

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 88 (1990)

Heft: 1

Artikel: "Die Pflege des kranken Neugeborenen umfasst immer auch die Pflege der Eltern"

Autor: Weisenmüller, A.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950328>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 06.10.2024

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

«Die Pflege des kranken Neugeborenen umfasst immer auch die Pflege der Eltern»

Zitat: Dr. A. Weiersmüller, Kinderarzt, Bern, Ostring 4

Jede Geburt eines Kindes ist zugleich eine Krise der Familie, eine Krise im ursprünglichen Sinn des Wortes: ein Wendepunkt, Gefahr und Chance zugleich.

Jede Geburt verändert die Familienstruktur tiefgreifend und nachhaltig, in der Regel stellt sich ein neues stabiles familiäres Gleichgewicht erst 2–3 Jahre nach der Geburt wieder ein.

Jede Geburt wird nicht nur von freudigen Erwartungen, Hoffnungen und Wünschen begleitet, sondern zugleich von Ängsten und Befürchtungen, welche sich um das Kind und um die neue familiäre Situation drehen.

Jede Geburt bringt Mutter und Kind in eine potentielle Lebensgefahr, d.h. es muss nicht, es kann aber jederzeit etwas Gefährliches passieren. Sie alle wissen aus ihrer beruflichen Erfahrung, wie sehr in dieser ganz besonderen Situation die Sinne der Eltern geschärft sind für alles was ihnen nicht ganz normal vorkommt, was ihnen regelwidrig erscheint.

Jede Geburt ist schliesslich die erste direkte Begegnung mit einem neuen, noch weitgehend unbekanntem Wesen. Und wie alles Unbekannte, kann auch ein Neugeborenes unvorhergesehene Überraschungen in sich bergen, Überraschungen leider meist im Sinne von Fehlbildungen, Schädigungen oder anderen angeborenen Störungen. Auch wenn es der heutigen pränatalen Diagnostik in vielen Fällen gelingt, solche Anomalien zu entdecken, ist die medizinisch abgesegnete Garantie für ein gesundes Kind wohl noch lange eine Illusion, eine Utopie. Damit gehört zu jeder Geburt die Ungewissheit und damit die Angst vor dem Unbekannten.

In dieser hochsensiblen Stimmung, einem Gemisch von Angst und freudiger Erwartung, kommt dann also die natürlichste und scheinbar einfache Frage: «Ist mit unserem Kind alles in Ordnung?» Und hier kommen wir be-

reits bei einem gesund erscheinenden Kind ganz schön «ins Schleudern»: Wie weit können wir kurz nach der Geburt überhaupt beurteilen, ob ein Kind sogenannten «normal» ist? Und wie gehen wir mit dieser Unsicherheit um?

Falls das Kind bei der ersten Untersuchung unauffällig erscheint, sollen wir dann die Eltern einfach maximal beruhigen, es sei alles bestens, absolut kein Problem zu erwarten, und dies wider unser besseres Wissen, dass auch bei scheinbar gesunden, unauffälligen Neugeborenen innert Stunden schwere und schwerste Komplikationen auftreten können (denken sie nur zum Beispiel an Stoffwechselstörungen oder an gewisse schwere Herzfehler, die sich erst nach einigen Lebenstagen manifestieren).

Oder sollen wir deshalb in fanatischer Wahrheitsliebe sagen: Bei Ihrem Kind kann ich zur Zeit nichts sicher krankhaftes feststellen, aber es könnte viele angeborene Störungen haben, die sich jetzt noch nicht zeigen. Es könnte z.B. eine Stoffwechselstörung haben, teilweise werden diese durch eine Routineuntersuchung erfasst, andere, v.a. die nicht behandelbaren aber nicht. Es könnte auch einen nicht hörbaren Herzfehler haben, z.B. ein unterentwickeltes linkes Herz, daran sterben die Kinder in einigen Tagen. Es könnte auch... usw. usw., ... doch genug des grausamen Spiels.

Bindungsprozess

- * – Planung der SS
 - ** – Bestätigung der SS
 - *** – Akzeptieren der SS
 - **** – Spüren der fetalen Bewegungen
 - ***** – Akzeptieren des Fetus als Individuum
- * — * = Ausmass der Bindungswirksamkeit

GEBURT

- ***** – Kind sehen, fühlen und riechen (mütterl. sensible Phase)
- ***** – Kind pflegen und erziehen

Ein solches Gespräch wäre natürlich eine psychologische Katastrophe; so geht es sicher auch nicht. Weder die Beschönigung der Realität (nämlich, dass bei jedem Kind eine unberechenbare Entwicklung eintreten kann), noch die fanatische Aufzählung aller möglichen Komplikationen und Eventualitäten (mit dem utopischen Ziel der «vollen Information») sind gangbare Wege im Gespräch mit den Eltern.

Wie aber sollen wir denn das Gespräch führen, ohne unehrlich zu beschönigen, aber auch ohne die Eltern unnötig zu verängstigen?

Bei einem gesund erscheinenden Kind sage ich etwa: «Herzliche Gratulation zu Ihrer herzigen Anna (oder Köbeli)! Ich habe sie heute untersucht und alle Befunde waren normal. Ich denke, dass alles gut gehen wird, sollte aber im Verlauf irgend etwas Besonderes auftreten oder sollten Sie etwas beobachten, das Sie beunruhigt, werde ich nochmals vorbeikommen. Auf jeden Fall werde ich Ihr Kind vor Spitalaustritt nochmals untersuchen und mit Ihnen darüber sprechen.»

Mit einer solchen Gesprächsführung versuche ich, sowohl der Realität, nämlich dass auch bei primär gesund erscheinenden Neugeborenen sich unberechenbare Komplikationen einstellen können, Genüge zu tun, als auch den (statistisch berechtigten) Optimismus zu vermitteln, den die Eltern dringend brauchen. Ich nenne diese Art der Gesprächsführung «real-optimistisch» und ich möchte Ihnen im Folgenden zeigen, dass diese «real-optimistische» Gesprächsführung genau so hilfreich ist, wenn bei dem Neugeborenen Fehlbildungen und ähnliche Probleme sichtbar werden, wenn es also, einfach gesagt, «nicht normal» ist.

Um in dieser für die Eltern (und auch für den Arzt) belastenden und schwierigen

gen Situation zu einem tieferen Verständnis zu gelangen, möchte ich aber zuerst noch einige Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung besprechen, insbesondere die Frage **wann und wie** sich die Eltern an ihr Kind **binden**.

Die Vorstellung, dass sich Mutter und Kind erst unmittelbar nach der Geburt aneinander binden würden, indem sie Augen- und Hautkontakt herstellen ist in dieser Form ganz einfach falsch. Sicher hat dieser eminent wichtige Kontakt nach der Geburt eine stark bindende Wirkung, **aber die Eltern-Kind Bindung beginnt lange vor der Geburt**, in vielen Fällen bereits Jahre zuvor, wenn Mann oder Frau sich in Gedanken an spätere Kinder vertraut machen. Jede Stufe in diesem Bindungsprozess ist wichtig, und jede folgende in ihrer Wirksamkeit stärker als die vorhergehende. Die wichtige Folgerung ist, dass die Eltern sich bei der Geburt nicht erst an ihr Kind zu binden beginnen, sondern, dass sie in einem bedeutenden Ausmass bereits daran gebunden sind. Es ist folglich nicht sinnvoll, die Eltern von ihren schwerkranken oder schwer fehlgebildeten Kindern fernzuhalten, in der irren Meinung, sie würden sich dann weniger an ihr Kind binden und seien dann weniger traurig, wenn es sterben sollte. In fast allen Fällen ist gerade das Gegenteil am hilfreichsten, nämlich, dass wir den Eltern beistehen, ihr Kind zu besuchen, die bereits vorhandene Bindung zu festigen und weiter zu entwickeln.

Die Eltern-Kind Bindung ist keine übermächtige Naturkraft, die sich in jedem Fall durchsetzt, sondern im Gegenteil ein hochkomplexer und störungsanfälliger Interaktionsprozess. Es sind denn auch zahlreiche Risikofaktoren bekannt, die den Bindungsprozess stören können:

Risikofaktoren für gestörten Bindungsprozess

- Konzeption in Partnerkrise
- M. von Partner verlassen/alleinstehend
- Multipara und Überarbeitung
- mütterl. Depression in SS
- Verlust einer emotionell nahestehenden Person

-
- während der Geburt alleingelassen
 - während der Geburt in Angst gelassen
 - prolong., traumatisierende Geburt

- forciertes Stillen (!)
- sofortige Wegnahme des Kindes pp ohne Erklärung/mit Erklärung, es sei geschädigt
- Vater kümmert sich nur um Kind, nicht um Mutter

-
- Frühgeburt
 - cong. Missbildungen
 - neonatale Intensivtherapie
 - pp Depression der Mutter

Folgende Symptome können auf eine Störung des Bindungsprozesses hinweisen und sollen uns hellhörig machen:

Symptome eines gestörten Bindungsprozesses

- elterliche Ängstlichkeit und Depression
- zögernde, unbeholfene Pflege
- Eltern haben Gefühl, Kind gehöre ins Spital, verzögern Entlassung
- elterliche Gefühle der Insuffizienz, Enttäuschung, des Versagens, des Verlusts, des Ärgers
- elterl. Gefühl, das Kind wende sich ihnen nicht/ungenügend zu

Die Konsequenzen eines gestörten Bindungsprozesses können gravierend sein und sich bis in weitere Generationen auswirken:

Das Akzeptieren auch des fehlgebildeten Kindes und die Weiterentwicklung des Bindungsprozesses ist der Schlüssel für die positive Bewältigung der Lebenskrise rund um die Geburt eines solchen Kindes, und dies unabhängig davon, ob das Kind später überlebt oder ob es stirbt.

Gelingt es nicht, den Bindungsprozess weiter zu entwickeln, sind spätere schwere, oft jahre- oder lebenslang dauernde Schuldgefühle der Eltern eher die Regel als die Ausnahme. Unsere Aufgabe muss es also sein, den Eltern in diesem Bindungsprozess beizustehen.

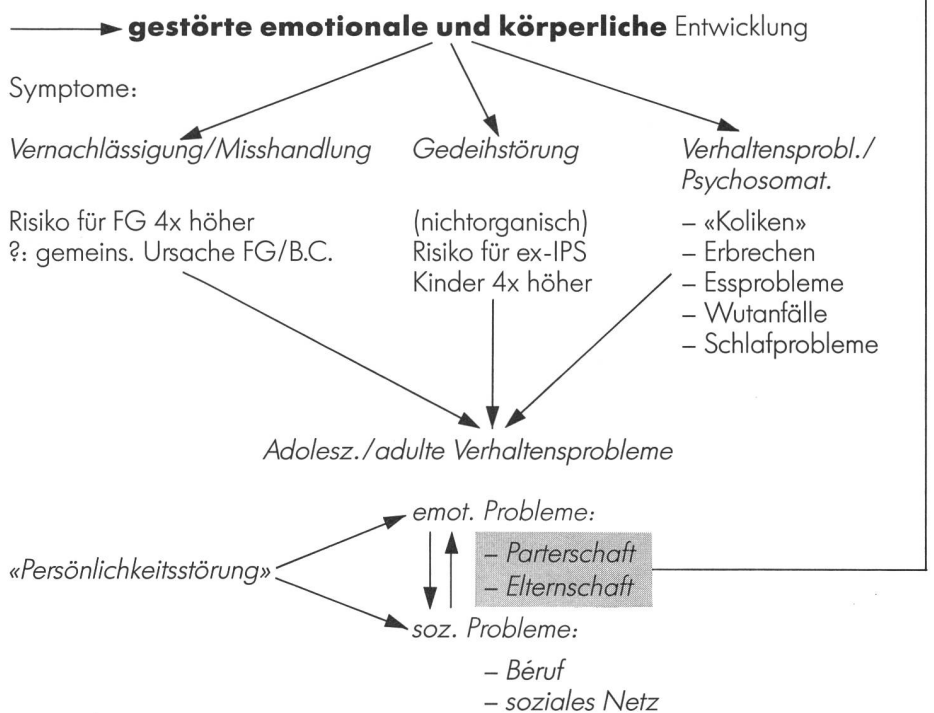
Was können wir praktisch tun, um diese Aufgabe zu erfüllen?

Nach der Geburt

- Kind besuchen
- Augenkontakt
- Ansprechen, als Person, mit Namen
- Berührung (anleiten, zeigen)
- Angst vor Apparaturen abbauen
- an Pflege beteiligen, Stillen

Wir sollen so bald dies vom Zustand der Mutter möglich ist, mit beiden Eltern das Kind besuchen, das wegen seiner Probleme ja häufig nicht bei seiner Mutter sein kann, sondern z.B. auf der Beobachtungsstation oder auf der Intensivpflegestation weilt. Durch ge-

Konsequenzen eines gestörten Bindungsprozesses



eignete Platzierung soll den Eltern der Augenkontakt mit ihrem Kind ermöglicht sein, wir sollen das Kind mit seinem richtigen Namen ansprechen (und nicht mit dem Namen seiner Fehlbildung), wir sollen die Eltern zum Berühren des Kindes ermuntern, und wenn Berührungsängste bestehen, dies auf natürliche Weise vormachen. Ist das Kind auf der IPS, sollen wir die Angst vor allfälligen Geräten abbauen, indem wir ihre Funktion einfach verständlich erklären. Und schliesslich, aber am wichtigsten, sollen wir die Eltern an der Pflege ihres Kindes auch unter erschwerten Umständen beteiligen und die Mutter ermutigen, das Kind je nachdem zu stillen oder für das Kind ihre Milch abzupumpen. Im Gespräch mit den Eltern sollten wir uns einfühlen in die oft heftigen und z.T. miteinander ringenden Gefühle, die Eltern in dieser Situation befallen:

Gefühle der Eltern intensivbehandelter oder missgebildeter Neugeborener

- enorme Hilflosigkeit («ich kann ja doch nichts helfen»)
- grosser Stress
- oft Schuldgefühle («was haben wir falsch gemacht»)
- oft Ärger (über das Kind, den Partner, die Ärzte, die Schwestern)
- Trauer, Verlustgefühle (Verlust des Ideals)

Natürlich ist das nicht ein «Schema» das die Eltern gefälligst zu befolgen haben, natürlich ist diese Zusammenstellung ganz grob vereinfacht, aber viele Eltern empfinden in ähnlicher Weise wie hier dargestellt.

Vom Arzt erwarten die Eltern mit Recht, dass er ihre Gefühle ernst nimmt, sie akzeptiert und als in dieser Situation völlig normal ansieht. Wir sollen uns bewusst sein, wie quälend die oft widerstreitenden Gefühle für die Eltern sind. Durch unsere offene Haltung und unsere Zuwendung sollen die Eltern ermutigt werden, sich ebenfalls offen über ihre Sorgen und Befürchtungen auszusprechen. Die nötige Zeit dazu müssen wir uns allenfalls durch Delegation anderer Aufgaben verschaffen. Dass dies im Spitalbetrieb nicht immer sofort möglich ist, verstehen die meisten Eltern. Nach dem ersten, dringlichen Gespräch soll man die weiteren

Gespräche wenn möglich zu einer ruhigen Zeit planen, und, wo dies möglich ist, unseren schlimmsten Plaggeist, den Sucher, einem lieben Kollegen/-in übergeben.

Gesprächsführung

offen
ehrlich
real-optimistisch

Die ersten beiden «Leitplanken» der Gesprächsführung habe ich bereits früher erwähnt. Unsere Haltung den Eltern gegenüber soll offen und ehrlich, d.h. nicht zudeckend, schummelnd oder beschönigend sein. Insbesondere sollen auch Gefühle offen geäußert werden dürfen. Voraussetzung dazu ist, dass der Arzt selbst sich über seine emotionelle und auch seine weltanschauliche Haltung einigermaßen im Klaren ist, sonst wird er eben, wie uns das Allen mehr oder weniger häufig passiert, über seine eigenen Probleme stolpern. Die dritte Leitplanke, die real-optimistische Haltung, möchte ich etwas näher präzisieren:

- real-optimistisch**
- Kind beschreiben «wie es ist»
 - keine Abwertung des Kindes
 - Hoffnung geben
 - Sinn einer evtl. Behandlung
 - Prognose (offen lassen)
 - erkennen der Grenzen
 - Wille der Eltern

Zu dieser Haltung gehört für mich, dass man das Kind **sachlich** und nicht abwertend **beschreibt**, «**wie es ist**», also wie es aussieht, was es macht, was es nicht oder noch nicht kann, usw. Auch wenn es meist hilfreich ist, unsere Gefühle nicht hinter einem dicken Panzer zu verstecken, gibt es hier Ausnahmen von dieser Regel: Nie sollen wir Gefühle der Ablehnung oder des Ekels äussern... und sei das Kind noch so schwer missgebildet, die Tatsache der Missbildung noch so überraschend bei der Geburt. Solche unbedachten, emotionellen Äusserungen können viel oder sogar alles zwischen uns und den Eltern verderben, diese schwer treffen und, wie Beispiele aus der Literatur belegen, zu schweren psychischen Verarbeitungsproblemen führen.

Wir sollen den Eltern **Hoffnung** geben, Hoffnung kann alles heissen, von der Hoffnung auf eine Heilung (mit oder ohne Operation) bis zur Hoffnung, dass der unvermeidliche Tod gnädig eintreten möge und das Kind bis zu seinem Eintritt noch etwas von unserer Zuwendung spüren möge.

Wenn wir den Entschluss zu einer medikamentösen oder operativen **Behandlung** aufgrund guter Überlegung gefasst haben, können wir den Sinn einer Behandlung den Eltern auch gut übermitteln... anderfalls müssen wir unseren Entschluss vielleicht nochmals überdenken.

Eine auch nur einigermaßen genaue **Prognose** des weiteren Verlaufs ist in vielen, wenn nicht den meisten Fällen, in der Neugeborenenzeit fast unmöglich, in der Regel muss die Entwicklung eines Kindes über 3–6 Monate verfolgt werden, um einigermaßen sein Entwicklungspotential abschätzen zu können. Dies gilt für «gesunde» Kinder genau gleich, und stellt viele Eltern auf eine harte Geduldsprobe. Andererseits soll man sich ruhig überlegen, ob es nicht viel schrecklicher wäre, hätten wir Methoden, die genaue Entwicklung eines Menschen mit Gewissheit vorzusagen...?

Das **Erkennen der Grenzen** gehört zu einer der wichtigsten Aufgaben der heutigen Medizin und gleichzeitig ist es für mich sehr schwierig, dieses Erkennen in allgemeingültige Worte zu fassen. Es scheint mir, dass gerade hier so viele komplexe Faktoren mitspielen, die durchaus nicht nur fachmedizinischer, sondern auch psychologischer und sozialer Art sind, dass allfällige Richtlinien über unser Verhalten in Grenzsituationen nur weit gefasst sein dürfen. In der Schweiz ist dies glücklicherweise der Fall, die Richtlinien zur Sterbehilfe der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften lassen Arzt **und** den Eltern den nötigen Freiraum in der passiven Sterbehilfe, dies im Gegensatz zu gewissen anderen Ländern, wo entweder grundsätzlich die Extubation hoffnungsloser Patienten verboten ist, oder aber durch einen Gerichtsbeschluss erwirkt werden muss.

Unsere Regelung, dass der **Wille der Eltern** letztlich über den Umfang der medizinischen Massnahmen entscheidet (solange die Eltern nicht krass gegen die Interessen des Kindes ent-

scheiden) scheint mir sehr sinnvoll. Sie bedeutet nicht, dass wir nun die ganze Last der Entscheidung auf die Eltern abwälzen sollen, im Gegenteil, wir sollen den Eltern nach erfolgter sachlicher Information immer einen Vorschlag über die weitere Behandlung oder auch Nichtbehandlungen machen, über den sie aber, in normalerweise letzter Instanz, entscheiden können.

Das sterbende Kind

- Gespräch: offen bleiben, nicht flüchten
- Sinn des Lebens
- Trauer nicht unterdrücken
- Bindung und Abschied
- Auswirkungen auf ganze Familie (Geschwister)

Ich möchte nicht schliessen, ohne noch einige Worte zum Problem des sterbenden Kindes zu sagen. Für unsere Haltung und unsere Art des Gesprächs gelten die gleichen «Leitplanken» die ich ihnen erläutert habe, die Realität des nahenden Todes soll nicht verschleiert oder medizinisch verklau-suliert werden, dies ist allerdings für

viele Ärzte sehr schwierig, denn wir haben auch viele unbewältigte Ängste vor dem Tod.

Unser Optimismus soll sich hierin äussern, dass wir den **Sinn** eines jeden Lebens ganz grundsätzlich bejahen, und sei es noch so kurz oder, von uns aus gesehen, mühselig gewesen. Wir sollen die Trauer der Eltern und oft auch unsere eigene Trauer nicht unterdrücken. Wir sollen anerkennen, dass es die liebevolle Bindung, sofern geglückt, es irgendwie auch leichter macht, von dem Kind Abschied zu nehmen, ohne in Schuldgefühle zu verfallen.

Und wir sollen, und dies ist eine ganz wichtige Aufgabe, die **Geschwister** des sterbenden Kindes nicht vergessen. Sie leiden mit ihren Eltern und mit ihrem Geschwister, ja oft fühlen sie sich sogar noch irgendwie mitverantwortlich dafür, dass es den Eltern schlecht geht, oder beziehen sogar in der magischen Entwicklungsstufe den Tod ihres Geschwisters auf eigenes «Fehlverhalten», Ungehorsam, Ungezogenheit und leiden schwer darunter.

Es geschieht nicht einmal so selten, dass Eltern ob ihrem Kummer um ein

gestorbenes, schwerkrankes oder behindertes Kind ihre gesunden Kinder vernachlässigen. Reagieren diese Kinder dann mit dem ihnen eigenen Repertoire von Symptomen, das vom erneuten Bettnässen über besondere Anpassung unter Opferung der eigenen Bedürfnisse bis zur offenen Auflehnung, Trotz und Einkoten gehen kann, sind die Eltern oft vollends überfordert und reagieren entsprechend. Daraus kann leicht ein Teufelskreis entstehen, der fachliche Hilfe, sei es durch einen Kinderpsychiater, sei es durch einen Pädiater oder Hausarzt, nötig macht. Familiäre Konflikte kommen sowohl in Familien mit verstorbenen wie auch mit behinderten Kindern gehäuft vor. Interessant ist allerdings, dass die Scheidungsrate nur in Familien mit verstorbenen Kindern deutlich erhöht ist, nicht dagegen in Familien mit behinderten Kindern.

Unser Ziel soll es sein, mitzuhelfen, dass es der Familie in solchen Krisenzeiten gelingt, zu einem neuen Gleichgewicht zu finden und weder unter der Belastung zusammenzubrechen, noch auseinanderzubrechen.



Der
T-Shirt-

Verkauf geht weiter.

Bestellen Sie im Zentralsekretariat
des SHV
Telefon 031 42 63 40



**Hebammenschule
Kantonsspital Luzern**

- Hebammen müssen ausgebildet werden
- Für die Ausbildung braucht es **LEHRHEBAMMEN** oder **LEHRERINNEN** für Krankenpflege
- Wir suchen eine Mitarbeiterin, die uns hilft, dass es in Zukunft genügend Hebammen gibt
- Willkommen sind uns auch Kolleginnen, die zwar Facherfahrung haben, aber noch keine pädagogische Ausbildung

Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an: Martina Apel, Schulleiterin, Telefon 041 25 37 76, Hebammenschule Kantonsspital, 6000 Luzern 16.

BABY-COMFORT Fr. 69.-

Echtes Lammfell, beige, waschbar.
Versand gegen Rechnung, portofrei.

Gebr. Scheidegger AG
Leder und Felle

Walkestrasse 11,
4950 Huttwil
Telefon 063/72 12 30