

Wenn der Anfang auch das Ende ist

Umgang mit perinatalem Kindstod aus Hebammensicht

Madlaina Zindel und Anna Margareta Neff

Wie nach jeder Geburt machte ich gemeinsam mit Familie M. Fußabdrücke ihres neugeborenen Kindes. Die junge Mutter hielt ihre kleine Tochter in den Armen und ich stempelte beide Füßchen auf das Willkommenskärtchen. Daneben notierte ich ihr Gewicht und ihre Länge. 2980 Gramm schwer und 48 cm lang. Gemeinsam staunten wir über die zwei langen großen Zehen von Luisa. »Genau wie die meinen!«, meinte der Vater. Und dann kullerten wieder die Tränen. Luisa kam tot auf die Welt – ihr kleines Herz hatte kurz vor dem Geburtstermin im Bauch ihrer Mutter aufgehört zu schlagen.

Perinataler Kindstod

Familie M. war eine von 549 Familien in der Schweiz, die ihr Kind im Jahr 2020 am Lebensanfang verloren haben (Bundesamt für Statistik BAG)¹. Mit perinatalem Kindstod sind Kinder gemeint, die während der zweiten Schwangerschaftshälfte bis 7 Tage nach der Geburt versterben (Bundesamt für Statistik BAG)². Die Gründe sind vielschichtig: Eltern erfahren vor der Geburt, dass ihr Kind nicht lebensfähig ist, das Kind kommt zu früh auf die Welt, so dass es nicht überleben kann, oder es verstirbt im Mutterleib, wie bei Familie M.

Das erste Mal traf ich Frau M. bei einer Schwangerschaftskontrolle im neunten Monat. Zu Hause war alles vorbereitet für das neue Familienmitglied und die Vorfreude groß. Da sie ihr ungeborenes Kind seit letzter Nacht nicht mehr spürte, meldete sich Frau M. auf der Ge-

burtsabteilung. Beim Abtasten des schwangeren Bauches von Frau M. konnte ich keine Kindsbewegungen wahrnehmen. Der Ultraschall bestätigte, was die Schwangere bereits ahnte: Das Herz ihres ungeborenen Kindes hatte aufgehört zu schlagen. Ihr Baby war verstorben. Die Welt von Familie M. brach zusammen. Was ist passiert? Wie geht es nun weiter? So viele Fragen waren im Raum. Mehrmals fragte der werdende Vater, ob nicht doch noch Hoffnung bestehe, dass sein Kind lebe, und es ein technischer Fehler im Ultraschall sei. Frau M. verlangte, dass sofort ein Kaiserschnitt durchgeführt werde, um das tote Kind aus ihr herauszuholen. Der Gedanke an ein verstorbenes Kind im Bauch war für sie unerträglich. Es war nun die Aufgabe von uns Hebammen und Ärztinnen, Frau M. und ihren Partner nach dieser Schocknachricht aufzufangen und mit ihnen zu schauen, wie es weitergeht.

Innehalten und da sein

Als Erstes rief ich mir in Erinnerung: Für das ungeborene Kind können wir medizinisch nichts mehr tun. Ich habe nun ein Paar vor mir, das gerade erfahren hat, dass ihr Kind gestorben ist. Zwei Menschen im Schock, die noch gar nicht realisieren, was geschehen ist. Es folgten Stunden tiefer Trauer, Wut, Hilflosigkeit, Fragen. Es war nicht einfach, die Wucht dieser Gefühle mitauszuhalten und gleichzeitig das Paar so behutsam wie möglich immer wieder zu ihrem Kind zu führen. Ihr Kind, das noch nicht sichtbar und trotzdem ihr Kind war und bald auf die Welt kommen würde. Schließ-

lich fühlte sich Familie M. bereit, nochmals nach Hause zu gehen, mit ihrer ungeborenen, verstorbenen Tochter. Eine auf Trauerbegleitung spezialisierte Hebamme wurde organisiert, die zum Paar nach Hause ging und das Paar bis zur Geburt und im Wochenbett danach begleiten würde.

Oft erleben Fachpersonen in der Begleitung betroffener Familien eine große eigene Hilf- und Machtlosigkeit. Alle Beteiligten suchen einen Weg aus dieser großen Notlage. Nicht selten ergibt sich daraus ein Aktionismus. Wie bei Frau M. ist es häufig die erste Reaktion von betroffenen Frauen, dass sie ihr Kind so rasch als möglich »weghaben« wollen. Lange Zeit wurde diesem mitten im großen Schock geäußerten »Wunsch« entsprochen und die schwangere Frau so schnell wie möglich entbunden. Das Kind wurde danach »wegge-

bracht«, ohne Namen, ohne noch ein Wort über das Kind zu verlieren. Die Idee war, dass dies für die verwaiste Mutter am schonendsten war und jeder weitere Kontakt oder Hinweis zum Kind eine Traumatisierung bedeuten würde. Heute wissen wir, dass solche medizinischen Beschleunigungen oder Tabuisierungen schädlich sein können. Der folgende Trauerprozess wie auch die körperliche und psychische Gesundheit können so zusätzlich schwer belastet werden.

Aushalten und Bindung zumuten

Auch die Fachperson muss aushalten: Ein Kind ist gestorben. Da kann nichts mehr behandelt oder geheilt werden. Der perinatale Kindstod bedeutet in der Regel eine große psychische Krise für die Betroffenen, ist jedoch im Allgemeinen kein medizinischer Notfall. Es ist hilfreich, wenn sich Be-



gleitende wieder am Kontinuum von Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett orientieren. Was wäre vorgesehen, wenn das Kind noch leben würde? Wo im Kontinuum befindet sich die werdende Mutter?

Erinnerungen schaffen für den weiteren Weg

Durch den unerwarteten Tod ihres Kindes erfahren die werdenden Eltern zwei existenzielle

Momente gleichzeitig: geboren werden und sterben. Es stirbt ein Mensch, den man noch kaum gekannt hat. So ist es von Bedeutung, das verstorbene Kind zuerst willkommen zu heißen und kennenzulernen, bevor es verabschiedet werden kann. Diese gemeinsamen Erinnerungen sind für den weiteren Weg der Eltern zentral. So kann eine Bindung zum verstorbenen Kind entstehen. Wesentlich ist, dass Eltern nicht im Schock Entscheidungen treffen, und auch, dass sie nicht allein gelassen werden.



Daniela Friedli

Acht Tage nachdem das Herz von Luisa zu schlagen aufgehört hatte, fühlte sich das Paar bereit für die nächsten Schritte. Sie kamen für die Geburtseinleitung ins Spital. Es war viel geschehen in der Zwischenzeit. Die werdenden Eltern haben einen für sie gangbaren Weg gefunden, wie sie ihre Tochter auf dieser Welt willkommen heißen und die erste – und ein-

zige – Zeit mit ihrem Kind verbringen wollten. Nach viel Ringen, langen Gesprächen, gemeinsamen Spaziergängen und mit der Begleitung einer erfahrenen Hebamme und Trauerbegleiterin. Trotz großer Trauer schien das Paar wieder etwas Vertrauen gefunden zu haben. Schließlich wurde ihre Tochter Luisa geboren. »Sie schreit wirklich nicht, sie ist wirklich

tot«, bemerkte der Vater. Es schien, als konnte er erst jetzt wirklich glauben, dass seine Tochter verstorben war. Frau M. nahm ihre Tochter in die Arme, weinte und lächelte gleichzeitig. »Wie wunderschön du bist, meine geliebte kleine Luisa.« Sie setzte ihr eine Mütze auf, die sie in dieser so schwierigen und kräftezehrenden Woche für ihre Tochter gestrickt hatte. »Mit jeder Masche floss eine Träne der Liebe«, sagte die junge Mutter. Auch mir lief eine Träne über die Wange. Es sind Momente wie diese, die man als Hebamme nie vergisst.

Selbstwirksamkeit und Fürsorge fördern

Im ersten Moment scheint es unvorstellbar, ein verstorbenes Kind auf natürlichem Wege gebären zu müssen. Dies ist für die Selbstwirksamkeit der Frau jedoch sehr wertvoll. Sie erfährt so auf körperlicher Ebene das Mutterwerden und -sein, unabhängig davon, ob das Kind lebt oder gestorben ist. Eine natürliche Geburt, wie auch der innige Kontakt zum Kind, setzt große Mengen an Hormonen frei, die wichtige Prozesse unterstützen wie die Bindung zum Kind oder die körperliche Rückbildung nach der Geburt. Alles, was die Eltern aus eigener Kraft für ihr Kind tun können, stärkt die Bindung und macht ihre tiefe Liebe sichtbar. Dafür braucht es Zeit, Ruhe und eine Begleitung. Die große Fürsorge verwaister Eltern zu ihrem Kind ist immer wieder zutiefst berührend und eindrucklich. Dies wird möglich, wenn ihnen die Bindung zu ihrem sterbenden oder verstorbenen Kind zugemutet wird. So können sie einen Weg finden, als Eltern eines verstorbenen Kindes weiterzuleben.

Unterstützung für Fachpersonen

Nicht immer gelingt es Fachpersonen, Eltern in diesen herausfordernden Situationen adäquat zu begleiten. Dies kann aufgrund mangelnden Wissens, fehlender Erfahrung oder von Berührungängsten gegenüber dem verstorbenen Kind sein.

Auch Fachpersonen müssen nicht allein durch diese herausfordernden Situationen.

Die Fachstelle kindsverlust.ch bietet nebst fundierten Aus- und Weiterbildungen für Fachpersonen auch kostenlose Beratungen für begleitende Fachpersonen und betroffene Eltern an. Neben Coaching oder Antworten zu fachlichen Fragen stellt kindsverlust.ch auch kostenlose Arbeitshilfen und verschiedene Informationsbroschüren zum Thema »Kindsverlust« zur Verfügung – damit Fachpersonen gestärkt und mit Freude ihrer so wichtigen Arbeit nachgehen können.



Madlaina Zindel ist Hebamme FH.



Anna Margareta Neff ist Hebamme FH und Leiterin Fachstelle kindsverlust.ch.

Kontakt: annamargareta.neff@kindsverlust.ch

kindsverlust.ch

Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit (Bern/Schweiz)
www.kindsverlust.ch

Kostenlose Beratung für betroffene Eltern und begleitende Fachpersonen unter:
0041 31 333 33 60 oder
fachstelle@kindsverlust.ch

Anmerkungen

- 1 Anzahl Todesfälle und Rate der perinatalen, Säuglings- und Kindersterblichkeit: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/saeuglings-totgeburten.as-setdetail.18744335.html>.
- 2 Sterblichkeitsdefinition vor und bei der Geburt sowie im ersten Lebensjahr: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.html>.

Vom Un-Glück – Gibt es Glück im Leid?

Impressum

Herausgeber/-innen:

Monika Müller M. A., KAB-Ring 22, D-53359 Rheinbach
E-Mail: vr-leidfaden@monikamueller.com

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Zentrum für Palliativmedizin,
Von-Hompesch-Str. 1, D-53123 Bonn
E-Mail: Lukas.Radbruch@ukbonn.de

Dr. phil. Sylvia Brathuhn, Frauenselbsthilfe Krebs e. V.,
Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e. V.
Schweidnitzer Str. 17, D-56566 Neuwied
E-Mail: Brathuhn@t-online.de

Prof. Dr. Arnold Langenmayr (Ratingen), Dipl.-Sozialpäd. Heiner Melching
(Berlin), Dipl.-Päd. Petra Rechenberg-Winter M. A. (Hamburg),
Dipl.-Pflegefachfrau Erika Schärer-Santschi (Thun, Schweiz),
Dipl.-Psych. Margit Schröer (Düsseldorf), Rainer Simader (Wien),
Prof. Dr. Reiner Sörries (Erlangen), Peggy Steinhauser (Hamburg)

Bitte senden Sie postalische Anfragen und Rezensionsexemplare
an Monika Müller, KAB-Ring 22, D-53359 Rheinbach

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. Colin Murray Parkes (Großbritannien), Dr. Sandra L. Bertman
(USA), Dr. Henk Schut (Niederlande), Dr. Margaret Stroebe
(Niederlande), Prof. Robert A. Neimeyer (USA)

Redaktion:

Ulrike Rastin M. A. (V. i. S. d. P.),
BRILL Deutschland GmbH
Vandenhoeck & Ruprecht
Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen
Tel.: 0551-5084-423
E-Mail: ulrike.rastin@v-r.de

Bezugsbedingungen:

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich. Es gilt die gesetzliche Kündigungsfrist
für Zeitschriften-Abonnements. Die Kündigung ist schriftlich zu richten an:
HGV Hanseatische Gesellschaft für Verlagsservice mbH, Leserservice,
Holzwiesenstr. 2, D-72127 Kusterdingen, E-Mail: v-r-journals@hgv-online.de.
Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen, Preise sowie weitere Informationen
finden Sie unter www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com.

Verlag:

BRILL Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Breite 10,
D-37079 Göttingen; Tel.: 0551-5084-40, Fax: 0551-5084-454
www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2192-1202

ISBN 978-3-525-80620-3

ISBN 978-3-647-80620-4 (E-Book)

Umschlagabbildung: Anneka/Shutterstock.com

Verantwortlich für die Anzeigen: Ulrike Vockenberg, Brill Deutschland GmbH,
Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen, Kontakt: anzeigen@v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den
gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen
Einwilligung des Verlages.

© 2022 by Vandenhoeck & Ruprecht, Theaterstraße 13, 37073 Göttingen, Germany, an imprint of the Brill-Group
(Koninklijke Brill NV, Leiden, The Netherlands; Brill USA Inc., Boston MA, USA; Brill Asia Pte Ltd, Singapore;
Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Germany; Brill Österreich GmbH, Vienna, Austria)
Koninklijke Brill NV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Hotei, Brill Schöningh, Brill Fink, Brill mentis,
Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau, V&R unipress und Wageningen Academic.

Gestaltung, Satz und Lithografie: SchwabScantechnik, Göttingen
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany