten Geburt: besänftigende emotionale Unterstützung meines Babys
- das entscheide ich spontan.
- **Bei Diabetikerinnen/Schwangerschaftsdiabetes:** Glukosegabe an mein Kind erst ab einem Blutzuckerspiegel von 40, mit dem Löffel
- Wasser, Tee mit dem Löffel und nur NACH meiner Zustimmung
- Ich verbiete, meinem Baby einen Schnuller zu geben

Nach der Geburt wünsche ich mir:

- ein Familienzimmer
- schnellstmöglich aus dem Krankenhaus entlassen zu werden
- andere Wünsche:

..... **BITTE AUCH HIER UNTERSCHREIBEN**

(Ort, Datum, Unterschriften) * PartnerIn / Vater / Vorsorgebevollmächtigte(r)

Kaiserschnitt, hierfür bestimme ICH:

- Bei einem geplanten Kaiserschnitt lehne ich eine Kaiserschnittentbindung ohne Wehenbeginn ab (Ausnahme: Lebensbedrohung für mein Kind oder mich begründende Diagnose)
- dass meine Begleitperson* während der Operation anwesend ist.

Kaiserschnitt mit örtlicher Betäubung

- **Mütterassistierter bindungsfreundlicher Kaiserschnitt**
- keine Fixierung meiner Hände, OP-gerechte Desinfektion meiner Hände und OP-Handschuhe
- absolute Ruhe im OP, das bedeutet keine privaten Gespräche
- leise beruhigende Musik im Hintergrund
- äußerst sorgfältige Öffnung meines Bauches, so dass die Fruchtblase intakt bleiben kann, Senkung des Sichtschutzes, Ausschalten/Dimmung der OP-Beleuchtung
- mein Kind in geschlossener Fruchtblase behutsam aus meinem Bauchraum zu heben und mir auf den Bauch zu legen, so dass ich die Fruchtblase selber öffnen kann
- bei vorzeitigem Blasensprung gehen Sie mit meinem Baby in einen beruhigenden Kontakt und helfen ihm behutsam bei der Entwicklung seines Kopfes
- mir zu helfen, mein Kind mit meinen eigenen Händen herauszuziehen und zu mir auf den Bauch zu legen
- die Verwendung eines Bindungsbandes. Mein Baby soll sofort auf meinen Bauch gelegt werden.
- dass der Kinderarzt mein Baby auf meinem Bauch und möglichst erst nach einer Stunde untersucht.
- dass APGAR u.a. ebenfalls gemacht wird, während mein Baby auf meinem Bauch liegt.

Notkaiserschnitt mit Vollnarkose

- Verwendung des Bindungsbandes
- dass mein Baby im Bindungsband auf meinen Bauch gelegt wird und dort verbleibt, während ich in Narkose bin
- dass meine Begleitperson* im Aufwachraum auf uns wartet, so dass sie während meines Aufwachens bei mir ist
- sollte ich zusätzlich operiert werden müssen, dass mein Kind als erstes zu meiner Begleitperson* kommt
- Ich will mein Kind stillen, sobald ich wieder wach bin.

Schmerztherapie nach Kaiserschnitt, hierfür bestimme ICH:

- Ich will eine adäquate Schmerztherapie, so dass meine Schmerzbelastungen im Ruhezustand auf der Schmerzskala unter 2 und bei Belastungen unter 5 sind. (ärztliche Schmerzskala 0 - 10).

..... **BITTE AUCH HIER UNTERSCHREIBEN**

(Ort, Datum, Unterschriften) * PartnerIn / Vater / Vorsorgebevollmächtigte(r)

Verlegung meines Baby oder von mir, hierfür bestimme ICH:

- dass meine Begleitperson* das Neugeborene begleitet und ein Känguruhtransport ermöglicht wird
- dass ich möglichst schnell körperlichen Kontakt zu meinem Baby herstellen kann.
- dass wir (bei Verlegung in getrennte Kliniken) baldmöglichst in die gleiche Klinik verlegt werden und unser Kind immer unter der Obhut meiner Begleitperson bleibt.

..... **BITTE AUCH HIER UNTERSCHREIBEN**

(Ort, Datum, Unterschriften) * PartnerIn / Vater / Vorsorgebevollmächtigte(r)

Ergänzungen / Empfehlungen / Hinweise der betreuenden Vorsorgehebamme oder Doula

Im Geburtsporgespräch empfangen und zur Kenntnis genommen:

.....
(Ort, Datum)

.....
Ober-/Chefärzt*in)

Vor Übernahme der geburtshilflichen Begleitung zur Kenntnis genommen, Unterschrift bei Schichtwechsel jeweils wiederholen:

.....
(Ort, Datum - Unterschrift diensthabende Hebamme - bitte bei Schichtwechsel wiederholen)

.....
(Ort, Datum - Unterschrift diensthabender Arzt/Ärztin - bei Schichtwechsel erneute Unterschrift)

.....
(Ort, Datum - Unterschrift diensthabender Arzt/Ärztin - bei Schichtwechsel erneute Unterschrift)