

Wie klein ist zu klein?

Autor(en): **Amstutz, Beatrice**

Objektyp: **Article**

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**

Band (Jahr): **97 (1999)**

Heft 5

PDF erstellt am: **10.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951334>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

Geburt zum frühen Tod

Wie klein

Noch vor wenigen Jahren war es in unserem Kulturkreis üblich, das Trauma eines zum Tode geborenen Kindes zu verdrängen und zum Nichtgeschehnis zu machen: Die Frauen gebaren narkotisiert und sollten, vollgepumpt mit Beruhigungsmitteln, am besten gar nichts merken oder dann alles sogleich vergessen und zur Normalität übergehen. Totgeborene oder nach der Geburt verstorbene Kinder wurden spurlos weggeschafft, damit den Eltern der schlimme Anblick erspart bliebe, und die Mütter hörten wohlgemeinte Ratschläge wie: «Sie sind ja noch jung und können noch viele Kinder kriegen», und «Am besten werden Sie gleich wieder schwanger». Dass diese Frauen und Paare oft jahrelang litten und kaum über den Verlust hinwegkamen, war ebenfalls kein Thema.

Heute hat sich zum Glück die Erkenntnis weitgehend durchgesetzt, dass ein bewusstes und intensives Durchleben der traumatischen Situation die notwendige Bewältigungs- und Trauerphase erst ermöglicht. Hebammen und Pflegenden bemühen sich in diesen schwierigen Stunden, Nähe, Kontakt- und Beziehungsnahe zum sterbenden oder schon toten Kind zu schaffen, sie ermutigen die Eltern zu Berührungen, zur Namensgebung, zum Ritual, sie schaffen Raum für heilende Erinnerung. Je intensiver – so scheint es – an den Schmerz gerührt und er zugelassen wird, je mehr Erinnerungsstücke vom Kind überdauern, je hautnaher das Ereignis durchlebt wird, um so besser lässt sich diese schmerzvolle Erfahrung später in den individuellen Lebensprozess integrieren und bewältigen. Solche Grenzerfahrungen gut und empathisch zu begleiten, stellt Hebammen und Pflegenden vor grösste Herausforderungen, aber vermittelt der Profession auch Sinn und Tiefe.



Gerlinde Michel

Ein Bericht*) über die Situation, wenn ein Kind zu klein ist, um eine Lebenschance zu haben. Die Autorin schildert ihre Begleitung eines Elternpaares während der Geburt seines Kindes und ihre Gedanken und Erinnerungen dazu.

Beatrice Amstutz

ALS eine von fünf Hebammen sitze ich am Tisch zur Rapportabnahme der letzten Schicht. Vor mir liegen 8½ Arbeitsstunden. Es gibt einige Frauen zum Verteilen, unter ihnen Frau Brankovic (so werde ich sie in diesem Bericht nennen), die gerade von einem Regionalspital zu uns überwiesen worden ist wegen Wehen bei einem vaginalen Infekt. Sie ist 22 Wochen schwanger, es ist ihr erstes Kind.

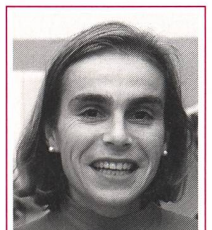
Ich frage mich: Bin ich heute in der Verfassung, mich mit dem möglicherweise kommenden Unglück des Verlustes ihres Kindes auseinanderzusetzen? Ich nehme die Herausforderung an.

Ich höre die Geschichte von Frau Brankovic, die seit kurzer Zeit bei uns liegt: sie hat starke Schmerzen, Wehen, und einen ausserordentlich übelriechenden Ausfluss. Sie wurde zu uns verlegt in der Hoffnung, wir als Universitätsklinik hätten bessere Möglichkeiten, die Schwangerschaft zu erhalten. Oder dem Kind, falls es geboren würde, alle notwendige neonatologische Unterstützung zukommen zu lassen. Ich be-

grüsse die Frau und ihren Mann. Sie sieht fiebrig und gequält aus. Das ganze Zimmer riecht stark nach einem Gardenerelleninfekt. Frau Brankovic hat jetzt hohes Fieber, trotz Antibiotika. Der Entscheid ist rasch gefällt: Frau Brankovic wird ihr Kind jetzt bekommen müssen und verlieren; zu schwer ist ihr Risiko, in eine Sepsis zu geraten. Der Ultraschall hat das Gestationsalter bestätigt, so dass davon ausgegangen werden kann, dass dieses Kind keine Überlebenschance hat.

Ich bin mit Hoffnung für diese Frau und ihr Kind gekommen und bin jetzt konfrontiert mit einer hoffnungslosen Situation, wo es mehr um das Wohl der Mutter geht als um das Kind.

Da es die Entscheidung der Geburtshelferin ist, das Kind kommen zu lassen, werde ich als Hebamme weitgehend alleine für den Verlauf der Geburt und die Betreuung nach der Geburt bis zur Verlegung auf die Abteilung verantwortlich sein. Ich bin darüber nicht un-



Beatrice Amstutz, Krankenschwester und Hebamme, arbeitet seit 1990 teilszeitlich an der Universitätsklinik Zürich. Sie hat zwei Töchter im Alter von acht und fünf Jahren.

*) Vortrag, gehalten an der Fachtagung «Humaner Umgang am Beginn des Lebens» am 29. Januar 1999 im Volkshaus Zürich.

ist zu klein ?



dankbar, kann es doch für die Eltern sehr verwirrend sein, wenn verschiedene Leute in dieselbe Situation involviert sind. Manchmal fehlt es in unserem doch mehrheitlich hektischen Betrieb an der Zeit, Zuständigkeiten rechtzeitig abzumachen. Und so wollen alle, das heisst Hebammen, ÄrztInnen und NeonatologInnen, etwas beitragen, je nach dem Stand ihrer eigenen Erfahrung und ihrer Möglichkeiten im Umgang mit belastenden, schwierigen Ereignissen. Alle wollen wir nur das Beste. Ob dieses Beste aller Beteiligten auch das Beste für die Frau ist?



In dieser speziellen Situation von Frau Brankovic, die ihr Baby mit 22 Wochen verlieren wird, soll diese wieder in das Regionalspital zurückverlegt werden, da wir keine invasiven Massnahmen ergreifen wollen und können. Da es der Frau zunehmend schlechter geht, erachte ich einen Rücktransport als unzumutbar und kann dies der zuständigen Ärztin auch plausibel machen. Menschlichkeit hat oft nicht erste Priorität in einer Universitätsklinik, wo ÄrztInnen von einem schwierigen medizinischen Fall zum nächsten eilen müssen und kaum einmal eine Pause zum In-Sich-Gehen machen können.

Ich bereite mich nun also innerlich auf die bevorstehende Aufgabe vor. Mehr oder weniger bewusst ziehen bereits gemachte Erfahrungen mit vergleichbaren Ereignissen an mir vor-

über; Sätze aus Büchern über Tod und Sterben kommen mir in den Sinn. Und eigene Erfahrungen mit Tod und Sterben, mit Verlust in meinem eigenen privaten Leben legen mir den Grund zu meinem Verhalten, zu meinem Umgang mit der jetzigen Geschichte dieses Paares, dessen Hoffnungen, Wünsche und Erwartungen so plötzlich nun ihr Ende finden werden. Die natürliche Reihenfolge im menschlichen Leben ist hier gestört. Das erwartete Kind stirbt vor seinen Eltern und kann deren Erwartungen in keinem Masse erfüllen. Für die Eltern ist dies das Ende.

Daraus einen Beginn zu gestalten, den Beginn einer erfolgreichen Trauerarbeit, die wiederum zu einer neuen Schwangerschaft, zu einer neuen Geburt, schliesslich zu neuem Leben führen kann, ist meine Aufgabe. Auch zu einer gesunden Neuorientierung ohne weiteres Kind.

Das «WIE» während der Geburt eines nicht lebensfähigen Kindes stellt die Weichen für das «NACHHER». Wir Hebammen als betreuende Personen können in diesen tragischen Situationen präventiv wirken, damit das Paar, das ein Kind verloren hat, seine körperliche, seelische und soziale Gesundheit bewahren kann. Bedingt durch unverarbeitete Trauer, zerbrechen viele Beziehungen.



Mein Herz klopft schneller, jetzt, da ich weiss, was auf mich zukommt. Ich werde versuchen, für Frau und Herrn Brankovic da zu sein, und nur für sie,

ich werde mich hüten, noch andere Aufgaben zu übernehmen, wie zum Beispiel noch schnell eine Schwangerschaftskontrolle machen oder eine Wöchnerin betreuen. Meine Gefühlswelt wäre da zu arg durcheinander gebracht. Die Hebammenkolleginnen unterstützen diese Haltung. Ich hoffe nun, dass es Frau Brankovic erspart bleibt, den immer noch üblichen, vermeintlich tröstenden Satz zu hören: «Ach wissen Sie, das alles ist jetzt ganz schlimm für Sie, aber Sie sind noch jung und können noch viele gesunde Kinder bekommen.»



Das Beispiel von Frau Weiss, die mit vorzeitigen Wehen in der 23. Schwangerschaftswoche zu uns gekommen ist, ist mir in lebhafter Erinnerung. Sie hat vor knapp einem Jahr ein Kind in der 24. Schwangerschaftswoche an intrauterinem Fruchttod verloren. Ihr Gynäkologe hat ihr während einer Kontrolle nach dem traurigen Ereignis leichthin geraten: «Die beste Therapie für Sie ist ein neues Kind. Werden Sie doch gleich wieder schwanger.» Frau Weiss hat auf den Arzt gehört. Es ist ihr das geschehen, was vielen Frauen nach dem Verlust eines Kindes passiert: der unverarbeitete Tod lässt sie eine komplizierte, von Ängsten besetzte Schwangerschaft erleben, die möglicherweise zu einer Frühgeburt führt.

Zurück zu Frau Brankovic. Sie ist so sehr im Fieber und im Schmerz, dass sie fast nichts sprechen mag, auch kei-

ne Fragen hat im Moment. Es besteht auch ein sprachliches Problem, kommt das Paar doch aus Ex-Jugoslawien und spricht einzig der Mann ein wenig Deutsch.

Ich hoffe, dass ich mich genügend verständlich machen kann. Ich erkläre noch einmal, weshalb Frau Brankovic das Kind gebären muss. Sie scheint die Situation zu begreifen, spürt sie doch nur zu gut, wie sehr ihr Körper leidet.

In unserer Klinik ist es üblich, dass den Frauen, die ein nicht lebensfähiges Kind gebären müssen, die Möglichkeit der Periduralanästhesie angeboten wird. Die meisten ÄrztInnen sind der Meinung, dass den Müttern, die ein Kind verlieren, wenigstens der körperliche Schmerz erspart werden sollte. Ich glaube, dass das Erleben von körperlichen Schmerzen manchmal die seelischen vermindern helfen kann. Das Erleben des physischen Schmerzes mag einzelnen Frauen leichter fallen, als das Ausleben des seelischen Wehs. Ich meine, wir sollten uns immer auch fragen, ob nicht wir es sind, die den Schmerz nicht ertragen können.



Nun, Frau Brankovic darf wegen ihrem Fieber keine Periduralanästhesie haben, weshalb ich ihr Pethidin anbiete, das sie dankbar annimmt. Ich erkläre dem Paar so gut es geht den Ablauf der Geburt, frage, ob es ihnen recht ist, wenn ich das Kind, das möglicherweise noch leben, vielleicht sogar ein wenig wimmern wird, in warme Tücher gewickelt der Mutter auf die Brust lege.

Das Paar ist einverstanden damit, obwohl ihm die ganze Situation noch sehr fremd zu sein scheint. Herr Brankovic fragt mich, weshalb seine Frau diese Infektion bekommen habe. Er gibt die Antwort gleich selber, es sei sicher wegen dem Krieg in ihrem Land.

Es ist allen Eltern ein grosses Bedürfnis zu wissen, warum ihnen das Unglück eines nicht zum Leben geborenen Kindes widerfährt. Die Ursache zu kennen, hilft im Trauerprozess. Auch wenn es keinen offensichtlichen Grund für den Tod, auch für eine Fehlbildung eines

Kindes gibt, werden die Eltern, vielleicht jedes für sich, eine Ahnung haben, weshalb ihnen eine der schlimmsten menschlichen Erfahrungen geschehen ist. Wir müssen nicht krampfhaft nach einer Antwort suchen, die meistens nur dem eigenen Trost dient.

Frau Brankovic hat nun starke Wehen, es zeichnet bereits. Ich frage die Eltern, ob sie ihr Kind taufen möchten, damit ich noch einen Pfarrer organisieren könnte. Der Wunsch besteht nicht.



Ich erinnere mich an die Taufe eines zu früh geborenen Kindes, wo ich Patin sein durfte. Ich hatte in jenem heiligen Augenblick die grösste Achtung vor diesem Paar, das sein Kind im Ritual der Taufe als ganzen Menschen annahm und verabschiedete. Rituale zu gestalten helfen im Trauerprozess.

Es kommt bald zur Geburt, zum Empfangen und gleichzeitig auch schon Verabschieden eines neuen, erwünschten Menschen. Ich will den Eltern eine Bindung zu ihrem Kind ermöglichen; denn eingegangene Bindung erleichtert den Abschied. Das heisst, den Eltern Zeit lassen, so lange mit ihrem Kind zusammen sein zu können, wie sie es brauchen und wünschen. Ich hoffe, dass keine Komplikationen auftreten, die unsere friedliche Ruhe im Gebärraum stören würde. Ich bin sehr konzentriert beim Geschehen in diesem Raum, und spüre nicht viel von der Hektik in den anderen Gebärräumen. Die Geburt scheint ein unkompliziertes Ende zu nehmen. Frau Brankovic verspürt einen Druck nach unten, weshalb ich sie jetzt untersuche.

Ich reduziere vaginale Untersuchungen auf ein Minimum, so wie ich alles Technische ruhig vorbereite und verichte, obwohl es manchmal einfacher wäre, sich hinter Geschäftigkeit zu verstecken. Ich spüre meine innere Aufregung nach der Untersuchung, die mir anzeigt, dass das Kind bereit ist, geboren zu werden. Immer noch, wie zu Beginn meiner Hebammentätigkeit, spüre ich ein leichtes Erschauern, wenn ich ein so kleines Wesen taste.

Nach ein paar Mal Drücken kommt das Kind nun schnell auf die Welt, zeigt noch einige Lebenszeichen. Ich lege es der Mutter, in warme Tücher gewickelt, auf die Brust, nachdem es einen kaum hörbaren Schrei getan hat. Es wird sofort ruhig und friedlich. Frau Brankovic weint, schreit plötzlich verzweifelt und beginnt dann, ihr Kind zu betrachten und zu beschützen. Der Vater ist sichtlich gerührt, betrachtet und berührt sein Kind, schaut bald nach dem Geschlecht, es ist wichtig für ihn zu wissen, ob es ein Sohn oder eine Tochter ist. Meine Tränen sind zuvorderst, wie meistens in ähnlichen Momenten. Es ist Liebe zu diesem ihrem Kind und Anerkennung, die ich von den Eltern spüre. Ich frage irgendwann nach dem Namen des Babys.

Es ist gut, wenn auch so winzige Kinder einen Namen bekommen, es erleichtert später die Ordnung in der Familie, vor allem, wenn noch weitere Geschwister da sind.

Während der Nachcurettage in Vollnarkose möchte ich das Kind in die Arme des Vaters legen.

Er fühlt sich nicht imstande, es zu halten, weshalb ich das kleine, noch lebende Wesen im angrenzenden Raum unter die Wärmelampe lege und den Vater daneben sitzen lasse. Unsere Ruhe im Zimmer hat sich auf das Anästhesie-Team und die Geburtshilfe-Ärztinnen übertragen, worüber ich sehr froh bin. Das ist nicht immer so, denn manchmal wird geredet, Fachliches besprochen, ein Piepser geht und wird abgenommen, dort, wo Geburt und Tod zusammenfallen. Ich nehme das winzige Kind, das jetzt gestorben ist, erst dann hinaus, um es zu wiegen, zu messen und schön zu fotografieren, wenn Frau und Herr Brankovic es für einen Moment hergeben können. Ich biete ihnen an, ein Familienfoto zu machen, was sie gerne und gar nicht erstaunt annehmen.



«Das Geheimnis der Erlösung heisst Erinnerung.» Dieser Satz aus dem Buch von Hannah Lothrop leitet mich, den



Die Bilder stammen aus einem Buch, welches eine Mutter zwei Jahre nach dem Tod ihres Kindes gemalt hat (es starb in der 36. SSW noch in ihrem Bauch), sich und vielleicht auch anderen zum Trost. Anna lebt im Himmel bei einer duftenden Blume und hat ein Rotkehlchen zu Besuch, welches den Eltern auf der Erde Nachricht von ihr bringt.

Eltern so viele Erinnerungsstücke wie möglich mitzugeben. Also: Fotos, Fussabdrücke, ein kleines Plüschtierchen oder ein Püppchen mit dem Namensband des Kindes. Manche Mütter halten diese Gegenstände sofort ganz fest, während andere zunächst gar nichts davon wissen wollen. Auch Eltern, die ihr Kind unbedingt nicht anschauen wollen, erhalten Fotos mit nach Hause. Der Wunsch nach einem Bild kommt oft sehr viel später.

Ich muss auch Fragen nach Autopsie und Beerdigung stellen, denn die Eltern haben das Recht, jene abzulehnen und diese, auch bei einem nicht meldepflichtigen Kind, zu beantragen. Die Eltern erhalten nun ihr Baby zurück, in farbige Tüchlein gewickelt in ein Körbchen gebettet, daneben liegend ein Püppchen mit dem Namensband, zusammen mit einer brennenden Kerze.

Ich bin erstaunt, mit welcher Selbstverständlichkeit Frau Brankovic das Kind aus dem Körbchen nimmt und es mit ihren grossen Händen streichelt. Nach einiger Zeit kann ich das Baby holen, die Eltern geben es frei, es ist eine Art Zufriedenheit in ihren Gesichtern. Ich weise sie darauf hin, dass auch in den nächsten Tagen sie oder, falls es gewünscht wird, Familienangehörige das Recht haben, das Kind nochmals anzuschauen.

Meine Arbeitsschicht ist fast vorüber; Frau Brankovic wird von einer Hebamme der nächsten Schicht in ein Einzelzimmer auf die Beobachtungsstation für Schwangere verlegt werden. Eine freischaffende Hebamme wird die Nachbetreuung zu Hause übernehmen, falls dies gewünscht wird. Mitgegebene Adressen von HauspsychologInnen und Selbsthilfegruppen sollen dem Paar die Möglichkeit geben, sich bei Schwierigkeiten Hilfe zu holen.

Ob es das von sich aus tun würde? Ich bezweifle es. Deshalb denke ich, dass wir noch eine Menge zu tun haben, gerade auch als Universitätsklinik, die oft mit ähnlich schwierigen Situationen zu tun hat. Die Betreuung von Eltern, die ein Kind verlieren, mag während der Geburt und der ersten Zeit danach gewährleistet sein. Das Nachher zu Hause, so nehme ich an, wird aber sehr stiefmütterlich gehandhabt, wenn überhaupt. Unaufgefordert Hilfe anbieten, sich erkundigen, sollte gerade in einer so grossen Klinik wie der unsrigen Pflicht sein. Einen humanen Umgang mit Eltern und ihren zum Sterben geborenen Kindern zu gewährleisten, ist mir zur Aufgabe geworden. Diese Aufgabe wahrzunehmen, fordert von allen, Hebammen, Krankenschwestern, GeburtshelferInnen und NeonatologInnen ein gemeinsames Konzept, um den betroffenen Eltern einen erfolgreichen Trauerprozess zu ermöglichen. ◀