

# «Es braucht dann Zeit. So viel Zeit, wie sie braucht, diese Geburt»

Was befähigt Hebammen, Familien in Verlustsituationen zu begleiten? Was zeichnet sie als Sachverständige in dieser Geburtshilfesituation aus? Und welche Bedeutung kommt dabei dem Innehalten und der aktiven Verlangsamung zu? Im Rahmen einer Masterarbeit wurde aus dieser Perspektive beleuchtet, was geschieht, wenn ein Kind im Mutterleib stirbt und wie Hebammen heute mit dieser Lebensrealität in der Geburtshilfe umgehen. Expertinnen und Experten kommen zu Wort, das Unfassbare ordnet sich und das Einfache, Unspektakuläre wird als dienlich erkennbar. Dem im Weg steht nicht selten das interventionsreiche Vorgehen der heutigen Praxis.

.....  
Franziska Maurer

Werden Hebammen gefragt, die viele Begleitungen von Familien mit frühem Kindsverlust erlebt haben und ihre Erfahrungen reflektieren – also Expertinnen sind: Was geschieht, wenn ein Kind im Mutterleib stirbt? Dann sagen sie: Es ist ein Parallelgeschehen von Geburt und Tod. Es kommt zum Bruch im Kontinuum Mutterwerden, Elternwerden. Es passiert mitten im Verlauf, in dem alles darauf ausgerichtet ist, dass die Schwangere ihr Kind gebiert, sich ihm mit Fürsorge zuwendet, es aufnimmt, schützt und nährt. Der Schreck ist gross, wenn die Mutter erfährt, dass ihr Kind nicht mehr lebt. Sie ist zuerst damit beschäftigt, wieder zu sich zu kommen, sich zu sammeln und sich dieser grossen Herausforderung zu stellen. Es ist viel, was das Leben von ihr verlangt. Die Öffnung und Hingabe, ihr totes Kind zu gebären, ihm Mutter zu sein und es herzugeben, von ihm Abschied nehmen zu müssen.

## Der Tod verdichtet das Geschehen

Blicken Betreuende auf die Geburt eines Kindes und damit auch auf ihre Erfahrungen rund ums Gebären – dann sehen sie, dass wie bei allen grossen Lebensereignissen immer das Gleiche passiert: Es ist ein stark verdichtetes Geschehen. Dieses verlangt nach Raum, nach viel Weite. Deshalb gibt es ein Vorher und Nachher. Die Schwangerschaft, die Frau und Kind vorbereitet; die sensible Phase Wochenbett, die Raum bietet, im Neuen anzukommen und sich darin zurecht zu finden. Kommt nun parallel der Tod dazu, ist die Situation noch dichter. Und damit ist es umso wichtiger, den Lebensrhythmen zu folgen und alles zur Verfügung Stehende zu nutzen. Das gilt ebenso für die Begleiterinnen. Bei den Expertinnen wird auch eine eigene Not deutlich. Der Tod eines Kindes ist immer eine Überforderung für alle, die nahe an dem Geschehen sind. «Ja, also, es hat mich auch erschüttert, zutiefst erschüttert. So wie ein gewisser Moment von Schock. Und dann war ich auch froh, konnte ich wieder durchatmen und handeln, also im Sinne von beistehen, informieren... etwas beitragen können... oder einfach da sein, weiter atmen. Mhh, mhh. Ja.» (Hebamme, Expertinneninterview, in: Maurer, 2015)

«Ja, genau. Und dass das traurig ist und dass ... dass das manchmal auch überfordernd ist und man manchmal die Worte wirklich nicht findet... ja... so.» (Hebamme, Expertinneninterview, in: Maurer, 2015)

## Wie entsteht Gewissheit?

Auf welche Weise geschieht die Annäherung an das Unfassbare? Mit der Ultraschalluntersuchung kommt es heute zu einer unmittelbaren Feststellung, dass das Kind im Mutterleib nicht mehr lebt. Dem gehen manchmal Phasen von Ahnen, Befürchtungen und Nichtwahrhabenwollen der Schwangeren voraus. Der Moment der Ultraschalluntersuchung bringt eine sofortige Gewissheit. Der Bruch passiert in wenigen Augenblicken. Nicht selten geschieht er völlig unvorbereitet im Rahmen einer Routineuntersuchung. Das technische Gerät führt die Frau von ihrem Körper weg.

Der Weg zur Gewissheit, dass ein Kind im Mutterleib gestorben ist, war nicht immer so. Bis in die 1960er-Jahre waren alle Beteiligten auf ihre sinnlichen Wahrnehmungen angewiesen. Die Schwangere hatte Ahnungen, ein ungutes Gefühl, das Empfinden, dass etwas nicht stimmt. Sie realisierte die fehlenden Kindsbewegungen,

.....  
Autorin



**Franziska Maurer**, Hebamme MSc, Trauerbegleiterin, Dozentin und Autorin. Sie ist Lehrbeauftragte von [kindsverlust.ch](http://kindsverlust.ch) und arbeitet in eigener Praxis in Bern.

[franziska.maurer@bluewin.ch](mailto:franziska.maurer@bluewin.ch)

beruhigte sich vielleicht selbst wieder, wartete zu. Bis sie sich eingestand, dass etwas nicht stimmt und sich an die Hebamme oder an einen Arzt wendete. Diesen standen die taktile und akustische Untersuchung zur Verfügung.

### **Mit allen Sinnen**

Der Tastbefund mittels der Leopoldschen Handgriffe konnte auf den fehlenden Tonus des Kindes hinweisen. Wurden bei der Auskultation keine kindlichen Herztöne gehört, kam ein weiterer Hinweis dazu, dass das Kind wahrscheinlich nicht mehr lebt. Frau und Fachperson näherten sich gemeinsam langsam aus Vorahnung und Befürchtung der Gewissheit an, dass das Kind gestorben ist. Der Geburtshelfer Heidler fasst dies in einem Lehrbuch mit einer gewissen Pragmatik folgendermassen zusammen: «[...] Wenn aber in den Tagen und Wochen kindliche Herzaktion nicht nachweisbar ist, so ist die Frucht abgestorben.» (Heidler 1950)

Es war ein Beobachten und Einschätzen über längere Zeit notwendig. Ein Zeitraum, der bereits von Gefühlen wie Bangen, Hoffen, Verdrängen, Angst, Trauer und Schmerz geprägt war. Das Unausweichliche wurde nach und nach realer und fassbar. Dabei kamen zwei Kernelemente der Realisation zum Einsatz: die Eigenwahrnehmung und die Zeit. Das Zuwarten, bis die Geburt begann und das Kind auf die Welt kam, schloss sich dem an. Und erst wenn das Kind dann da war, sicht- und berührbar, war die Gewissheit seines Todes vollständig.

### **Fehlende (Zeit-)Räume**

Der Weg zur Gewissheit, dass ein Kind intrauterin verstorben ist, hat sich durch die Ultraschalluntersuchung verkürzt. Menschliche Möglichkeiten indes, Unfassbares zu realisieren, sind nicht schneller geworden. Aus diesem Spannungsfeld entsteht heute Handlungsbedarf. Eltern erleben grosse Erschütterung und tiefe Verunsicherung und sind auf Unterstützung in der Realisation des Geschehens, im Kontakt zu ihrem Kind und im bewussten Erleben der verbleibenden Zeit angewiesen (Rådestad et al., 2013). Die Todesfeststellung ist erst einmal eine Diagnose im Unsichtbaren. Es sagt etwas aus über das Kind, das noch nicht sicht- und berührbar da ist.

Geburtshilflich gesehen gibt es durch diese Feststellung in den wenigsten Situationen Handlungsbedarf. Im Vordergrund steht die akute Krise, die Erschütterung und Fassungslosigkeit der Eltern. Es ist möglicherweise die wichtigste Zeit, um die Copingfähigkeit der Betroffenen zu beeinflussen, sowohl bestärkend wie schwächend. Bevor eine Frau daran denken kann, dass sie ihr verstorbenes Kind noch gebären wird, braucht sie die ihr eigene Zeit und Art, um zu sich zu kommen. Um dann dem Kontinuum, also dem Vorgesehenen und Vorbereiteten, weiter folgen zu können.

### **Das Geschehen wird beschleunigt**

Die heutige Praxis lässt der Frau dazu wenig oder keine Zeit. Das Verständnis für einen physiologischen und interventionsfreien Verlauf fehlt heute weitgehend. Das medizinische Modell basiert auf Intervenieren, Verhindern und Beschleunigen. Die körperlichen und seelischen Anpassungen an die neue Situation werden nicht

abgewartet, die Geburt wird vorzeitig eingeleitet, die verbleibende Zeit mit dem Kind dadurch verkürzt und die Selbstwirksamkeit der Frau beschnitten «Also, dass sie im Schock, also, dass in ihrer Schockzeit jemand anderes bestimmt hat, was der nächste Schritt ist. [...] Und sie keine Zeit hatte ... sie hat dann schon gesagt, sie hätte es sich auch nicht vorstellen können, aber das haben ja alle im ersten Moment, dass sie sich das nicht vorstellen können. Und dort den Raum lassen und eben das Wissen darum, was es wäre [...] aber nicht ... bestimmt werden in diesen Schritten [...]» (Hebamme, Expertinneninterview, in: Maurer, 2015)

Die Beschleunigung des Geschehens durch eine medikamentöse Geburtseinleitung innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach der Todesfeststellung bestimmt die gängige Praxis. Diesem Handeln liegen – ausser bei akut bedrohlichem Gesundheitszustand der Mutter – keine medizinischen Evidenzen zugrunde. Die Option, dass die Frau das Geschehen in und mit ihrem Körper selber regelt, fehlt heute weitgehend. Umfassende Untersuchungen und renommierte Leitlinien stützen die aktuelle Praxis des beschleunigenden Intervenierens nicht (Trulsson und Rådestad, 2004; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009). Bei der oft ins Feld geführten Befürchtung von Infektion und Gerinnungsstörung wird aufgrund (sehr selten) möglicher pathologischer Entwicklung vorgehend gehandelt, ohne Beurteilung und Berücksichtigung der aktuellen Klinik. Kriterien zum Einsatz der Routineinterventionen fehlen ebenso wie die Berücksichtigung der Erkenntnisse aus Traumaforschung und Therapie (Woodroffe, 2013).

### **«An die Grenze des Erlebbaren»**

Expertinnen und Experten der Trauma- und Psychotherapie haben aus ihrer Warte etwas zur Thematik zu sagen. Sie wissen um das Krisengeschehen und deren Auswirkungen auf das weitere Leben. Sie kennen die vielfältigen Bewältigungsstrategien und die unterschiedlichen Spielräume, die Menschen zur Verfügung stehen in den grossen Lebensnöten. Sie weisen auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen und der Fachpersonen hin und zeigen auf, wann und warum eine aktive Verlangsamung «not-wendig» ist. «Das ist auch für jeden Professionellen immer wieder eine Erfahrung, die auch an die Grenze des Erlebbaren geht.» (Psychologe, Experteninterview, in: Maurer, 2015)

Der Impuls, vor dem Unausweichlichen zu flüchten, ist stark. Auch bei den beteiligten Fachpersonen. Sie sind mitschockiert und reagieren aus der Not heraus, was sich in hoher Erregung, distanzierendem Rückzug oder in beschleunigendem Handeln äussert. Der Umgang mit den eigenen Gefühlen stellt den Kern der Herausforderung für die involvierten Fachleute dar (Kenworthy und Kirkham, 2011).

Ursache für übereiltes Handeln ist häufig der Impuls, die Eltern schonen zu wollen, ihnen nicht zumuten zu können, was da geschieht. «Das heisst, sie sind in einer Lage, die Erschütterung zu spüren, empathisch mitzufühlen, aber nicht zu agieren. Das heisst, es erlaubt ihnen sozusagen, in voller Tiefe vielleicht sogar die Schmerzen zu spü-

## Zirkulärer Phasenverlauf sachkundiger Begleitung



ren der Person, aber nicht in dem Schmerz unterzugehen. Den zu würdigen, ihn anzuerkennen, aber ihn nicht... etwas damit machen zu müssen.» (Psychologe, Experteninterview, in: Maurer, 2015)

### Innehalten – wozu?

Aus der Traumaforschung ist bekannt, wie Notfallreaktionen ablaufen. Die Verdichtung, die Überwältigung des Ereignisses, die grosse Bedrohung treiben die Betroffenen in die Enge. Sie versuchen verzweifelt, dem zu entkommen; um schliesslich zu erkennen, dass es keinen Ausweg gibt. Dieser Ablauf verlangt grössten Respekt der Begleitenden. Anstelle von (Mit-)Agieren ist Zurückhaltung erforderlich und die Regulation des eigenen Zustandes, um mit ruhiger Präsenz dabei bleiben zu können. Übereiltes Handeln und Routineinterventionen verstärken Notfallreaktionen negativ (Rothschild, 2002). Hebammen kennen das, weil das die Physiologie des Gebärens ist. Die Psychologen kommen aus Sicht der Physiologie der Krise zur gleichen Erkenntnis.

«Denn an der Erschütterung und an der erschütternden Erfahrung können wir ja eh nichts ändern [...] was wir können, ist, dass wir als professionelle Begleiter so gute Ko-Regulatoren sind, dass die Überwältigung sozusagen in Grenzen gehalten wird für die Betroffenen, dass sie quasi nicht auseinander brechen [...]» (Psychologe, Experteninterview, in: Maurer, 2015) Also dabei bleiben wie bei einer gebärenden Frau, die durch Wellen der Verzweiflung und durch die Enge geht. Ruhig und zusprechend, so lange, bis sie wieder ganz bei sich ist und mutig weiter geht. Je höher die Erregung aus der Not heraus ist, desto notwendiger ist die Verlangsamung, um wieder zurück zu sich und in den Verlauf des Kontinuums zu finden.

### Orientierung am Originären

Durch die beschleunigenden Interventionen gehen heute grösstenteils gerade diese Räume verloren, wo Besinnung auf das Wesentliche möglich wäre. Umso mehr dient der Hebamme die Orientierung am Originären: Da ist ein Kind gekommen, es ist gestorben. Die Frau wird Mutter und ge-

biert. Die Hebamme begleitet sie darin. «Es braucht dann Zeit. So viel Zeit, wie sie braucht, diese Geburt.» (Hebamme, Expertinneninterview, in: Maurer, 2015)

Die originäre Hebammenarbeit schafft den Raum dafür. Sie bietet Orientierung im dichten Geschehen rund um den intrauterinen Tod eines Kindes. In der Grafik werden die bekannten Elemente der Hebammenarbeit, in Zusammenhang mit der Verlustsituation gebracht, dargestellt. Das zyklische Geschehen bildet sowohl die Situation der Betroffenen wie die der begleitenden Hebamme ab.

Hebammen steht mit der originären Geburtshilfe das Notwendige zur Verfügung, Familien in Verlustsituationen zu begleiten. Innehalten und aktive Verlangsamung sind bewusste Handlungen, die wie das gekonnte Zuwarten und die Kunst des Nichthandelns die Basis originärer Hebammenarbeit bilden. Die Medizinhistorikerin Barbara Duden formuliert es so: «Die Aktivität der Hebamme ist es, die Natur, die Dynamik der Geburtsarbeit und der Gebärenden zu beobachten und das, was sich zeigt, zu erkennen, zu verstehen, zu beurteilen und notfalls einzugreifen, in Kenntnis der Eigenart dieser Frau und ihres kommenden Kindes. Die Risikomedizin ist passiv, indem sie das Beobachten, Nachdenken und Urteilen des Mediziners zunehmend ersetzt durch Standards, die – quasi automatisch – definierte Handlungen auslösen.» (Duden, 2015) Realität ist, dass das Primat vorgegreifender Interventionen des medizinischen Modells Hebammen heute grösstenteils hindert, diese an Gesundheit orientierte Begleitung zu praktizieren.

Dieser Artikel beruht auf der Masterthesis der Autorin, die sie im Rahmen des Studienganges «Salutophysiologie für Hebammen» unter dem Titel «Die Bedeutung des Innehaltens – sachkundige Familienbegleitung bei perinatalem Kindstod» 2015 an der Fachhochschule Salzburg eingereicht hat.

### Literatur

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009) Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 102. Management of Stillbirth. In: «Obstetrics & Gynecology»; 113(3): 748–761.
- Duden, B. (2015) Die Kunst des Wartens. In: «Hebamme.ch»; (1/2): 19–24.
- Heidler, H. (1950) Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen. Wien: Wilhelm Maudrich.
- Kenworthy, D. und Kirkham, M. (2011) Midwives coping with loss and grief. Stillbirth, professional and personal losses. London: Radcliffe Publishing.
- Maurer, F. (2015) Die Bedeutung des Innehaltens – sachkundige Familienbegleitung bei perinatalem Kindstod. Unpublizierte Masterthesis. Fachhochschule Salzburg.
- Rädestad, I. et al. (2013) Being alone in silence – Mother's experiences upon confirmation of their baby's death in utero. In: «Midwifery»; 30: 91–95.
- Rothschild, B. (2002) Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- Trullsson, O. und Rädestad, I. (2004) The silent child-mothers's experiences before, during and after stillbirth. «BIRTH»; 31(3): 189–195.
- Woodroffe, I. (2013) Supporting bereaved families through neonatal death and beyond. In: «MIDIRS Midwifery Digest»; 23(4): 505–511.