

Am Tod Maß nehmen fürs (Weiter-)Leben

Franziska Maurer

Der Tod eines Kindes an seinem Lebensanfang erschüttert und verunsichert die werdenden Eltern, ihr ganzes Umfeld und die involvierten Fachleute. Ohnmachtsgefühle angesichts der Ausweglosigkeit sind bei vielen Beteiligten zu beobachten. Wie gelingt es, Eltern in dieser Situation sensibel zu begleiten und als Hebamme selbst handlungsfähig zu bleiben? Die Autorin reflektiert diese Frage auf Basis ihres Erfahrungswissens und fundierter Studien.



Woran orientiere ich mich als Hebamme angesichts des Todes? Und was hilft Eltern im Moment großer Orientierungslosigkeit, wieder ihren Weg zu finden? Ein Antwortversuch. (Foto: Creaturart – stock.adobe.com)

Was geschieht, wenn der Tod da erscheint, wo ihn niemand erwartet? Was, wenn im heutigen Verlauf von Planen, Kontrollieren und Überwachen plötzlich nichts mehr machbar ist? Als Hebamme stellt sich auch die Frage: Was beruhigt mich, was lässt mich aushalten und dabeibleiben und was macht mich handlungs- und begleitfähig angesichts des Todes rund um die Geburt?

Diese Fragen bilden den roten Faden zur Betrachtung der Hebammenarbeit in Verlustsituationen und den

Auswirkungen für die Praxis. Ein Versuch, Antworten zu finden, die einen tragfähigeren Boden schaffen.

Sichtweise und Haltung

Um den eingangs gestellten Fragen zu folgen, benenne ich erst einmal, von wo aus ich die Thematik angehe: Ich schaue als Frau und Hebamme auf die Thematik, mit meiner Lebenserfahrung, meinem Wissen und meinen reflektierten Berufserfahrungen. Dies zu benennen,

scheint mir wichtig, da gerade der Standpunkt, die Einbindung und die innere Haltung zentrale Rollen spielen angesichts von Krisenbewältigung und Umgang mit Sterben und Tod. Ich bewege die Thematik als Frau, die nicht Mutter ist. Also ohne das persönliche Erleben von Schwangersein, Gebären, Mutterwerden. Was mich leitet, ist die Orientierung am physiologischen Geschehen von Fruchtbarkeit, Leben und Sterben. An dem, was Menschen zur Verfügung steht, Herausforderungen in und mit ihrem Körper und ihrem ganzen Wesen zu meistern.

Die Begleitung von werdenden Müttern und Vätern, von Familien beim Tod ihres Kindes und von beteiligten Fachpersonen haben mich zu meinem heutigen Betrachtungs- und Handlungsstandpunkt geführt. Und schließlich: Ich ehre das Leben und die Schöpfung und erlebe den Tod als dazugehörig. Ich denke und handle, so gut mir das gelingt, aus dieser Haltung heraus.

Was geschieht?

Zeitpunkt, Umstände und Ursache vom frühen Tod eines Kindes sind unterschiedlich. So unterscheidet sich das Erleben einer Fehlgeburt im 1. Trimenon zur Situation, wenn das Kind kurz vor dem erwarteten Geburtstermin intrauterin stirbt. In der Frühschwangerschaft befindet sich die Schwangere noch frisch *in anderen Umständen* und ist auf körperlicher, gefühlsmäßiger und gedanklicher Ebene mit den Anpassungen beschäftigt. Es ist ein Zustand von viel Bewegung und sich zurechtfinden im Neuen. Steht die Frau kurz vor der Geburt, hat sie bereits mehrere Phasen im Mutterwerden durchlebt und auch erfahren, wie ihr Körper diese notwendigen Veränderungen meistert.

Stirbt das Kind nach der Geburt, z. B. aufgrund von Frühgeburtlichkeit oder vorbestehender Krankheit, geht dem oft eine Zeit von Ungewissheit, Bangen und Hoffen voraus. Kommt es zum Tod des Kindes durch Schwangerschaftsabbruch, der im 2. oder 3. Trimenon als Folge vorgeburtlicher Untersuchungen durchgeführt wird, ist das Erleben der Eltern zusätzlich geprägt von großer Ambivalenz, innerer Not, Verantwortung und Schuld.

Die Nachricht vom Tod des Kindes trifft die Eltern – und auch die involvierten Fachleute – mehr oder weniger vorbereitet. Auch das wirkt sich auf das unmittelbare Erleben und vor allem auf das Ausmaß von Schock und Realisieren aus. Alle Beteiligten sind entsprechend mehr oder weniger verbunden mit sich selbst, mit dem Gegenüber, mit dem toten Kind und dem Kontinuum Elternwerden.

Die jeweiligen Bedingungen müssen differenziert berücksichtigt werden, um das Geschehen sowohl geburtshilflich

als auch im Krisenverlauf einschätzen, beurteilen und begleiten zu können.

Eine akute Krise

Der Tod eines Kindes während der Schwangerschaft oder rund um die Geburt löst eine akute Krise mitten in einem geburtshilflichen Verlauf aus. Für die begleitende Fachperson stellen sich die Fragen: Was verlangt am dringendsten nach Aufmerksamkeit? Wo besteht Handlungsbedarf? Welche Diagnose steht im Vordergrund?

Bei der Feststellung des Todes ist Diagnose ganz im ursprünglichen Sinne vom griechischen *gnōsis* = Erkenntnis zu verstehen [7]. Aus Befunden und einer Gesamteinschätzung entsteht eine Erkenntnis zur aktuellen Situation. Die heutige Verwendung des Begriffs Diagnose impliziert die Feststellung einer Krankheit, eine daraus abgeleitete Prognose und etwaige Therapien. Die Gewissheit, dass das Kind im Mutterleib nicht mehr lebt, ist eine Todesfeststellung. Dem folgt keine Prognose, dafür gibt es auch keine Therapie. Daran, dass das Kind tot ist, kann nichts mehr geändert werden. Relevant ist, wie sich der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf unter diesen Umständen weiter entwickeln wird und welchen Umgang die Mutter damit findet. In den meisten Fällen stehen die akute Krise und die primären Bewältigungsbestrebungen im Zentrum, ohne Handlungsbedarf im geburtshilflichen Geschehen.

Die Todesnachricht

Die Art und Weise, wie Eltern erfahren, dass ihr Kind nicht mehr lebt, prägt den gesamten Verlauf des Geschehens. Erlebt die Schwangere Anzeichen in sich, ihrem Körper und ihrem Empfinden, wird sie dadurch aufmerksam, dass sich etwas verändert. Es kann ein schrittweises Annähern an die Gewissheit erfolgen. Phasen von Unsicherheit, Angst, dem Versuch, sich selbst zu beruhigen und es nicht wahrhaben zu wollen, verstärken nach und nach die Ahnung, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt, dass es vielleicht nicht mehr lebt.

Wird der Tod mittels einer Ultraschalluntersuchung festgestellt – insbesondere, wenn es ein Zufallsbefund ist und vorab nichts darauf hingewiesen hat – kommt es zur unmittelbaren und entsprechend schockierenden Gewissheit. Die Ultraschalluntersuchung ermöglicht ein vorzeitiges Wissen. Ohne technische Hilfsmittel bestünde erst nach der Geburt des Kindes die absolute Gewissheit, dass es nicht mehr lebt. Es wäre also ein Weg körperlicher und emotionaler Erfahrungen innerhalb eines längeren Zeitraumes notwendig, der zum Wissen mit allen Sinnen führt. Die Beschleunigung durch die technischen Möglichkeiten birgt Vorteile. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass das menschliche

Erleben an sich nicht schneller geworden ist. Das Realisieren braucht immer noch Zeit und die Möglichkeit sinnlicher Wahrnehmung.

Pullen und ihre Kolleginnen untersuchten, welche Faktoren sich rund um die Todesfeststellung positiv und welche negativ auswirken. Eltern betonen, dass sie direkt nach der Mitteilung Raum für ihre eigenen Gefühle brauchten oder gebraucht hätten. Wird dieser gegeben und fühlen sich Eltern in ihren Gefühlen bestätigt, erlebten sie dies positiv. Versuchten Fachpersonen hingegen, aufkommende Gefühle der Eltern zu unterdrücken bzw. zu beschwichtigen, erlebten sie dies hinderlich. Eine zentrale Bedeutung kommt der Aufklärung zu. Die Mitteilung der Todesnachricht reicht nicht aus. Eltern brauchen Aufklärung darüber, wie ihr Kind auf die Welt kommen kann und was danach möglich ist, um daraus ihren individuellen Weg wählen zu können. Die Forscherinnen schlussfolgern, dass die Fähigkeit der Fachpersonen, mit Demut, Mitgefühl und Achtsamkeit anstatt mit unmittelbarem Intervenieren auf den Tod eines Kindes zu reagieren, negative Kurz- und Langzeitfolgen für Eltern vermindern hilft. Sie weisen auf das Prinzip des Nicht-Schadens hin [10].

Krisenverlauf und Bewältigungsmöglichkeiten

Um Eltern in dieser Situation bestärkend unterstützen zu können, braucht es ein Verständnis des Krisenverlaufs und der menschlichen Bewältigungsmöglichkeiten. Diese seien nachfolgend im Hinblick darauf betrachtet, was im Kontinuum Elternwerden geschieht.

Menschlicher Umgang mit großen Krisen

Die Auswirkungen eines Kontrollverlustes erschüttern und überfordern den Menschen in seinem ganzen Organismus. Diese Überforderung verlangt nach Adaptationsmaßnahmen. Also einer Strategie und einer Reihe von Anpassungsmechanismen, die das Überleben sichern und aus der Überforderung wieder in die Kontroll- und Handlungsfähigkeit führen. Das autonome Nervensystem aktiviert entsprechend dem Ausmaß der Bedrohung die notwendigen Reaktionen: Alarmierung, Schärfung der Sinne für eine hohe Wachsamkeit, Reduktion der (Schmerz-)Empfindung und das Bereitstellen der Kampf-/Fluchtkräfte. Je größer die Überforderung ist, umso höher ist die Erregung. Laufen die Bemühungen der beschriebenen aktiven Reaktionen ins Leere bzw. ist das Maß der Überforderung zu groß, reagiert der Organismus mit Dissoziation, die sich bis zur Ohnmacht steigern kann.

Die menschlichen Überlebensinstinkte beinhalten neben dem aggressiven **Kampf-Flucht-Notprogramm**

jedoch auch Fähigkeiten, die uns zum fürsorglichen Handeln für andere bewegen – und sich so über den persönlichen Überlebensinstinkt hinwegsetzen [12]. Die Psychologin und Stressforscherin Shelley Taylor war eine der ersten, die das weibliche Stressverhalten in Notsituationen erforscht hat und bezeichnete diese weibliche „Kampf“-Reaktion als **„tend and be friend“** [15]. Ein Beispiel zur Veranschaulichung: Die Kinder sind friedlich am Spielen, die Erwachsenen sitzen im gleichen Raum beisammen und unterhalten sich. Plötzlich ertönt der Feueralarm. Unmittelbar geht der Blick aller Mütter auf die Suche nach ihren Kindern – gleichzeitig nehmen die Mütter unter sich Kontakt auf. Die Impulse „Schutz für die Bedürftigsten“ und „Kontakt/Verbindung“ wirken sofort. Erst dann folgen Aktionen im Rahmen von „kämpfen“ oder „fliehen“ mit dem Ziel, nicht nur das eigene, sondern auch das Überleben der Mitmenschen zu sichern. Diese Fürsorgeimpulse in Notsituationen sind natürlicherweise auch bei Frauen, die keine Kinder haben, und bei Männern vorhanden. Evolutionsbiologisch betrachtet ist vorstellbar, dass sie möglicherweise bei Müttern stärker aktiviert sind.

Die **Kontakt-und-Fürsorge-Reaktion** in Notsituationen ist im Gegensatz zur sympathikusgesteuerten **Kampf-/Flucht-Überlebensstrategie** eine Vagus-Reaktion. Diese Fähigkeit steht höher entwickelten Säugetieren und somit auch dem Menschen zur Verfügung [9]. Voraussetzung, dass sie zum Einsatz kommen kann, ist ein gewisses Maß an Sicherheit, d. h. der Menschen muss trotz der Bedrohung in einem kontaktfähigen Zustand bleiben. Die Anwesenheit von anderen, erreichbaren Menschen und ein Eingebundensein spielen dabei eine zentrale Rolle.

Sich-sicher-fühlen ist ein sehr subjektives Empfinden und hängt stark von den individuellen Bindungserfahrungen und vom bisherigen Erleben und Bewältigen von Krisensituationen ab. Der Psychiater Steven Porges hat mit seiner Forschung und der Entwicklung der **Polyvagal-Theorie** – deren Kern die beschriebene Vagus-Reaktions-Fähigkeit beinhaltet – eine der wichtigsten und umfassendsten theoretischen Modelle entwickelt, die der Krisenbewältigung und Traumatherapie zugrunde liegen [9]. Er widerlegt damit – wie bereits Taylor – die jahrzehntelange Annahme, dass sich das menschliche Notprogramm auf Kampf beschränkt. Und er schafft damit ein ganz neues Basiswissen, das im Umgang mit akuten Krisen berücksichtigt werden müsste. Erkenntnisse aus der Traumaforschung finden in der geburtshilflichen Begleitung bei perinatalem Kindstod jedoch nach wie vor kaum Beachtung. Insbesondere der Aspekt von Sicherheit und Realisationsförderung in der Akutphase durch Verlangsamung und Nicht-handeln erfordert größere Beachtung und entsprechendes Verhalten [18][10].

Dem Tod begegnen

Das Unausweichliche des Todes löst Ohnmacht und Aufregung aus. Es ist eine Konfrontation mit der begrenzten Macht menschlichen Handelns. Niemand ist „Profi“ angesichts des Todes. Wir sind alle zusammen gefordert angesichts dieses Großen. Und zugleich ist in allen die menschliche Fähigkeit angelegt, Verlust zu bewältigen. Eine notwendige Ressource, da das ganze Leben abschiedlich und von Verlusterfahrungen begleitet ist. Die Frage ist also, was die Anbindung an diese inneren Ressourcen fördert? Was führt eher zur Entfremdung?

Dass wir alle sterben, ist das Einzige, was wir mit Sicherheit wissen können. Fehlendes Bewusstsein dafür verstärkt Chaos, Schmerz und Überforderung. Auf der Ebene des menschlichen Konzepts von Machbarkeit, Kontrolle und Sicherheit entsteht ein unkontrollierbares Chaos. Der hilflose Versuch, dem mit (Über-)Aktivismus zu begegnen, lenkt eher ab und führt weg auf der Suche nach Halt im Außen. Der Tod führt uns jedoch ans Essenzielle. Er ist die Verbindung zur Schöpfung, macht sie erlebbar, wahrnehmbar. Er führt uns dahin, wo nichts gemacht werden kann, wo die Kräfte aus der Hingabe, von innen, entstehen.

Bruch im Kontinuum

Mit der Erwartung eines Kindes ist alles auf Leben eingestellt. Der Tod des Kindes in der Primärzeit führt zu einem Bruch im Kontinuum Mutterwerden, Elternwerden. Der Organismus der Frau ist darauf ausgerichtet, laufend angepasste Bedingungen zu schaffen, damit sich das Kind entwickeln kann, alles vorbereitet ist auf Gebären, auf den ersten Kontakt nach der Geburt und auf die mütterliche Fürsorgebereitschaft für ihr Kind. Das Schwangergehen mit dem Kind ist eine Wechselwirkung von körperlichen Vorgängen, Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Es verändert die werdenden Eltern. Die Frau wird zur Mutter, der Mann zum Vater. Die Geburt ihres Kindes führt sie zu einer neuen Identität. Auch der Tod des Kindes verwandelt sie, macht sie auf einer anderen Ebene zu anderen Menschen. Werte verschieben sich, bisher Relevantes tritt in den Hintergrund, die existenzielle Not schafft neue Maßstäbe. Gleichzeitig erfolgt oft der verzweifelte Versuch, zur „alten Ordnung“ zurückzukehren, an Vertrautem festhalten zu können.

Das Lebenskontinuum des Kindes endet abrupt und viel früher als erwartet. Alles Vorbereitete, Vorgesehene – auch das, was auf Vorstellungen beruhte – läuft ins Leere.



Das Leben fordert viel von einer Frau: ihr totes Kind zu gebären. Und von Eltern: ihr neugeborenes Kind zu beerdigen.

Bewältigungsressourcen der Frau

Der Körper der Frau weist mit seinen Bewältigungsressourcen möglicherweise den Weg, die losen Fäden wieder aufzunehmen und dem Kontinuum weiter zu folgen. Stirbt das Kind intrauterin, ist die Frau erst einmal immer noch schwanger. Die Hormone reagieren – in individuellem Tempo – auf den Tod des Kindes mit der Anpassung „Vorbereitung für die Geburt“. Alle vorhandenen Ressourcen kommen zum Einsatz: Die Mutter erkennt die Notwendigkeit, ihr Kind zu gebären. In ihr wirken neben der Furcht, ihrem toten Kind zu begegnen, auch alle Aspekte der Hingabe, des Bondings und der geweckten Fürsorge. Sodass sie sich bereitmacht, sich öffnet, ihr Kind aus sich gehen lässt und sich ihm nach der Geburt zuwendet. Der Körper kennt kein Umkehren, kein Zurück zum Vorher. Diese Kräfte weisen den Weg vorwärts, durch alle Anpassungs- und Wandlungsschritte hindurch.

Bereits wenn die Mutter erfährt, dass ihr Kind gestorben ist, sind es diese vorbereiteten Bedingungen, die sie trotz der großen Not mit „Schutz für die Bedürftigsten“ und „Kontakt/Verbindung“ reagieren lassen könnten. Also mit einer Hinwendung zu ihrem Kind im Bauch, mit Fürsorge für dieses Wesen. So wie jede Mutter beschützend reagieren würde, wenn sie von der Bedrohung ihres Kindes erfährt. Voraussetzung für dieses menschlich-fürsorgende Verhalten ist ein Minimum an sicherheitspendenden Umständen.

Das Erleben der Eltern

Rückblickend empfinden Mütter, deren Kind intrauterin gestorben ist, die Vorbereitung und die dann folgende spontane vaginale Geburt als Stärkung im gesamten Prozess [17].

Betroffene Väter schildern ihre Ohnmacht, Sprachlosigkeit und die große Angst um ihre Partnerin als zentral in ihrem Erleben des Geschehens. Aus dieser Motivation heraus tendieren sie zu raschen und beschleunigenden Interventionen. Insbesondere empfinden viele Männer im ersten Moment einen physiologischen Geburtsverlauf als unzumutbar und sinnlos für ihre Partnerin. Rückblickend beschreiben sie die Zeit, um die Bedeutung der Todesnachricht zu realisieren und sich auf die Geburt ihres Kindes vorbereiten zu können, als elementar wichtig [14]. Im Weiteren sind es konkrete Handlungen als Vater und die Möglichkeit von sinnlichem Kontakt, was ihnen im Realisieren und Zurechtfinden in der neuen Lebenssituation hilft – das Sehen, Berühren und Sein mit ihrem geborenen toten Kind.

STUDIEN

Bedeutung des Bondings mit dem toten Kind

Eine großangelegte internationale Untersuchung hatte zum Ziel, festzustellen, ob und wie sich die Art und Weise auswirkt, wie Fachpersonen den Eltern die Möglichkeit zum Sehen und Halten ihres verstorbenen Kindes anbieten. Dazu wurden 840 Mütter schriftlich zu ihrem Erleben befragt. Sie alle hatten zwischen 1955 und 2010 die Erfahrung gemacht, ein totes Kind zu gebären. Bemerkenswert ist die lange Zeitspanne, haben sich doch in diesen 55 Jahren das medizinische Vorgehen und die Schwerpunkte in der Betreuung rund um den frühen Kindsverlust stark verändert. Die Mehrheit der Mütter berichtet davon, dass sie Angst hatten, ihr totes Kind zu sehen. Frauen, die vorab gefragt wurden, ob sie ihr Kind sehen wollen, empfanden vergleichsweise mehr Angst. War der Kontakt mit ihrem neugeborenen Kind ein selbstverständlicher Teil des Geburtsgeschehens, ohne dass sie erst danach gefragt wurden, erlebten die Mütter diesen als natürlich und gut. Die Untersuchung zeigt einen deutlichen Trend dazu, dass Mütter weniger Angst haben und den Kontakt mit ihrem Kind gut, natürlich und tröstlich erleben, wenn die Betreuungspersonen von einem „selbstverständlichen Bonding“ ausgehen [3].

Auch Ryniks und ihre Kolleginnen haben 21 Mütter drei Monate nach der Geburt ihres intrauterin verstorbenen Kindes zu ihren Erfahrungen befragt. Alle Mütter hatten ihr Kind nach der Geburt zu sich genommen und gehalten. Mehrere Frauen erwähnten ihre Furcht vor dem toten oder vor dem versehrten Körper ihres Kindes. Einige beschrieben Zweifel und intensive Gefühle, die sie erlebten, während sie ihr Kind bei sich hatten. Im Nachhinein waren alle Mütter froh um die Unterstützung bei allen Schritten zum und mit dem sinnlichen Kontakt mit ihrem verstorbenen Kind [11].

Heutiger Kontext

Im Zuge der heutigen medikalisierten und medizinisch gesteuerten Frauengesundheit hat sich der Stellenwert der Selbstwirksamkeit der werdenden Mutter hin zu externem Kontroll- und Handlungsbedarf verschoben. Weibliche Fruchtbarkeit und Mutterwerden werden als primär defizitäre und behandlungsbedürftige Geschehen behandelt. Der Philosoph und Theologe Ivan Illich brachte dies bereits vor Jahren in seiner kritischen Sicht auf die gesellschaftliche Entwicklung auf den Punkt: „Wenn die Schwangerschaft nicht mehr die gute Hoffnung auf ein Kind ist, sondern ein optimierbarer Reproduktionsprozess, können sich Frauen nicht mehr auf ihre Empfindungen verlassen.“ [6]

Anstatt „in Erwartung“ und „guter Hoffnung“ zu sein – also in einem Zustand von Vertrauen und Akzeptanz der Ungewissheit – dominiert das wachsende Bedürfnis nach Sicherheit. Dies zeigt sich auch an den zunehmend selbstverständlich und routinemäßig vorgenommenen vorgeburtlichen Untersuchungen. Schwanger zu sein wird zu einem Verlauf von Planung, Kontrolle und Abwägen. Oder wie es Sandra Schulz aus eigener Erfahrung mit vorgeburtlichen Untersuchungen beschreibt: „Sie [die Mütter, Anm. der Autorin] warten auf die Freigabe zum Mutterglück. Nur dass es nie Entwarnung gibt, nie Erlösung von der Unsicherheit, nie Eindeutigkeit, sondern nur Etappensiege und Wahrscheinlichkeiten. Denn so vieles kann sich so oder so entwickeln. Die Menschwerdung entzieht sich der Kontrolle des Menschen.“ [16]

Es herrscht ein immer stärker ausgeprägtes Spannungsfeld: Einerseits ist da der verzweifelte Versuch, durch Risikoabwägung, Risikobeseitigung, Kontrolle und Distanz Sicherheit herzustellen. Andererseits das menschliche Erleben in Kontakt, Beziehung, Gefühlen, Ungewissheit, Vertrauen und Hingabe. In existenziellen Krisen ist diese Diskrepanz noch viel größer und führt zur Überforderung aller Beteiligten.

Physiologie verstehen

Kommt es in diesem von Kontrolle und Sicherheitsbestrebungen dominierten Verlauf zu einer Fehlgeburt oder zum (oft unerklärlichen) Tod des Kindes rund um die Geburt, wird die Diskrepanz zwischen Vertrauen und Sicherheit in ihrem ganzen Ausmaß deutlich. Das medizinische Modell basiert auf der Bekämpfung und Vermeidung des Todes. Tritt der Tod ein, hat es nichts mehr anzubieten.

Die werdenden Eltern sind gerade auch in akuten Krisen- und Verlustsituationen stark geprägt vom bisherigen Verlauf. Dadurch verstärken sich oftmals die Notfallreaktionen wie der starke Drang nach sofortiger Handlung und Kontrolle in der Ohnmachtssituation. Auch die involvierten Fachleute sind von interventionsreichem Vorgehen im Rahmen der Geburtsmedizin geprägt, was zur zusätzlichen Beschleunigung des Geschehens führt. Als Beispiel: Eine Curettage wird als therapeutische Intervention bei einer Fehlgeburt eingesetzt. Tatsächlich bedarf die physiologisch verlaufende Fehlgeburt keiner therapeutischen Maßnahmen. Die Curettage ist in dem Fall eine Beschleunigung des Geschehens [8]. Geburtseinleitende Medikamente oder im weiteren Verlauf z.B. auch orale Milchbildungshemmer werden verschrieben, um einen normalen Ablauf bei gesunden Frauen zu verhindern. An dieser Stelle noch einmal pointierte Worte von Illich: „Die Tatsache, dass die moderne Medizin spezifische Symptome recht wirksam zu

behandeln weiß, bedeutet nicht, dass sie heilsam für die Gesundheit des Patienten wäre.“ [5]

Mit der Motivation, Frauen zu „schonen“ und sie möglichst rasch „vom Leiden zu befreien“, werden sie in ihren physiologischen Ressourcen beschnitten. Die Selbstbewältigung des Geschehens kommt als möglicher Weg gar nicht erst in Betracht. Das Verständnis für einen physiologischen und interventionsfreien Verlauf in der Geburtshilfe und insbesondere auch beim intrauterinen Tod des Kindes fehlt heute weitgehend. Handlungsleitend ist die Orientierung an sogenannten Risiken, also an Komplikationen, die vielleicht auftreten könnten. Hingegen fehlt eine Beurteilung des tatsächlichen aktuellen Gesamtzustandes der Schwangeren.

Als mögliche körperliche Gesundheitsrisiken für die Mutter durch abwartendes Verhalten beim intrauterinen Tod des Kindes werden Infektionen und Gerinnungsstörungen beschrieben. Bei intakter Fruchtblase und im Zeitraum des 3. Trimenons ist das Infektionsrisiko gering und eine entsprechende Überwachung in unseren Breitengraden gut möglich. Gerinnungsstörungen können in seltenen Fällen nach ca. 2-4 Wochen als Reaktion auf die Autolyse des toten Kindes auftreten. Bei intakter Fruchtblase und keiner akuten Infektion besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf [1][13]

Rolle der Hebammen

Welche Rolle spielen die Hebammen in diesem Geschehen? Oder anders gefragt: Was steht Hebammen zur Verfügung, um beim Tod eines Kindes Geburtshilfe zu leisten?

Die Medizinhistorikerin und Philosophin Barbara Duden verfolgt seit Langem die Entwicklung der Geburtshilfe. Mit ihrem Verständnis aus jahrzehntelanger Forschung in den Bereichen Frauenkörper und Frauengesundheit erkennt sie, welche Qualitäten der Hebammenarbeit zu Grunde liegen. Zentrale Bedeutung misst sie dabei der Kunst des Wartens zu: „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.“ [2]

Das Elternwerden sachkundig begleiten

Den ganzen Prozess des Elternwerdens sachkundig zu begleiten ist Basis der originären Hebammenarbeit. Also das Verständnis für und das Wissen um die Kontinuum-Gesetzmäßigkeiten. Dem Kontinuum Mutterwerden zu

folgen, heißt dann konkret, beim intrauterinen Tod des Kindes Orientierung zu schaffen und Ressourcen zu nutzen. Auch dieses Kind kommt auf die Welt! Die Mutter braucht Unterstützung, um sich auf diese Geburt vorzubereiten, braucht Ermutigung und Zuspruch, sich dieser Herausforderung zu stellen mit allem, was ihr zur Verfügung steht. Die Hebamme nutzt entsprechend ihre Kenntnis der physiologischen Verläufe und ihre Erfahrungen, was die Geburtsbereitschaft fördert. Und sie kann auch auf ihr Wissen vom Bonding-Prozess zurückgreifen. Also darauf, was die Mutter unterstützt, mit ihrem Kind in Kontakt zu sein, sich ihm fürsorglich zuzuwenden.

Mutter und Kind Raum geben

Die Bonding-Forschung zeigt, dass sich die Bindung zwischen Mutter und Kind im Laufe der Schwangerschaft entwickelt und direkt nach der Geburt einen wichtigen Höhepunkt erreicht. Ruhe, Schutzraum und Nicht-Stören dieser ersten Begegnung sind die seit langem bekannten Merkmale dieser sensiblen Phase. Evolutionsbiologisch sichert die Mutter-Kind-Bindung das kindliche Überleben. Sie aktiviert die Fürsorge der Mutter für ihr Kind in dem Maße, dass sie in der ersten Zeit unter allen Umständen für es sorgt. Das ist für eine Mutter eine große innere Ressource angesichts der Begegnung mit ihrem verstorbenen Kind. Das führt sie zum Wesentlichen im aktuellen Moment: wie kann ich meinem Kind Mutter sein? Welche Fürsorge braucht es? Was können wir noch für unser Kind tun? Ein tiefer Wunsch aller Menschen ist es, in Frieden zu sterben. Kann die Mutter zu friedlichen Bedingungen rund um den Tod ihres Kindes beitragen, fließt ihre Liebe und Fürsorge nicht ins Leere. Sie ist mit all ihren Sinnen ganz in der Präsenz, im Moment, was ihr die Kraft verleiht, den Schmerz zu ertragen.

Das Geschehen mit aushalten

Am Beispiel der Auswirkung des Bonding-Prozesses im Zusammenhang mit dem Kindstod wird ersichtlich, wie der weibliche Organismus das „regelt“. Hebammen kennen diese physiologischen Vorgänge und die Bedeutung der Selbstwirksamkeit im Mutterwerden. Kern der Hebammenarbeit ist zudem das Begleiten und Mitaushalten durch die Enge, durch das Unausweichliche. Ohne Abkürzung oder Notausgang. Diese Grenzerfahrung und die dadurch entstandene Kraft spielt eine wesentliche Rolle in den Anforderungen im weiteren Muttersein. Als Mutter eines lebenden und als Mutter eines verstorbenen Kindes.

Selbstregulation und Einbindung

Schließlich nehme ich die eingangs gestellten Fragen wieder auf: Was lässt mich als Hebamme das überhaupt aushalten? Wie kann ich dabeibleiben und diese Familie begleiten im Gebären, Begrüßen und Abschiednehmen ihres Kindes? Dabei wird eine noch prägnantere Frage

unausweichlich: Woran orientiere ich mich angesichts des Todes?

Je mehr Verankerung im Beherrschen, Machen und Kontrollieren ist, umso grösser ist die Erschütterung und Ohnmacht angesichts des Todes. Es ist die innere Anbindung und die Einbindung in etwas Größeres, was Halt gibt. Vielleicht hängt das Maß von Verbundenheit mit der Schöpfung und auch das Maß von Vertrauen oder Angst bezüglich Verlust, Sterben und Tod davon ab, wie viel Frieden in uns ist. Oder wie viel Ungeklärtes und Unbewusstes.

Über die Selbstwahrnehmung und Selbstanbindung kann das Andocken an die inneren Ressourcen gelingen. In der akuten Betreuungssituation hat die Selbstregulation als Fachperson erste Priorität. Dieses Prinzip bildet die Basis des Selbstanbindungs- und Krisenkonzepts, welches der Psychologe und Körperpsychotherapeut Thomas Harms mit der **Emotionalen Ersten Hilfe** entwickelt hat [4]. Die Selbstregulation führt zur eigenen Beruhigung, zur Verlangsamung und zu einem Zustand von wachsendem Containment. Das eigene Vertrauen in den Prozess und in die Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen wächst. Diese Beruhigung wirkt ko-regulierend, beruhigt und stabilisiert also auch die direkt Betroffenen und unterstützt sie in ihrer eigenen Selbstanbindung. Es entsteht Halt von außen, damit sie ihren Halt von innen wahrnehmen können. Die Hebamme und die betroffenen Eltern begegnen sich auf Augenhöhe und können sich dann gemeinsam dem Unausweichlichen zuwenden.

FAZIT

Relevanz für die Hebammenarbeit

Die Orientierung an der Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, am Kontinuum Mutter-/Elternwerden, an der Selbstwirksamkeit der Frau und an der Kunst des Nicht-Eingreifens sind handlungsleitend.

Es ist die originäre Hebammenarbeit, die beim frühen Tod des Kindes dient:

- Selbst- und Co-Regulation, Kontakt
- Dabeibleiben und aushalten
- Schutzraum schaffen, Containment
- Zumuten – allen Beteiligten, auch sich selbst dem Kontinuum folgen
- Geburtshilfe leisten

So kann es gelingen, den Eltern ihr Schicksal zuzumuten, sie in ihrem Erleben zu begleiten und sie so zu unterstützen, dass sie von der Erschütterung und Überwältigung zum Realisieren und zur Handlungsfähigkeit finden. So dass durch unser Zumuten ihr eigener Mut bestärkt wird, ihren Weg als Eltern eines verstorbenen Kindes zu gehen.

Autorinnen / Autoren



Franziska Maurer ist Hebamme M.Sc., Therapeutin und Dozentin. Sie gibt Seminare und hält Vorträge in den Bereichen Geburtshilfe, Pränataldiagnostik, Krisenbegleitung und Selbstfürsorge. Zudem ist sie tätig in Beratung und traumasensibler Prozessbegleitung in eigener Praxis in Bern/Schweiz.

Korrespondenzadresse

E-Mail: franziska.maurer@bluewin.ch
www.franziskamaurer.ch

Über diesen Artikel

Zum Thema „Hebammenarbeit bei perinatalem Kindstod“ referiert die Autorin auch auf dem Forum Hebammenarbeit im November in Wiesbaden und beantwortet Fragen der Teilnehmerinnen. In der nächsten Ausgabe *Die Hebamme* 5/2018 schreibt Franziska Maurer über die Begleitung werdender Eltern im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik.

Literatur

- [1] American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 102. Management of Stillbirth. In: *Obstetrics & Gynecology*, 113(3): 748–761
- [2] Duden Barbara, (2015): Die Kunst des Wartens. In: „Hebamme.ch“; (1/2): 19–24
- [3] Erlandsson, Kerstin; Warland, Jane; Cacciatore, Joanne & Rådestad, Ingela (2013). Seeing and holding a stillborn baby: mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth – findings from an online questionnaire. In: *Midwifery*, 29 (3): 246–250. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.007. Epub 2012 Mar 10
- [4] Harms, Thomas (2008): Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung, Krisenintervention, Eltern-Baby-Therapie. Berlin: Ulrich Leutner Verlag
- [5] Illich Ivan, (1981): Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- [6] Illich Ivan, (2002): zitiert von Barbara Duden, Vorlesung Fachhochschule Salzburg, 11/2014
- [7] Kluge (1999): Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Berlin, New York: De Gruyter
- [8] Maurer Franziska, (2017): Fehlgeburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln. Hannover: Elvin Staude Verlag
- [9] Porges, Stephen W. (2017): Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag
- [10] Pullen, Suzanne; Mindi, Ann Golden & Cacciatore, Joanne (2012). „I'll Never Forget Those Cold Words as Long as I Live“: Parent Perceptions of Death Notification for Stillbirth. In: *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 8 (4): 339–355
- [11] Ryninks, Kirsty; Roberts-Collins Cara; McKenzie-McHarg, Kirstie & Horsch, Antje (2014). Mother's experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. In: *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14:203
- [12] Rinpoche, Yongey Mingur (2007): Buddah und die Wissenschaft vom Glück. Ein tibetischer Meister zeigt, wie Meditation den Körper und das Bewusstsein verändert. München: Goldmann Verlag
- [13] Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline No.55. URL: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg55/> (Abgefragt am 27. 12.2014)
- [14] Samuelsson, Margaret; Rådestad, Ingela & Segesten, Kerstin (2001). A Waste of Life: Father's Experience of Losing a Child Before Birth. In: *BIRTH* 28 (2): 124–130
- [15] Schmid, Verena (2011): Schmid, Verena (2011). Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell. Hannover: Elvin Staude Verlag
- [16] Schulz, Sandra (2017): Das ganze Kind hat so viele Fehler. Die Geschichte einer Entscheidung aus Liebe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- [17] Trullsson, Otti & Rådestad, Ingela (2004). The silent child-mothers' experiences before, during and after stillbirth. *BIRTH* 31 (3): 189–195
- [18] Woodroffe, Ian (2013). Supporting bereaved families through neonatal death and beyond. In: *MIDIRS Midwifery Digest* 23 (4): 505–511



Erleben Sie Franziska Maurer live beim Forum Hebammenarbeit vom 16. – 17.11.2018 in Wiesbaden.

www.forumhebammenarbeit.de