

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 104 (2006)
Heft: 5

Artikel: Perinataler Kindstod : Intervention durch die Hebamme
Autor: Maurer, Franziska / Gassmann, Marie-Christine
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949867>

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: 14.05.2025

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

EDITORIAL

Ich gratuliere den Hebammen des Qualitätszirkels Bern für ihre Arbeit «Wochenbett bei Kindsverlust». Mit Fragen wie z. B. Wie packe ich eine solche Situation an, wo



beginne ich und wie gehe ich weiter? hat sich das Team auseinandergesetzt und bietet den Lesenden viele Wegweiser an, um zusammen mit den eigenen Ressourcen Frauen/Paare/Familien besser begleiten zu können. Die Klarheit des Textes

und der Heftgestaltung berührt und erleichtert den Zugang zu dem schweren Thema.

Die Begegnung mit Kindsverlust in unserem Beruf ermöglicht es uns Hebammen, uns damit auseinanderzusetzen, uns weiterzubilden, Zusammenhänge besser zu verstehen, Möglichkeiten des Verhaltens und der Verarbeitung vorzusehen, uns in gewissem Sinne auch vorzubereiten. Damit sind wir den Frauen und Paaren, die sich plötzlich in einer Verlustsituation befinden, einige Schritte im Voraus. Daraus erwächst für mich eine Frage, die ich hier einfach mal notiere: Mit unserem Wissensschatz (besonders über das hormonelle Geschehen und seine Bedeutung für die Verarbeitung), sollen/können wir da wirklich die Frau vor die Wahl stellen, ob sie eine Spontangeburt, mit oder ohne PDA, eine Sectio in Teil- oder Vollnarkose wünscht, und ob sie ihr Kind sehen möchte?

Ich überlege weiter: Wie wäre es wenn...

... jede Frau/jedes Paar zu Beginn der Schwangerschaft zu einer Hebamme ginge?

... die Hebamme bei einem intrauterinen Kindstod (oder bei Missbildungen) die Betreuung selbstverständlich fortsetzte?

... es selbstverständlich wäre, das biologische Geschehen (die Geburt des toten Kindes), nicht zu unterdrücken sondern ins Leben zu integrieren?

... jede Frau mit sanfter, respektvoller und liebevoller Betreuung und Führung der Hebamme selbstverständlich primär eine normale Geburt erleben wollte/könnte, und es fraglos normal wäre, das tote oder sterbende Kind in Empfang zu nehmen, zu berühren und zu verabschieden?

... die Frau nicht von Beginn an vor vielen Entscheidungen stehen müsste, sondern zuerst dem Körper Raum geben könnte und erst später der Kopfarbeit?

Im Sinne von: Vertrau mir, wir schaffen es gemeinsam?

Zuzka Hofstetter

Zuzka Hofstetter, Hebamme

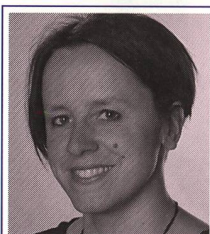
Perinataler Kindstod

Interventionen du

Ein noch ungeborenes Kind lebt nicht mehr, ein Neugeborenes hat nur wenige Stunden Lebenszeit vor sich – eine tiefe Verletzung, eine Grenzerfahrung für die betroffenen Eltern. Wie sie damit umgehen, hängt nicht zuletzt davon ab, wie andere Menschen mit ihnen umgehen. Der betreuenden Hebamme kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Sie kann einen Rahmen für den gesunden Ablauf dieser Krise bieten.

**Franziska Maurer,
Marie-Christine Gassmann**

IN der Zeit der Unsicherheit, wenn sich die Eltern mit der bängigen Frage an das



Franziska Maurer
ist freipraktizierende Hebamme, Leiterin der Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod



Marie-Christine Gassmann
ist Logopädin, freiberufliche Hebamme, Erwachsenenbildnerin. Sie leitet Rückbildungskurse für Frauen nach Kindsverlust und ist selber betroffene Mutter.

Fachpersonal wenden, ob es dem Kind noch gut gehe, muss die Hebamme erst einmal die Unsicherheit gemeinsam mit den Betroffenen aushalten. Auf keinen Fall soll sie versuchen, die Eltern zu beschwichtigen. Es ist ihre Aufgabe, die werdenden Eltern auf dem Weg von der Hoffnung zum Realisieren der Tatsachen zu begleiten. Gleichzeitig muss sie diesen Weg auch selbst gehen. Dies geschieht im Rahmen der medizinisch-geburthilflichen Abklärungen und des begleitenden Dialogs. Während die Hebamme noch

nach Worten sucht, nehmen die Eltern ihre Körpersprache längst wahr.

Realitätsbezug fördern

Die Empfindungen und Beobachtungen der schwangeren Frau und ihres Partners sollen ernst genommen werden, und das Erkennen der Tatsachen soll möglichst Schritt für Schritt gemeinsam mit den Eltern geschehen. So kann den Eltern erleichtert werden, mit der schwierigen Realität in Kontakt zu

bleiben. Es entsteht ein soziales Feld, wo Mitteilung und Aufnahme der Diagnose stattfinden können. Dabei ist es wesentlich, die individuellen Bewältigungsstrategien der betroffenen Personen zu erkennen und zu respektieren. Im Gespräch geht es darum, den Reaktionen und Gefühlsäusserungen der Eltern immer wieder Raum zu geben und möglichst klar und sorgfältig zu informieren. Es muss damit gerechnet werden, dass die Eltern im Moment des

Alle Fotos im Dossier: z/g

«Ich wollte nichts mehr spüren, ich wollte das tote Kind nicht einen Moment länger als unbedingt nötig in meinem Körper haben.»

rch die Hebamme

Schocks nicht voll aufnahmefähig sind oder aber jedes Wort auf die Goldwaage legen. Die Wortwahl soll eindeutig, aber liebevoll sein.

Für die betroffenen Eltern können die Worte, die die Hebamme verwendet, das emotionale Erfassen der Situation erleichtern oder sie zusätzlich verletzen. Für die schwangere Frau geht es darum, ihr verstorbenes Kind zu gebären und nicht den Fötus auszustossen. Eine sorgfältige Sprache gibt der Situation die angemessene Würde. Der angeschlagene Ton wirkt sich auch auf die übrigen beteiligten Fachpersonen und Angehörigen aus.

Rahmen für Trauerprozess

Die Hebamme kann durch ihre Anwesenheit signalisieren, dass nichts überstürzt werden muss, dass sich die Eltern die Zeit nehmen können, die sie brauchen, um zu realisieren,

was geschehen ist. Die Zeit allein reicht jedoch nicht. Die Eltern brauchen für den Trauerprozess einen Rahmen, der ihnen Halt, Orientierung und Unterstützung gibt. Das System der Bezugspflege (s. Cignacco «Hebammenarbeit», Kapitel 5 «Frühe Geburt – Frühe Elternschaft») ermöglicht die für diese Situation notwendige Kontinuität. Es ist ebenfalls hilfreich, auf bereits bestehende Kontakte zurückzugreifen (z.B. zuweisende Hebamme/Ärztin, Geburtsvorbereiterin, Therapeutin, evtl. religiöse oder spirituelle Bezugsperson).

Ressourcen stärken

Die Machtlosigkeit gegenüber Sterben und Tod erfahren sowohl die Betroffenen wie auch die medizinischen Fachpersonen. Sie stehen zusammen vor dem Geheimnis des Lebens in seiner Vergänglichkeit. Diese Tatsache

Fallbeispiel

Manuel

Frau W., 34-jährig, erwartet ihr zweites Kind. Sie lebt mit Partner und dreijähriger Tochter in einer Vorstadtgemeinde. Die Schwangerschaft verläuft bis zur 34. Schwangerschaftswoche problemlos. Dann fühlt sich Frau W. einen ganzen Tag lang unwohl. Gegen Abend fällt ihr auf, dass sie mehrere Stunden lang keine Kindsbewegungen gespürt hat. Am späten Abend entscheidet sich das Paar für eine Kontrolluntersuchung im Spital. Es bestätigt sich, was alle befürchtet haben: Das Kind lebt nicht mehr.

Frau W. wünscht einen Kaiserschnitt mit Vollnarkose, um alles rasch hinter sich zu bringen. Nach sorgfältiger Information durch die Hebamme entscheidet sich das Paar, nach Hause zu gehen und am nächsten Tag wieder in die Klinik zu kommen. An dieser Besprechung nimmt auch die Spitalseelsorgerin teil.

Zwei Tage nach der Diagnose tritt Frau W. ins Spital ein, die Geburtseinkleitung beginnt. Frau W. will keine Schmerzmittel, lässt sich massieren und bewegt sich viel. Die Geburt verläuft ohne Komplikationen. Nach sechs Stunden kommt Manuel zur Welt. Seine Eltern begrüßen ihn, gleichzeitig euphorisch und zutiefst traurig und verletzt. Die Nacht verbringt das Paar in einem Spitalzimmer, Manuel bei sich. Sie schlafen wenig, betrachten ihren Sohn, weinen, reden, schweigen. Familie W. nimmt Manuel am nächsten Tag mit nach Hause; es folgen zwei Tage, in denen die Familie und Freunde zu Besuch kommen. Der Gemeindepfarrer bereitet mit den Eltern eine Abschiedsfeier vor. Am dritten Tag wird Manuel auf dem Friedhof beerdigt.

Die freiberufliche Hebamme kommt täglich zur Wochenbettbetreuung und begleitet das Paar in der ersten Zeit ihres Elternseins eines toten Kindes. Acht Wochen nach der Geburt findet ein Nachgespräch der Eltern mit einer Hebamme und einer Ärztin im Spital statt.





es zum letzten Mal betrachten. Wenn die Zeit reif ist, sind die einzelnen Schritte möglich. Alles hat seine Zeit, es gibt die Zeit des Wartens, die Zeit der Ablehnung, die Zeit des Zögerns, die Zeit der Begrüssung, die Zeit des Festhalten-Wollens und die Zeit des Abschieds und des Trauerns.

Transparenz schaffen

Auch rund um den perinatalen Kindstod gilt das Prinzip der informierten Wahl. Die Hebamme soll die betroffenen Eltern möglichst lückenlos auf dem Laufenden halten. In der Phase der Diagnosestellung müssen die Eltern genau informiert

muss zuerst ausgesprochen werden. Die Grenzen dessen, was die Fachpersonen und die Medizin in dieser Situation anzubieten haben, werden klar, und die betroffenen Eltern können erkennen, dass sie ihre Eigenkompetenz behalten müssen. Beschneiden Klinikstrukturen oder einzelne Fachpersonen die Eltern in ihren Kompetenzen, kann dies eine sekundäre, iatrogene Traumatisierung zur Folge haben. Wenn die betroffenen Eltern realisieren, dass sie die Situation mit Unterstützung der Fachpersonen selbst in die Hand nehmen können, werden sie den schwierigen Weg auf ihre eigene Art gehen, sowohl in der akuten Situation wie auch im weiteren Leben.

Vertrauenspersonen involvieren

Die Aufgabe der Hebamme ist es, dafür zu sorgen, dass die schwangere Frau und ihr Partner mit ihren eigenen Ressourcen in Kontakt bleiben. Das heisst unter anderem, bisherige Vertrauenspersonen der Frau und der Familie zu involvieren. Ist die schwangere Frau allein, sollte eine ihr nahestehende Person herbeigerufen werden. In vielen Fällen ist es sinnvoll, den Eltern vorzuschlagen, nach der Diagnose noch einmal nach Hause zu gehen. Dies hilft ihnen meistens zu sich zu kommen, ihre Gefühle zuzulassen, sich auszutauschen und herauszufinden, wie sie die Geburt ihres Kindes angehen wollen. Es ermöglicht ihnen, die neue Situation mit

ihnen wichtigen Personen aus dem privaten Kreis zu besprechen. Die Eltern sollen wissen, dass – auch wenn ihr Kind nicht mehr lebt – sie doch nicht alles aus der Hand geben müssen. Sie sollen in allen Bereichen möglichst an ihre ursprünglichen Vorstellungen anknüpfen, z. B. was den Ort der Geburt und die Begleitpersonen betrifft.

werden, welche Untersuchungen gemacht werden, wer herbeigerufen wird, was diese Person tun wird, was es braucht, um die genaue Diagnose stellen zu können. Gleichzeitig sollen die Eltern aber nicht mit Details überhäuft werden. Wesentlich ist, dass sie die Information aufnehmen können. Auf die Bedeutung der Sprache wurde hinge-

«Ich hatte schon seit zwei Tagen das dumpfe Empfinden, mein Kind bewege sich nicht. Ich sagte meinem Mann nichts davon. Irgendwie hatte ich das Gefühl, durch das Aussprechen würden meine schlimmen Befürchtungen erst wirklich wahr.»

Ermutigung zur Vaginalgeburt

Wenn möglich soll die Frau ermutigt werden, ihr Kind vaginal zu gebären. Es ist auch denkbar, ein totes oder nicht lebensfähiges Kind zu Hause zu gebären (Baumgarten, 2001; s. Cignacco, Kapitel 8 «Die Spontangeburt – Fördern physiologischer Prozesse durch die Hebamme»). Jeder Schritt braucht Zeit. Werden die Eltern nicht gedrängt, jedoch gut begleitet, dauert dies erfahrungsgemäss nicht sehr lang. Manchmal genügt es, wenn die Eltern wissen, dass sie selbst entscheiden können, wann beispielsweise der Moment ist, in dem sie ihr Kind in den Sarg legen und

wiesen. Vor allem ist darauf zu achten, dass der Kontakt zu den Eltern während der Untersuchungen und Interventionen nicht abbricht.

Vorbereitung auf die Geburt

Die Situation, schwanger mit einem toten Kind zu sein, ist erst einmal unheimlich. Hier besteht sicher viel Informationsbedarf. Die Eltern müssen erfahren, ob es medizinische Gründe gibt, sofort zu handeln, oder ob man sich etwas Zeit lassen kann. Sie müssen die Vor- und Nachteile der verschiedenen Vorgehensweisen erfahren. Ein Kaiserschnitt, häufig der spontane Wunsch nach der Diagnose, hat, wie bereits

erwähnt, wesentliche Nachteile (s. Cignacco, Kapitel 9, «Sectio caesarea – Förderung des Bindungsprozesses durch die Hebamme»). Für die Integration der schwierigen Erfahrung ist es ausserordentlich hilfreich, wenn die Geburt in ihrer transformierenden Dimension erlebt wird. Die wertvolle kurze Zeit, die den Eltern mit ihrem Kind vergönnt ist, wird stark geprägt durch die Art der Geburt. Dies muss den Eltern sorgfältig erklärt werden.

Wenn immer möglich sollte eine Vorbereitung auf die Geburt stattfinden. Anhand eines Modells und mit Bildern kann der Geburtsmechanismus erklärt werden. Auch auf die natürlichen Ressourcen der gebärenden Frau soll eingegangen werden. Die schwangere Frau soll in ihrer Körperlichkeit ange-

sprochen werden. Vielleicht ist es möglich, wieder «ins Becken zu atmen» und dadurch den Körper nach dem ersten Schock wieder zu spüren. Der Körper wird auch bei der «Genesung» ein wichtiger Anker sein in der Wirklichkeit. Gerade bei einer Geburtseinleitung kann eine feinfühligere Vorbereitung entscheidend sein. Die Frau kann etwas für ihre Geburt tun; sie kann in der beschränkten Zeit zur Geburt reifen und sich darauf vorbereiten, ihr totes oder sterbendes Kind zu gebären und in Empfang zu nehmen. Die Erfahrung der Autorinnen zeigt, dass Frauen, die gut informiert sind und sich in der kurzen Zeit auf die Geburt vorbereiten können, besser auf die medikamentösen Einleitungsversuche ansprechen. Dies ist zu bedenken, wenn die Einleitungs-

Perinataler Kindstod

Definitionen

Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005):

- **Fehlgeburt/Abort:** Spontaner Verlust der Schwangerschaft vor Eintritt der Lebensfähigkeit des Kindes.
- **Totgeburt:** Tod des Kindes vor der vollständigen Austossung oder Extraktion aus dem Mutterleib, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer.
- **Perinatale Sterblichkeit:** Tod des Kindes in der Periode kurz vor, während und nach der Geburt bis zum 7. Lebenstag, im US-amerikanischen Sprachgebrauch («perinatal death») bis zum 28. Lebenstag.

versuche über längere Zeit erfolglos sind.

Zeit lassen und nehmen

Über die möglichen Folgen ihrer Entscheidungen für das Erleben und das Verarbeiten des Verlusts soll die Hebamme die Eltern deutlich, aber unaufdringlich aufklären. Sie sollte die Eltern darauf aufmerksam machen, dass es nicht darum geht, «alles schnell hinter sich zu bringen», sondern dass ihr Leben als Eltern des verstorbenen Kindes nachher weitergeht. Es ist wichtig, die Eltern zum Einbezug von Angehörigen zu ermutigen. Die verwaisten Eltern werden um jemanden trauern müssen, den noch niemand kannte. Sie können später in ihrem Umfeld besser unterstützt werden, wenn die Angehörigen die Zeit mit dem Kind miterlebt haben.

Die Eltern sollen immer wieder genug Zeit bekommen, um erhaltene Informationen zu verarbeiten und in der Folge ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Wird die verwaiste Mutter aus der Klinik entlassen, muss eine freiberufliche Hebamme die weitere Wochenbettbetreuung zu Hause übernehmen. Ihre Aufgabe ist es unter anderem, die Eltern im Übergang von der «Ausnahmesituation Spital» zurück in den Alltag zu begleiten.

Wochenbett gestalten

Nehmen Eltern ihr sterbendes oder totes Kind mit nach Hause, kann die Hebamme im Gestalten der verbleiben-



Häufigkeit, Ursachen und Risiken

In den meisten europäischen Ländern wird die Säuglingssterblichkeit (Tod im ersten Lebensjahr) erfasst. Allerdings wird dabei nicht zwischen dem intrauterinen Tod des Kindes, dem Tod während der Geburt oder während der ersten 7 Tage post partum unterschieden, was eine differenzierte Betrachtungsweise verunmöglicht. Laut Angaben des Bundesamtes für Statistik stirbt in der Schweiz schätzungsweise jeden Tag ein Kind in der Schwangerschaft, ebenso viele innerhalb des ersten Lebensmonates (www.fpk.ch).

Hauptursache für den Neugeborenen Tod ist die Frühgeburtlichkeit. Ursachen für den intrauterinen und perinatalen Kindstod sind hauptsächlich kindliche Fehlbildungen, vorzeitige Plazentalösung, Nabelschnurkomplikationen, Zervixinsuffizienz und mütterliche Erkrankungen wie Diabetes, Infektionskrankheiten und Präeklampsie.

Ein erhöhtes Risiko besteht bei sehr jungen Frauen (< 20 Jahre), bei Schwangeren mit Alkohol- und Nikotinkonsum sowie bei sozioökonomisch mangelhaften Bedingungen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Frauen mit erschwerten Lebensbedingungen grösseren körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind und zu medizinischen Dienstleistungen nur vermindert Zugang haben (Friedrich et al., 1997).

Bei Migrantinnen beispielsweise wirken sich finanzielle Einschränkungen, fehlende soziale Unterstützung, die Trennung von Familie und Heimat sowie das Leben in einer fremden Kultur hemmend darauf aus, das Angebot der Schwangerenvorsorge regelmässig zu beanspruchen (Weiss, 2003; Zahorka/Blöchliger, 2003). Die Rate der perinatalen Todesfälle ist bei Migrantinnen deutlich höher als bei Schweizerinnen (BAG, 2002; Weiss, 2003).

den Zeit mit dem Kind und des Abschiedes Unterstützung anbieten. Wird die Bedeutung des Wochenbetts ignoriert, fehlt ein wesentlicher Teil zur Integration des Erlebens. Die verwaiste Mutter war schwanger, hat geboren, ihr körperlicher Zustand entspricht dem einer Wöchnerin (Gassmann et al., 2005). Dies darf nicht ausser Acht gelassen werden. Es gibt unterdessen an einigen Orten auch spezifische Rückbildungskurse für Frauen nach einem Kindsverlust. Die Frau und das Paar müssen über Angebote informiert werden, die sie bei der längerfristigen Bewältigung des Verlustes unterstützen können (Fachstellen, Selbsthilfegruppen, Seelsorge, Trauerbegleitung).

Bindung begünstigen

Die Hebamme kann durch ihre Grundhaltung, mit ihrer Körpersprache und ihrer Wortwahl deutlich machen, dass sie die schwangere Frau und ihren Partner als Eltern des verstorbenen oder sterbenden Kindes sieht. Entsprechend werden allfällige Geschwister, Grosseltern, Paten und andere Angehörige angesprochen. Auch hier sind die individuellen elterlichen Strategien zum Umgang mit Krisen zu respektieren. Das Paar braucht Zeit, um zu realisieren, dass das sterbende oder tote Kind ihr eigenes erwartetes Kind ist, auf das sie sich gefreut haben. Dieser äusserst schmerzhafteste Prozess wird durch die Hebamme begleitet, indem sie die Mutter und den Vater in ihrer schwierigen neuen Rolle unterstützt. Das verstorbene Kind gibt keine, das sterbende Kind nur wenige Kontaktsignale, so dass der für den Bindungsprozess entscheidende Anteil des Kindes fehlt (s. Cignacco, Kapitel 1 «Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe»). Fühlen sich Eltern nicht in der Lage, ihr Kind gleich zu sich nehmen, kann die Hebamme diese Zeit überbrücken, indem sie auf selbstverständliche und liebevolle Art mit dem Kind umgeht, es selbst in den Arm nimmt, es beim Namen nennt, seine Eigenart bemerkt. Dies kann Eltern einen Weg öffnen, den sie sich vorher nicht vorstellen konnten oder nicht zutrauten.

Totes Kind berühren?

Die Frage, ob die Eltern ihr totes Kind sehen und berühren sollen, wurde un-

tersucht (Hughes et al., 2002). Nach der Erfahrung der Autorinnen ist hier entscheidend, in welchem Rahmen dies geschieht. Die Begegnung mit dem eigenen verstorbenen Kind ist nicht traumatisierend, wenn sie in einem haltgebenden Rahmen geschieht. Zeigt die

«Ich kann mir nicht
verzeihen, dass
ich mein Kind nicht
noch einmal be-
rührt habe, dass
ich es nicht selber
angezogen habe.»

Hebamme mit ihrem Verhalten, dass die Bindung auch zu einem verstorbenen Kind möglich ist, werden die Paare in ihrer schwierigen Rollenfindung unterstützt (Maurer, 2004). Allein die Frage, ob die Eltern ihr Kind sehen wollen, schafft eine zusätzliche, künstliche Distanz. Erst das Zulassen der schmerzhaften Liebe zum

Kind wird den Eltern erlauben, von ihm Abschied zu nehmen. Abschied setzt Bindung voraus. Aus diesem Wissen heraus soll die Hebamme handeln, jedoch immer mit der angebrachten Zurückhaltung und mit Respekt vor dem Lebensweg der Betroffenen.

Eine wesentliche Aufgabe der Hebamme ist es, Andenken (Fotos, Fussabdrücke) zu schaffen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Fotos von guter Qualität sind. Wie wichtig Andenken an das Kind sind, wird im Zusammenhang mit der Verarbeitung des Verlustes immer wieder betont (Samuelsson et al., 2001).

Lebt das Kind bei der Geburt, liegt es vielleicht auf der Abteilung für Neonatologie, mitten unter fremden Menschen und Maschinen. Hier müssen Eltern die Möglichkeit haben, ihrem Kind nahe zu sein und es soweit möglich selbst zu pflegen (Cignacco et al., 2004).

Daheim sterben lassen

Ist die nötige Unterstützung organisiert (freipraktizierende Hebamme, Hausärztin, Kinderspitzex, Kinderärztin, evtl. Seelsorgerin), ist es durchaus möglich, ein sterbendes Kind nach Hause zu nehmen. Hier ist die Kompetenz wieder ganz bei den Eltern. Es ist bei allen Beteiligten sorgfältig darauf zu achten, wie sie mit ihren Kräften umgehen, die Eltern sind in der Folge auch unbedingt zu begleiten. Die Hebamme wird auch in Zukunft eine der wenigen Personen bleiben, die das Kind gekannt und das Paar als Eltern erlebt hat. Ein gemeinsames Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt kann in dieser Hinsicht helfen, der ganzen Geschichte ihren Realitätswert zu geben.



Trauer begleiten

Das Trauern kann durch viele persönliche Faktoren erschwert werden, z.B. im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte, den Lebensumständen und der Persönlichkeitsstruktur der betroffenen Eltern. Die Hebamme sollte bei ihrer Arbeit verhindern, die betroffenen Menschen zusätzlich zu verletzen oder deren Trauer auf andere Art zu behindern. Es ist bekannt, dass Traumatisierungen, die (willentlich oder unwillentlich) von anderen Menschen zugefügt werden, am schwersten zu verarbeiten sind (Bloemeke, 2003).

Wichtige Risikofaktoren für erschwertes Trauern sind die oben beschriebenen Phänomene unwirksames Verleugnen, Machtlosigkeit und Kontrollverlust, Wissensdefizit, beeinträchtigte Eltern-Kind-Bindung.

Begleiterin in Übergangsphase

So wie es grundsätzlich ihrer Aufgabe entspricht, ist die Hebamme eine Be-

gleiterin in einer schwierigen Übergangsphase. Sie kann einen Rahmen bieten, um die Krise in ihrem gesunden Ablauf zu begleiten. Nach der Erfahrung der Autorinnen sind Anfang, Verlauf und Erleben der Akutsituation für die spätere gesunde Trauer entscheidend. Nicht selten finden die betroffenen Eltern durch das bewusste tiefe Erleben des Todes ihres Kindes zu einer vorher nicht gekannten Lebensintensität.

«Wenn Eltern aus der Trauerzeit als die hervorgehen, die sie zuvor waren, mit den gleichen Vorstellungen, Wünschen, Urteilen, dann war all ihr Leid umsonst, und das ohnehin schon tiefe Gefühl der Sinnlosigkeit wird noch um vieles verstärkt sein. (...) Und schliesslich haben wir Eltern kennen gelernt, die nach Jahren und mit wissendem Ernst auf das Ereignis zurück schauen und die «Fäden» sehen, die dadurch für ihr Dasein geknüpft worden sind; die Helfer in sich selbst, in ihrer Partnerschaft, bei Freunden oder in den medizinischen Berufen gefunden haben und an dem Prozess wesentlich gereift sind; die mit oder ohne ein weiteres Kind ein

Stück ihres Weges zu einer eigenen Selbstbestimmung gegangen sind» (Hemmerich, 2000, S. 12).

Dieser Beitrag ist ein Vorabdruck aus dem im Mai 2006 beim Hans Huber Verlag erscheinenden Buch «Hebammenarbeit», herausgegeben von Eva Cignacco; Kapitel 6: «Der perinatale Kindstod» (siehe Kasten).

«Unterstützt durch die Anwesenheit der mitfühlenden Hebamme trauten wir uns, unseren Gefühlen freien Lauf zu lassen.»

Eva Cignacco (Hersg.)

Hebammenarbeit

Phänomene – Assessment – Interventionen



Mai 2006. 272 Seiten,
7 Abb., 35 Tab., Fr. 56.–
Verlag Hans Huber Bern