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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 88 (1990)

Heft: 1

Artikel: Im Gebärsaal

Autor: Salm, Gaby

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950329

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

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

Sr. Gaby Salm, Hebamme, Universitäts Frauenklinik, Bern

Im Gebärsaal

Ich will heute aus der Sicht der Hebamme im Gebärsaal zum Thema Betreuung von Eltern mit behinderten, sterbenden oder toten Kindern sprechen.

Es ist mir gar nicht leicht gefallen, einen Anfang zu finden. Ich erinnerte mich an «meine» Patientinnen zurück und führte Gespräche mit den Kolleginnen aus dem Frauenspital. Wir alle kamen zum Schluss, dass bei uns im Gebärsaal der psychische Stress, der Akzeptierungsprozess erst beginnt und für die Patientinnen so viele Fragen zum behinderten, sterbenden oder toten Kind offen bleiben. Es drängen sich im Moment relevantere Fragen auf: Wie wird die Geburt sein? Wie wird das geschädigte Kind die Geburt überstehen? Wie kann ich die Schmerzen der Geburt ertragen wenn ich doch ein totes Kind in mir trage?

Können oder müssen wir Hebammen auf all diese Fragen eine Antwort geben? Ich glaube, dass jede Hebamme je nach Situation handeln sollte. Tritt nämlich eine schwangere Frau ins Spital ein, die Dank der grossartigen praenatalen Diagnostik schon weiss, dass ihr Kind eine Behinderung hat, wird sie schon mit ihrem Gynäkologen oder Hausarzt die wichtigsten Fragen besprochen haben. Sie wird zu Hause mit ihrem Partner einen ersten Akzeptierungsprozess durchgemacht haben. So werden wir vor allem Fragen zur Geburt beantworten müssen. In den meisten Fällen wird ja die Frau vor dem errechneten Geburtstermin in die Klinik eintreten. Oft ist die Geburt mittels Schnittentbindung vorprogrammiert oder eine Einleitung mit erweiterter Sectiobereitschaft geplant.

Wichtig ist für die Patientin, dass sie spürt, dass wir als Hebammen voll und ganz hinter ihr stehen, auch wenn sie ein behindertes Kind erwartet. Hat sie nämlich ihr behindertes Kind im Bauch akzeptiert, verlangt sie kein Mitleid von uns. Sie freut sich trotz der Behinderung auf ihr Baby. Die bangen Fragen tauchen nach der Geburt auf. Wie ist die Behinderung? Hat das Baby die Geburt gut überstanden?

Nun ist es wichtig, den Vater des Kindes voll mit einzubeziehen. Wir müssen ihn zum Baby auf die Intensivpflegestation schicken, er muss das Verbindungsglied von der Mutter zum Kind sein, bis die Mutter sich selber ein Bild machen kann, wie es ihrem Baby geht. Der Kinderarzt sollte nach Möglichkeit der Mutter sofort Informationen geben können, wie es dem Kleinen geht.

Sobald es der Zustand der Mutter erlaubt, müssen wir Hebammen dafür besorgt sein, dass ein erster Kontakt mit dem behinderten Kind stattfinden kann. Die Mutter wird Freude haben, sie ist glücklich, dass ihr Baby da ist und die Ängste der Geburt vorüber sind. Und wir? Wir schweigen und lassen ihr die Gefühle der Mütterlichkeit, obwohl wir wissen, dass oftmals mehrere Operationen nötig sind, um die Behinderung, die Missbildung zu beheben. Der Augenblick des Glücklichseins sollte nicht getrübt werden durch die später wiederkommenden bangen Stunden, Tage oder sogar Monate. Es steht uns nicht zu, ihr Angst zu machen im schönsten Augenblick einer Mutter, wenn sie zum ersten Mal ihr Baby sieht und berührt.

Wie verhalten wir uns, wenn das Baby keine Überlebenschancen hat?

Ich finde, dass auch in diesem Fall die Eltern ihr Kind sehen und berühren sollten. Dazu sind natürlich offene und ehrliche Gespräche nötig. Oft schon habe ich gemerkt, dass sich die Partner gegenseitig schonen wollen. Da ist es vielleicht richtig, wenn man den Partner mal aus dem Gebärsaal schickt um mit der Mutter alleine zu sprechen und sie nach ihren Wünschen fragt. Es ist wichtig, ihr klar zu machen, dass sie die Hauptperson ist, dass sie entscheiden muss, ob sie ihr Kind sehen will oder nicht. **Ich glaube für die Trauerarbeit ist es unumgänglich das Kind gesehen zu haben.** Ich habe schon Patientinnen erlebt, die nach der Geburt eines sterbenden Kindes, das sie nicht gesehen hatten, immer das Gefühl verspürten, ein kleines Monster oder ein Irgendetwas in die Welt gesetzt zu haben.

Ich möchte Ihnen ein positives Beispiel erzählen: Eine Patientin wurde uns in der 34. SSW zugewiesen. Im Ultraschall hatte ihr Arzt eine grosse Encephalozele gesehen. Nach Gesprächen mit den Ärzten wussten die Eltern, dass das Kind nach der Geburt sofort sterben würde. Als die Eltern im Gebärsaal waren, sprachen sie nicht viel, es war auch schwer ein Gespräch zu finden. Die vaginale Geburt wurde angestrebt, jedoch erfolglos. So wurde das Baby per Schnittentbindung geboren. Aber als es auf dem Rea-Tisch lag, verschlechterten sich seine Vitalzeichen nicht: es begann spontan zu atmen, sein Herz schlug kräftig und die Hautfarbe wurde rosiger. Das Baby lebte. Es war schrecklich, der Vater war sehr aufgebracht, er beschimpfte die Ärzte, war fassungslos und konnte im Moment nicht verkraften, dass alles anders lief als es besprochen war. Als die Mutter wieder aus der Narkose erwacht war und bei uns im Gebärsaal lag, willigte sie sofort ein ihr Kind zu sehen. Wir brachten ihr das Kind im Bettli; die Encephalozele mit einem Tüchlein bedeckt. Das kleine Mädchen war sehr niedlich anzusehen. Wir liessen die Eltern mit dem Kind alleine. Nach ein paar Stunden fing das Baby jedoch an zu stöhnen. Die Eltern verabschiedeten sich von ihm, denn sie wussten, dass es sterben würde.

Die Nacht verbrachte der Ehemann bei seiner Frau. Wir richteten ihm ein Bett neben dem ihren. In der Nacht starb das kleine Mädchen. Die Eltern wollten es nicht mehr sehen.

Letztes Jahr hat die Frau ein gesundes Kind geboren. Sie konnte frei über ihre erste Geburt sprechen. Sie sagte, sie hätte das Vergangene nie missen wollen.

Dann gibt es noch die Situation, in der die Frau keine Kindsbewegungen mehr verspürt, deshalb zum Arzt oder in die Klinik geht und wir hier nur noch einen intrauterinen Fruchttod feststellen können. Wie tragisch ist doch, wenn die Patientin von einer Minute auf die andere erfährt, dass ihr Baby abgestorben ist. Meistens geht dann das Procedere sehr rasch. Die Patientin kann vielleicht noch eine Nacht nach Hause oder sie hat nur noch Zeit, schnell heim zu gehen, um dort die eventuell vor-

handenen Kinder zu versorgen und den Partner zu verständigen. Dann tritt sie den schmerzlichen Weg in den Gebärsaal an. Mir fehlen oft selber die Worte, die Trost spenden könnten und es tut mir sehr leid, wenn ich die Patientinnen so leiden sehe. In den meisten Fällen weinen die Frauen so fassungslos, dass es schwierig ist, ein Gespräch zu beginnen. Ich glaube, dass es das Beste ist, den Tränen erstmals freien Lauf zu lassen. Es ist mir auch schon passiert, dass ich mitweinen musste.
Die Geburt wird ja dann mittels Prostaglandine, oder wenn die Schwangerschaft weiter fortgeschritten ist, mit Syntocinon-Tropf eingeleitet. Nun ist es sehr wichtig, dass wir den Frauen grosszügig Schmerzmittel anbieten können und dürfen. Es muss furchtbar für die Patientin sein, den Geburtsschmerz für ein totes Kind aushalten zu müssen.
Während sie auf die ersten Wehen warten, sprudeln die Fragen nur so aus ihnen heraus, das Warum und Wieso. Wie sollen wir da Auskunft geben können? Vielleicht ist genau hier der richtige Moment, die Patientin zu fragen, ob sie mit einer Autopsie des Kindes einverstanden ist. Dies wird in den meisten Fällen akzeptiert, wenn wir ihr erklären, dass nur durch diese Methode die eigentliche Todesursache geklärt werden kann. Genau zu diesem Zeitpunkt sollten wir offen mit der Patientin sprechen, ob sie ihr Kind sehen will. Ich sage ihr, dass dies sehr wichtig ist, um den Schmerz und die Trauer zu verarbeiten. Ich erkläre der Patientin auch, dass wir Fotos vom toten Kind machen werden, damit sie, wenn sie es nicht sehen will, es auf diesen betrachten kann. Bei dieser Gelegenheit fülle ich mit der Patientin und dem Partner auch die folgenden Formalitäten aus: Die Erklärung zur Autopsie, die Gratiskremation und ich frage nach einem Namen für das Kind, wenn ich das Gefühl habe, dass es anmeldepflichtig ist.
Für ganz wichtig halte ich, dass sich die Eltern ungestört unterhalten können. Denn der Vater wird ja auch plötzlich mit dem abgestorbenen Kind konfrontiert. Ich lasse das Paar also zwischendurch alleine.
Wenn die Wehen dann stärker werden, bin ich da, es muss nicht immer gesprochen werden, nur um die Stille zu unterbrechen und die Traurigkeit die im Raum steht.
Wenn das Kind geboren ist, erlebe ich meistens, dass die Frauen sehr traurig und in sich gekehrt im Bett liegen. Es ist schwer an sie heranzukommen. Aber es steht ihnen ja zu, erst einmal zu schweigen.
Nun sollte ich Ihnen eigentlich noch von der Situation erzählen, wo ein Kind mit einer Behinderung geboren wird, die man in der Schwangerschaft nicht diagnostiziert hat.
Ich muss Ihnen aber gestehen, dass ich so einen Fall erst einmal erlebt habe.
Ich entband eine Bekannte von mir von ihrem dritten Kind. Als es geboren war bemerkte ich sofort, dass irgendetwas nicht stimmte. Das kleine Mädchen sah sehr mongoloid aus. Ich verdrängte meinen Verdacht, sagte mir immer wieder, dass es bestimmt nicht sein könne. Ich gab das Baby der Mutter auf den Bauch, ich beglückwünschte sie und ihren Mann und bekräftigte die Freude der Eltern an ihrem Kind. Die Chromosomenkultur bestätigte dann nach ein paar Tagen den Verdacht.
Ich besprach später die Geburt mit meiner Bekannten. Sie selber hatte die Behinderung auch sofort bemerkt. Irgendwie hatte sie schon die ganze Schwangerschaft hindurch ein eigenartiges Gefühl, nicht gleich wie bei den ersten beiden Kindern. Sie sagte mir auch, dass sie froh war, dass ich so ungezwungen reagiert hätte. Ich aber war von dieser Geburt sehr betroffen.

Lesetip

Wenn Mütter trauern

Erinnerungen an das verlorene Kind

von Ursula Goldmann-Posch,
mit einem Vorwort von Margrete Mitscherlich.
Kindler Verlag GmbH München
369 Seiten / Fr. 27.50.

In Deutschland kommen jährlich 2'500 Kinder tot zur Welt. 5'300 Säuglinge erleben nur das erste Lebensjahr. 2'400 Kinder sterben vor ihrem 15. Lebensjahr, 2'900 Jugendliche in den Jahren zwischen 15–20 und für 3'900 junge Erwachsene endet das Leben spätestens mit 25!

17'000 Väter und Mütter bleiben zurück.

Das Buch «Wenn Mütter trauern» gibt uns einen Einblick hinter diese nüchterne Zahlen.

Im ersten Teil wird über die Trauer im allgemeinen geschrieben. Z.B. ein Tod zur Unzeit – Trauern = Schwerarbeit für Leib und Seele. – Die Verwundbarkeit der Kinder – Die Gesichter des Todes – Die Trauernden trösten usw.

Im zweiten Teil lesen wir die Lebensgeschichten von 10 Familien die ein Kind/Geschwister verloren haben: Erinnerungen an das verlorene Kind.

Der dritte Teil: Wenn Väter trauern. (Mit zwei Lebensgeschichten.)

Anmerkungen, Literaturhinweise und Adressenverzeichnis der Selbsthilfegruppen in Deutschland, Österreich und der Schweiz runden dieses Werk ab. Vor jedem neuen Kapitel steht ein Vers welche man auf Kindergrabsteinen gefunden hat.

Das Buch ist ausgezeichnet geschrieben, es trifft die Seele des Menschen der es liest, und ich denke es hilft auch gewisse Zusammenhänge im Leid und der Trauer besser zu verstehen. Vielleicht gibt uns dieses Buch die Kraft trauernden Eltern und Geschwister besser beistehen zu können und vielleicht bringt es auch für unser persönliches Leben eine Bereicherung.

sf

Vielleicht mehr, weil ich die Patientin recht gut kenne.
Ich kann Ihnen nicht sagen, wie es wäre, wenn ich ein Kind entbinden würde z. B. mit einer grossen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Ich wäre bestimmt sehr erschrocken über den Anblick. Ebenso muss ja für die Mutter der Anblick einer solchen Missbildung ein grosser Schock sein. Ich glaube, ich könnte sie verstehen, wenn sie das Kind im ersten Moment ablehnen würde. Sicher täte ich alles, um den ersten Mutter/Kind-Kontakt herzustellen, aber überrumpeln könnte ich die Mutter nicht.
Es ist schwer zu sagen, wie jeder in der entsprechenden Situation reagiert. Vor allem für mich, ich habe es ja noch nicht erlebt. Eines ist mir jedenfalls klar: Die Hebamme darf gegenüber der Patientin und deren Partner ruhig ihre Betroffenheit offen zeigen. Ich glaube, es hilft den Frauen mehr, wenn ihre Trauer bis zu einem gewissen Grad von der Hebamme mitgetragen wird. Die Frau fühlt sich geborgener und besser verstanden. Niemals sollten wir aus Hilflosigkeit unüberlegte Floskeln wie «Sie sind ja noch jung, Sie können noch andere Kinder bekommen» aussprechen. Dies kann kein Trost sein und die Patientin wird sich später sehr negativ an solche Worte erinnern.
Ich hoffe, dass ich Ihnen einen Denkanstoss gegeben habe. Ich habe mich extra nur auf die Zeit im Gebärsaal beschränkt, denn Frau Rosmarie Fuog wird ihnen vom Wochenbett sicher noch vieles zu berichten haben.

Rosmarie Fuog, Frauenspital Bern

Auf der Wochenbettstation

Als ich mit meinen Vorbereitungen zum Thema dieser Tagung begann, ging mir so Vieles durch den Kopf, dass ich Mühe hatte, all diese Gedanken zu ordnen.

Da unser Spital ein Zentrumsspital ist, pflegen wir verhältnismässig viele Frauen die ein behindertes Kind geboren, oder ein Kind verloren haben. Oft haben wir auch Frauen mit extremen Frühgeburten auf der Abteilung, deren Kinder durch ihr dauerndes auf und ab ihres Gesundheitszustandes, sehr an der Substanz der Wöchnerin zehren, dass mir auch schon Frauen sagten: sie wären froh wenn die Entscheidung fallen würde.
Wenn eine Frau zu uns auf die Abteilung kommt, begrüsse ich sie erst einmal und versuche herauszufinden ob sie lieber alleine bleiben möchte, oder meine Anwesenheit benötigt (wünscht). Wenn sie gern hat dass ich bleibe, nehme ich mir wenn immer möglich die Zeit. Oft möchte sie ja nur jemanden neben sich wissen, ohne dass gesprochen wird. Wenn die Frau zu sprechen und Fragen beginnt, versuche ich ihr auf Fragen so offen und ehrlich wie möglich zu antworten. Dabei merke ich auch dass sie vielleicht noch mehr wissen möchte über die Gründe (Behinderung/Tod usw.) dann ziehe ich die entsprechenden Fachleute herbei, natürlich immer mit ihrem Einverständnis.
Bei einem verstorbenen Kind zeigen die Mütter sehr verschiedene Reaktionen, wie ja auch Menschen verschieden sind. Die eine weint still in sich hinein, eine andere blickt starr vor sich hin, und die dritte spricht mit uns als ob nichts gewesen wäre – sie scheint richtig aufgestellt. Dabei bemerke ich auch bei mir die verschiedensten Reaktionen. Am «wohlsten» ist mir wenn ein Elternpaar zusammen ist und weinen kann. Dort habe ich das Gefühl, dass die Trauerarbeit bereits begonnen hat und sie ihre Gefühle nicht verstecken müssen. Sie können sie ausleben, was für die Verarbeitung sehr wichtig ist.
Bei Frauen die nur vor sich hin starren ist mir gar nicht wohl, denn ich spüre die grosse Distanz zwischen uns – ich stehe ohnmächtig daneben. Diese Frauen schlucken alles in sich hinein und schirmen sich so von der Umwelt ab. Ich versuche trotz allem einen guten Kontakt herzustellen und Verständnis zu zeigen. Gelingt mir das, und wir bekommen einen guten Kontakt zueinander, so ist der Zeitpunkt gekommen, über die Selbsthilfegruppe «Regenbogen» zu sprechen und der Frau Unterlagen anzubieten. Die Frauen nehmen diese oft nach Hause und nehmen dann später mit der Gruppe Kontakt auf.
Wenn ein Kind noch lebt aber eine sehr geringe Überlebenschance hat, z. B. extreme Frühgeburt oder Missbildungen die mit dem Leben nicht vereinbar sind, versuche ich trotzdem einen guten Kontakt zwischen Mutter und Kind/Vater und Kind zu fördern. Ich versuche der Mutter zu erklären, dass das Kind spürt, wenn sie zu ihm geht und es berührt und dass es wichtig ist, dass sie dem Kleinen soviel wie möglich an Nähe und Kontakt gibt, solange es lebt. So kommt auch später in der Frau nicht das Gefühl auf sie hätte in dieser Situation versagt. Ich habe schon mehrmals erlebt, dass Frauen ahnen – vorausahnen, was mit ihren Kindern passieren wird.

Zwei Beispiele:
Meine Freundin gebar eine Frühgeburt in der 30. SSW. Dem Kind ging es sehr gut, es wog 1100g. Meine Freundin glaubte nie an einen guten Verlauf, obwohl alles komplikationslos verlief: das Kind gedieh und hatte keine Atemprobleme. Sie hatte Angst, eine Bindung zu diesem Kind aufzubauen. Ich hatte viele Gespräche mit ihr und motivierte sie, mehr zu ihrer kleinen Tochter zu gehen und ihr Kraft zu geben. Wir gingen oft gemeinsam zur Kleinen, und es baute sich eine gute Beziehung zwischen den beiden auf. Am 14. Tag kam wie ein Blitz aus heiterm Himmel ein schwerer Infekt dazu, und die kleine Michelle starb innert ein paar Stunden. Die Mutter verliess die Klinik noch am selben Abend, an diesem Tag hatte ich früher Feierabend. Ein paar Tage später rief ich sie an, es war mir nicht so wohl dabei: denn ich wusste nicht, ob sie es schätzt, an das Geschehene erinnert zu werden. Doch sie freute sich über den Anruf, und wir besuchten uns. Sie sagte mir, dass sie jetzt sehr froh ist, weil sie so viel bei Michelle gewesen sei und ihr in ihrem kurzen Leben soviel Gefühl und Zuneigung geben konnte. Sie sprach sehr offen über den Tod des kleinen Mädchens und konnte ihn so auch relativ gut verarbeiten. Was ich später merkte war, dass sich unsere Beziehung, durch das gemeinsame Erleben vertieft hatte. Was hier auch sehr