

Gerlinde Dingerkus
Christel Kofeot



Still geboren

*Unterstützende Maßnahmen in der Begleitung von Eltern
zum Zeitpunkt der Geburt*

Ansprechstelle im
Land NRW zur
Pflege Sterbender,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung



**Gerlinde Dingerkus
Christel Kofeet**

Still geboren

*Unterstützende Maßnahmen in der Begleitung von Eltern
zum Zeitpunkt der Geburt*

Mit freundlicher Unterstützung des Ministeriums für
Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Grundlagen zu Sterben, Tod und Trauer	10
2.1 Wie reagieren wir auf Abschied und Verlust?	10
2.2 Was geschieht im Trauerprozess?	14
2.3 Was kennzeichnet die Trauer beim Tod eines Kindes?	16
2.4 Wenn ein Kind im perinatalen Zeitraum stirbt	19
2.5 Die besondere Verlustsituation durch eine Fehlgeburt	23
2.6 Erfahrungen eines Elternpaares – Kleine Geburt zuhause in der Frühschwangerschaft	26
3. Voraussetzungen beim begleitenden Personal	29
3.1 Individuelle Voraussetzungen	30
3.1.1 Fragen zur Selbstreflexion der betreuenden Personen	31
3.1.2 Der eigenen Trauer Raum und Zeit geben	33
3.1.3 Die eigenen Grenzen erkennen	34
3.1.4 Die Bedeutung von Schuldgefühlen	35
3.2 Voraussetzungen innerhalb der Institution	36
3.3 Erfahrungen eines Elternpaares – Geburt der intrauterin verstorbenen Tochter in der 41. SSW	40

4. Konkrete Empfehlungen für die Begleitung vor, während und nach der Geburt	45
4.1 Vor der Geburt	46
4.2 Während der Geburt	47
4.3 Nach der Geburt	48
5. Begriffsklärung	54
6. Begleitung betroffener Eltern als curricularer Bestandteil der Ausbildung für Hebammen – ein Kommentar	56
7. (Internet-)Adressen	58
8. Literatur	61
Impressum	64



Skulptur: Jaroslav Vacek

Schwanger sein!

Ein neues Kontinuum eröffnet sich im Leben einer Frau und im
Leben einer Paarbeziehung.

Der Ausgang ist ungewiss. Das Hoffen, alles möge gut verlaufen,
begleitet jedes Paar.

Freude, Neugierde, Spannung, Respekt und
Ängste gehören dazu.

Sich einlassen und Hingabe üben,
ein großes Feld in intensiver Form,
insbesondere für die schwangere Frau.

Was passiert, wenn all das Hoffen jäh unterbrochen wird,
abgebrochen durch die Diagnose Fehlgeburt, Blasenmole,
Totgeburt, nicht behandelbare schwerste Fehlbildungen,
drohende Frühgeburt mit ungewissem Ausgang,
Lebendgeburt mit schweren Anzeichen einer Asphyxie, ... ?

Schock, Leere, Fragen, Sprachlosigkeit, Schreien,
ein Abgrund aus tiefster Trauer und Verzweiflung.

Und dennoch läuft das Leben weiter.
Unerbittlich.

Wie kann der Faden wieder aufgenommen werden
in die Vielfalt des Lebens?

Was ist hilfreich, was verletzend?

Wie können betroffene Eltern begleitend unterstützt werden?

1. Einleitung

Nach Aussagen des Statistischen Bundesamtes (2014) enden in Deutschland 0,36 % aller Schwangerschaften mit einer Totgeburt. In der Ursachenforschung unterscheidet man zwischen fetalen, plazentaren und maternalen Risikofaktoren. Die Tatsache aber, dass es eine große Vielzahl von möglichen Ursachen gibt, führt dazu, dass eine Klassifikation nur eingeschränkt möglich und für einen hohen Anteil aller Totgeburten die Ursache für das Versterben der Feten unklar ist (Toth, 2017).

In immer mehr Krankenhäusern findet das Thema Totgeburt Berücksichtigung, insbesondere, indem Überlegungen dazu angestellt werden, wie man Eltern bei der Verarbeitung einer solchen Situation unterstützen kann. Die vorliegende Veröffentlichung hat eine ähnliche Zielsetzung, bietet den Lesern aber auch darüber hinausgehende Informationen an. Die Zusammenstellung basiert unter anderem auf einer Befragung zur Situation von Hebammen bei Totgeburten und Lebendgeburten mit tödlichem Ausgang (Dingerkus und Rademaker, 2005).

Für wen ist diese Broschüre geschrieben?

Hebammen, Ärzte und Pflegepersonal im stationären und im ambulanten Bereich werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit im Laufe ihres beruflichen Lebens mit der Situation konfrontiert sehen, dass ein Kind im perinatalen Zeitraum verstirbt. Für sie und für diesen relativ kurzen Zeitraum ist diese Veröffentlichung geschrieben.

Die Qualität der Begleitung beeinflusst die Möglichkeiten der Verarbeitung des Verlustes.

Die Qualität der Begleitung betroffener Eltern hat maßgeblich Einfluss auf die Möglichkeiten der Verarbeitung dieses einschneidenden Erlebnisses. Dies gilt für alle Beteiligten, also betroffene Eltern bzw. Familie sowie begleitendes Personal.

Wie ist diese Broschüre aufgebaut?

Im ersten Teil dieser Broschüre werden allgemeine Grundlagen zu den Themen Sterben, Verlust und Trauer beschrieben. Danach wird die spezielle Verlustsituation, wenn also ein Kind im perinatalen Zeitraum verstirbt, behandelt. Ebenfalls wird die Perspektive der Eltern einbezogen, die von Paar zu Paar sehr unterschiedlich sein kann. Das Erleben des Verlustes wird unter anderem von der Lebenssituation der Eltern beeinflusst. Für das begleitende Personal ist es von Bedeutung zu erfahren, in welcher Situation sich das Paar bzw. die Familie momentan befindet. Denn die Perspektive der Eltern mit Einfühlungsvermögen zu verstehen und zu respektieren, ist ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation mit der Familie.

Die Perspektive der Eltern mit Einfühlungsvermögen zu verstehen und zu respektieren, ist wichtiger Bestandteil der Kommunikation.

Um Eltern in dieser Krisensituation professionelle Unterstützung zu bieten, bedarf es der Reflexion der eigenen Verlust- und Trauererlebnisse auf Seiten des betreuenden Personals. Persönliche Ressourcen, Selbstpflege und der eigene Umgang mit Grenzsituationen kommen in diesem Kapitel zur Sprache. Anschließend finden unterstützende Maßnahmen in der Begleitung betroffener Eltern ihren Raum. Es werden aktuelle Definitionen und die rechtliche Situation in Deutschland beschrieben. Das Wissen um diese Fakten ist notwendig, um betroffene Eltern z. B. im Hinblick auf Bestattungsmöglichkeiten aufzuklären. Weitere praktische Ansätze und Erfahrungsberichte ergänzen diesen Teil der Arbeit. Mit ihnen schafft das begleitende Personal einen Rahmen bzw. eine Struktur, in der die Eltern ihre Trauer individuell und gemeinsam als Paar leben können: Die Trauer nimmt Gestalt an. Alle unterstützenden Maßnahmen in der Begleitung betroffener Eltern sind als Ideen oder Vorschläge zu verstehen, deren Konkretisierung jede Mitarbeiterin oder jede Institution nach ihren Möglichkeiten gestalten kann.

Häufig beklagt sich das begleitende Personal darüber, dass eine Umsetzung in ihrer Einrichtung nicht möglich sei, weil die Strukturen vor Ort,

die finanziellen Ressourcen oder der Klinikalltag es nicht zulassen. An dieser Stelle sei das Personal ermutigt, nach alternativen Lösungen zu suchen. Möglicherweise entwickeln sich auf Grund der hier beschriebenen Vorschläge Ideen, die zu der eigenen Einrichtung passen.

Je nach Erfahrung und Wissenstand kann die vorliegende Broschüre nach ausgesuchten Kapiteln gelesen werden. Dem begleitenden Personal werden evtl. Definitionen oder Ähnliches bekannt sein. Deswegen empfiehlt es sich bei der Durchsicht nach Inhaltsverzeichnis und Interesse vorzugehen.

Hinweis: Jeweils sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden, macht den Sprachfluss leider etwas schwerfällig. Daher haben wir in der vorliegenden Schrift manchmal die männliche und manchmal die weibliche Form gewählt. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

2. Grundlagen zu Sterben, Tod und Trauer

2.1 Wie reagieren wir auf Abschied und Verlust?

Der Mensch erfährt von Anbeginn seines Lebens Verlustsituationen. Das Leben beginnt mit dem Verlust der engen symbiotischen Verbindung zur Mutter. Nur durch die Geburt und damit durch die Trennung von der Mutter ist sein weiteres Leben möglich. Immer wieder trifft der Mensch im Verlauf seines Lebens auf Situationen, die von Trennung und Abschied geprägt sind, z. B. der Schulwechsel, das Ende einer Freundschaft, das Sterben eines geliebten Menschen und vieles mehr. Die Umgebung des Menschen, also auch die Kultur und die Natur selber durchlaufen ebenfalls die immer wiederkehrenden Phasen des Sterbens und Werdens. Menschen geraten durch einen Verlust in ein Ungleichgewicht. Mit den stetigen Umbrüchen in ihrem Leben werden Menschen vor die Aufgabe gestellt, sich den neuen Gegebenheiten anzupassen. Die durch ein Ereignis ausgelöste Krise beinhaltet für jeden Menschen Veränderung, „eine Veränderung der eigenen Identität und mögliches persönliches Wachstum“ (Maurer, 2017, S. 42).

Die Trauer ist eine Form, den erlebten Verlust zu verarbeiten und in das Leben zu integrieren.

Auf Verlust und Trennung reagiert der Mensch mit Trauer. Die Trauer ist eine Form, das Erlebte zu verarbeiten und somit in das eigene Leben zu integrieren. Dabei ist die Trauer von Mensch zu Mensch unterschiedlich in ihrer Ausprägung und Qualität. Sie ist eine angemessene und hilfreiche Emotion.

Ein sehr langes Verbleiben in dem intensiven Trauerschmerz kann als Zeichen gewertet werden, dass eine Verarbeitung ohne Begleitung oder Unterstützung nicht gut gelingt.

Autoren wie Kast, Kübler-Ross, Worden u. a. haben in den letzten Jahrzehnten das Sterben und die Trauer untersucht und Kennzeichen des

Sterbens bzw. des Trauerprozesses beschrieben. Idealerweise können Menschen den Verlust nach einer gewissen Zeit als Bestandteil ihres Lebens akzeptieren und integrieren. Dies geschieht individuell zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten.

Was geschieht in der Zeit direkt nach dem Verlust?

Als Hebamme...

... finde ich beim Anlegen eines Routine CTG keine Herztöne.

... empfangen ich eine schwangere Frau, die wegen fehlender Kindsbewegungen zur Kontrolle kommt.

Als Gynäkologin...

... erkenne ich im Rahmen einer Ultraschallkontrolle negative Herzaktion beim Kind.

Dies ist die Zeit, in der insbesondere das Klinikpersonal die Familien erlebt. Dabei fühlt es sich möglicherweise selbst von dem Verlust sehr betroffen. Das Verhalten Betroffener in der ersten Phase ist gekennzeichnet von Versuchen, das Geschehene ‚rückgängig‘ zu machen. Frauen bzw. Paare, die z. B. während einer Ultraschalluntersuchung erfahren, dass ihr Baby nicht mehr lebt, äußern sich häufig mit Worten wie: „Das kann nicht wahr sein! Es war doch immer alles in Ordnung! Das gibt es nicht!“ Das eingetretene Ereignis wird verneint in der Hoffnung, dass das Kind noch lebt und alles nur ein Irrtum oder böser Traum ist.

In der Erhebung zur Situation von Hebammen bei Totgeburten und Lebendgeburten mit tödlichem Ausgang wird das Verhalten betroffener Eltern wie folgt beschrieben: „ablehnend, keine Information wünschend, distanziert und sehr negativ“, „Eltern wollten es nicht wahr haben, waren geschockt, dann aber durch die Fürsorge für das

Eltern wollen den Verlust ihres Kindes nicht wahrhaben und sind schockiert.

andere Kind etwas abgelenkt" (Dingerkus und Rademaker, 2005). Hebammen erleben, dass manche Frauen nach der Nachricht, dass ihr Kind im Bauch verstorben ist, eine vaginale Geburt in erster Reaktion abwehren. Ein Kaiserschnitt unter Vollnarkose erscheint dem betroffenen Paar als bessere Lösung. Er bietet der Frau die Möglichkeit, für eine gewisse Zeit nichts mehr zu spüren. Dem Partner kann es schwerfallen, seiner Frau die Wehenschmerzen zuzumuten, so dass auch ihm der Kaiserschnitt als gute Alternative entgegenkommt. Die Frau ist noch nicht bereit, ihr Kind zu gebären. „Ich bin doch nicht in die Klinik gekommen, um mein Kind zu bekommen. Es sollte doch nur eine Untersuchung sein.“ Die anstehende vaginale Geburt bedeutet, bei Bewusstsein ihr totes Kind zu gebären und sich damit von ihm körperlich zu trennen.

Die Betroffenen erleben sehr vielfältige und mitunter widersprüchlich erscheinende Gefühle und zeigen diese nach außen.

Wenn der Verlust realisiert wird, werden auch die Emotionen vehementer. Der Ausdruck der aufbrechenden chaotischen Gefühle auf Grund der Erfahrung des Verlustes ist sehr vielfältig: Lautes Klagen und Weinen, Wut und Verzweiflung oder Gefühle von Getrennt sein, Abwesenheit, Apathie und Introvertiertheit sind nur einige der Reaktionen. Auch Abwehrreaktionen sind möglich. Körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Kreislaufprobleme etc. treten auf. Eltern berichten von ihrer Angst, verrückt zu werden und ebenso von der Angst, dass die intensiven Gefühle von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit niemals aufhören.

„Ich habe Angst, dass dieses Gefühl nun immer so bleibt. Ich fühle mich betäubt und weine oft stundenlang. Mein ganzer Körper weint.“ Das Leben erscheint sinnlos. Schuldgefühle können auftreten. Es ist wichtig, dass die betroffene Familie Möglichkeiten findet, ihre



Gedanken und Gefühle zu äußern. Diese Gefühlsqualitäten können ebenfalls um den Zeitraum der Geburt auftreten, häufiger jedoch nach der Geburt, das bedeutet auch lange Zeit nach dem erlebten Verlust.

Bewusstwerden

Können betroffene Eltern ihren Gefühlen freien Lauf lassen, so wird es ihnen möglich, sich des Verlustes bewusst zu werden und diesen anzuerkennen. Dies vollzieht sich in kleinen Schritten und kann immer wieder von abwehrenden oder überbordenden Gefühlen unterbrochen werden. Es geht darum, den Verlust als Realität zu akzeptieren und damit den Trauerschmerz bewusst als Verlustschmerz über diesen Menschen zu erfahren. Gelingt dies, so können sich die Eltern ein Leben aufbauen, in dem das verstorbene Kind ‚fehlen darf‘ bzw. auf eine andere Art als die leibliche präsent ist.

Unendlich ist der Schmerz
Unendlich und überwältigend
sind Schmerz und Verzweiflung.
Ich fühle mich gelähmt, verloren,
nicht zu dieser Welt gehörig
Gefangen in meinem Körper
weiß ich nicht,
ob ich noch sein kann.

Integration des Verlustes

Das betroffene Paar ist fähig, den erlebten Verlust in das eigene Leben zu integrieren. Der Alltag kehrt zurück. Diese Phase kann immer wieder von den übrigen Empfindungen unterbrochen werden, z. B. beim Zusammenreffen mit anderen Paaren, die Kleinkinder haben. Eltern berichten, dass sie dann oft daran denken, ihr Kind könne nun genauso alt sein. Sie könnten ebenso herumtollen mit dem Kind und vieles mehr. Die Begegnungen lösen evtl. aufs Neue Trauer, Wut, Ohnmacht und Unverständnis aus. Es gelingt jedoch, in immer kürzeren Abständen zum gewohnten Leben

zurückzukehren. Den Eltern ist es wieder möglich, Spaß und Freude am Leben zu haben und sich der Außenwelt zu öffnen. Dies betrifft auch die Offenheit für eine neue Schwangerschaft. Kann das Paar den Verlust des Kindes gut verarbeiten, so wird dem weiteren Kind eher nicht eine Ersatzfunktion für das verstorbene Geschwisterkind übertragen.

Sicher aber gilt, dass das Verhalten der Paare in allen Phasen individuell bleibt. Ebenso ist die Länge der Trauer individuell unterschiedlich. Es können keine genauen Aussagen darüber gemacht werden, wie lang der oben beschriebene Trauerprozess anhält bzw. wann das Verlustereignis in das eigene Leben integriert wird. Der beschriebene Trauerprozess findet sich in den Modellen verschiedener Autoren wieder, z. B. Verena Kast, Elisabeth Kübler-Ross, Erika Schuchardt und William Worden. Mit der Thematik der Bindung und ihrer Auswirkung auf Verlustreaktionen hat sich John Bowlby in intensiver Forschung auseinandergesetzt.

2.2 Was geschieht im Trauerprozess?

Trauer ist eine normale Reaktion des Menschen auf das Erleben eines Verlustes und umfasst als Begriff ein sehr umfangreiches Spektrum an Gefühlen und Verhaltensweisen.

Trauer kann nicht in einen festen Zeitrahmen gepresst werden. Wenn sie jedoch über einen sehr langen Zeitraum und in anhaltender qualitativer Ausprägung auftritt, spricht man von komplizierter oder pathologischer Trauer. Die Diskussion um den Begriff wird kontrovers geführt, da er gerade dadurch, dass er eine Norm voraussetzt, nicht den individuellen – sowohl persönlichen als auch kulturabhängigen – Bewältigungsformen Rechnung trägt (Znoj, 2007).

Wie auch immer sich die Ausprägungen der Trauerreaktionen gestalten: Das begleitende Personal und sein Kontakt zu den Eltern spielt eine wesentliche Rolle für die Bewältigung des Verlustes.

Daher ist es von großer Bedeutung, die aus dem Verlust resultierenden Gefühle zu kennen und als normale und eben nicht pathologische Reaktion auf ein einschneidendes Ereignis anzuerkennen.

Das Wissen um Trauerreaktionen gibt Sicherheit im Umgang mit betroffenen Eltern.

Menschen bringen ihre Trauer auf verschiedenen Ebenen und oft sehr unterschiedlich zum Ausdruck (Worden, 2017):

Welche Gefühle können mit Trauer einhergehen?

Die Bandbreite ist sehr weit. Sie geht von Traurigkeit, Zorn, Schock, Sehnsucht über Befreiung, Erleichterung und Betäubung bis zu Abgestumpftheit u. v. m. Auch kann ein Gefühl der Depersonalisation auftreten („Ich gehe die Straße entlang und alles kommt mir unwirklich vor, auch meine eigene Person“).

Wie wird Trauer körperlich empfunden?

Hier zeigen sich u. a. ein Leeregefühl im Magen, Brustbeklemmungen, Zugeschnürtsein der Kehle, Überempfindlichkeit gegen Lärm, Atemlosigkeit – ein Gefühl von Kurzatmigkeit, Muskelschwäche, Energiemangel und Mundtrockenheit.

Wie wird Trauer wahrgenommen?

Gedanken, die sich oft festsetzen, Unglaube und Nichtwahrhabenwollen, Verwirrung, intensive Beschäftigung mit dem Toten, Gefühl der Anwesenheit des Verstorbenen, Halluzinationen.

Wie verhält sich der Mensch in der Trauer?

Schlaf- und Appetitstörungen, geistesabwesendes Verhalten, soziales Zurückziehen, Träumen von dem verstorbenen Menschen, Meiden von Erinnerungen an den verstorbenen Menschen, Suchen und Rufen, Seufzen, rastlose Überaktivität, Weinen, Aufsuchen von Orten oder Beisichtragen von Gegenständen, die an den Verstorbenen erinnern, Kult mit Objekten aus dem Besitz der verstorbenen Person.

Das Verhalten der trauernden Eltern ist häufig für sie selbst verwirrend, weil es vom gewohnten Verhalten abweicht bzw. als fremd erlebt wird. Auch kann einer der Lebenspartner erschreckt sein vom Verhalten des anderen. Männer trauern anders als Frauen. Viele der Trauermerkmale sind über einen längeren Zeitraum hinweg zu finden. Trauer muss nicht zwangsläufig bei der Information über den Verlust auftreten, dies kann zeitlich verzögert geschehen. Trauer ist eine menschliche Reaktion auf eine Verlusterfahrung, deren Intensität sich in verschiedenen Aspekten unterscheidet (Maurer, 2017). So kann Trauer auch als eine gesunde Reaktion des Menschen auf ein Krisenereignis verstanden werden.

Das Wissen darum verhilft dem begleitenden Personal und den Trauernden, selbst trotz der ungewohnten Trauerreaktion ruhig zu bleiben. Allein der Satz, dass die Reaktion normal ist, kann Sicherheit bringen.

Die Begleitung der Eltern durch Hebammen, Ärzte oder andere Berufsgruppen sollte über den Rahmen der Geburt hinausgehen und die Zeit des Wochenbettes oder länger umfassen.

Die Begleitung der Eltern durch Hebammen, Ärzte oder andere Berufsgruppen sollte über den Rahmen der Geburt hinausgehen und die Zeit des Wochenbettes oder länger umfassen.

2.3 Was kennzeichnet die Trauer beim Tod eines Kindes?

Der Tod eines Kindes beeinflusst in besonderer Weise das System der Familie. Es ist ein schwerer Verlust, der das Familienleben nachhaltig ändert. Auch und insbesondere für die bereits lebenden aber auch für die nachfolgend geborenen Geschwisterkinder spielt der Verlust eine einschneidende Rolle. Die Trauer des lebenden Kindes wird häufig nicht ausreichend wahrgenommen, weil die Eltern sehr mit sich beschäftigt sind. Hier handelt es sich um ein sehr verständliches Phänomen: All die Men-

schen, die dem verstorbenen Kind nahestanden, sind über die Maßen traurig und müssen ihr Leid tragen. Sie können es nicht teilen, sie können einander kaum trösten, weil sie alle den starken Schmerz empfinden und alle sehr unterschiedlich damit umgehen. Dies kann bereits unter Erwachsenen zu Spannungen führen. Auch bringt es nicht selten mit sich, dass man sich allein gelassen fühlt.

Es schreit in mir
Es schreit in mir.
Unvernehmbar,
außer in der Tiefe meiner Seele.

Von Augenblick zu Augenblick
Halte ich fester,
und ich weiß,
wenn ich dich noch länger halte,
kann ich dich nie mehr gehen lassen.

Unglücklich habe ich innerlich geschrien
als sie dich von mir nahmen.
Meine letzte Chance dich zu berühren
dich zu halten
und bei dir zu sein,
du ach so besondere Liebe,
die ich für all zu kurze Zeit
kannte.

Und doch kenne ich dich für immer.

Julie Fritsch und Sherokee Ilse

Für (Geschwister-) Kinder ist dies nicht durchschaubar und daher unbegreiflich, dass die Mutter oder der Vater sich jetzt gar nicht um sie und ihre Gefühle kümmern. Kleinere Kinder, die von den Eltern vermeintlich geschont werden, spüren die Veränderung, fühlen sich weniger geliebt oder glauben, diese Veränderung selbst verursacht zu haben (Klapp, 2017). Größere Kinder fühlen sich bedrückt und ausgeschlossen und haben nicht selten Angst „hinter dem Schatten des verstorbenen Kindes zu verschwinden“ (ebda. S. 330).

Außerdem geraten Geschwisterkinder zuweilen in das Feld der unerfüllten Wünsche, die Eltern mit dem verstorbenen Kind verknüpfen. Nicht selten erfüllen Geschwisterkinder die Funktion, bestimmte Verhaltensweisen oder Eigenschaften des verstorbenen Kindes zu reproduzieren. Daher bedürfen sie eines besonderen Blicks und einer besonderen Würdigung.

Die Eltern sind nach dem Tod eines Kindes neben ihrer persönlichen Trauer mit hohen Anforderungen konfrontiert, die die veränderte Situation in der Familie betreffen und die in Beziehung zu ihrer Partnerschaft stehen. Hinzu kommen mögliche Schuldgefühle, mit denen sich die Eltern auseinandersetzen. Das betroffene Paar stellt sich die Frage, ob es den Tod ihres Kindes hätte verhindern können oder ob es ihr Kind von den Schmerzen hätte befreien können. Dies gilt auch für Eltern, deren Kinder im sehr frühen Alter, also intrauterin oder perinatal, versterben. Viele Paare sind diesen Herausforderungen nicht gewachsen. Der Tod eines Kindes kann für die Beziehung äußerst belastend werden und schlimmstenfalls zum Aus der Partnerschaft oder Ehe führen. Eine Begleitung trauernder Eltern, das Verweisen auf die Möglichkeit einer Paarberatung, familiensystemische Beratung, psychologische Begleitung, Selbsthilfegruppen etc. können unterstützende Angebote im Hinblick auf eine gute Verarbeitung des Verlustes innerhalb der Beziehung und Familie sein.

Gibt es Unterschiede zwischen Müttern und Vätern?

Die Frau steht in der Begleitung des Paares im Mittelpunkt. Zum einen ist sie unmittelbar betroffen, zum anderen steht sie in einer direkten meist intensiven Interaktion mit der Hebamme bzw. dem begleitenden Personal. Der Mann unterstützt in vielen Fällen seine Partnerin und stellt seine eigene Trauer damit zeitweise zurück. Hinzu kommt, dass Väter oft andere Bedürfnisse haben als Mütter. Sie möchten einbezogen werden bei Entscheidungen und ihnen sind praktische Aufgaben wichtig. Aus Rücksicht auf die Mütter versuchen sie, ihre Gefühle zu kontrollieren. Die unterschiedlichen Bedürfnisse und Reaktionsweisen können Missverständnisse zwischen Müttern und Vätern hervorrufen (Samuelsson, 2001).

2.4 Wenn ein Kind im perinatalen Zeitraum stirbt

Die Wahrnehmungen und Gefühle auf Grund des Todes eines Kindes während der Schwangerschaft, unter oder kurz nach der Geburt unterscheiden sich hinsichtlich eines wesentlichen Aspektes im Erleben des Verlustes vom Tod eines geliebten Menschen, der im höheren Erwachsenenalter verstirbt. Beim Tod des Kindes im perinatalen Zeitraum treffen Geburt und Tod nahezu zeitgleich aufeinander. Begrüßung und Abschied liegen dicht beieinander. Die Eltern haben sich auf das Ereignis Geburt und die Ankunft ihres Kindes vorbereitet. Freude, Neugierde und Hoffnung begleiten die Zeit der Schwangerschaft. Vorstellungen über das Kind nehmen Gestalt an, die durch die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik verstärkt und bereits in einer frühen Schwangerschaftswoche entwickelt werden.

Im 3D-Ultraschall sehen die werdenden Eltern Gestalt, Bewegungen und Herzschlag ihres Kindes. Frauen entwickeln durch den Anblick ihres Kindes bei der Sonographie eine positive Einstellung. Die damit erhöhte Bindung(-sbereitschaft) hat auch Einfluss auf die Art und Qualität des Abschiednehmens (Beutel, 2002, Maurer, 2017).

Das Erleben der Kindsbewegungen untermauert zudem den Kontakt und das Einlassen auf das Kind. Frauen bzw. Paare berichten von Phantasien, Plänen und Wünschen, wie sie die Zeit nach der Geburt mit ihrem Kind erleben möchten. Häufig ist in Geburtsvorbereitungskursen bei den Paaren spürbar, dass sich mit zunehmendem Schwangerschaftsalter das gesamte Leben der Paare auf die Ankunft des Kindes ausrichtet. Der Körper der Frau bereitet sich mit Beginn der Schwangerschaft auf das Muttersein vor. Alles ist darauf ausgerichtet, dass das Kind heranwachsen und geboren werden kann, um danach versorgt und beschützt zu werden.

„Eltern werden“ kann als Kontinuum begriffen werden, welches zerbricht, wenn das Kind intrauterin oder kurz nach der Geburt stirbt. All die Vorbereitungen, Wünsche, Erwartungen, Gedanken und Gefühle werden durch den Tod des Kindes jäh abgebrochen und verlieren sich im Nichts. Alles, was auf die Zukunft ausgerichtet war, ist nicht mehr lebbar. „Was soll ich mit meinen leeren Armen tun? Wo soll ich die

All die Vorbereitungen, Wünsche, Erwartungen, Gedanken und Gefühle werden durch den Tod des Kindes jäh abgebrochen und verlieren sich im Nichts

Tiefe wiederfinden, die Wärme der Zärtlichkeit, die zwischen ihm und mir war, als er starb?“ (Initiative REGENBOGEN, Erzählungen Band 1).

Auch wenn viele betroffene Paare später noch ein oder mehrere gesunde lebende Kinder haben, so müssen sie sich dennoch von den Phantasien mit dem verstorbenen Kind verabschieden. Das, was sie später mit den anderen Kindern erleben, wird anders sein. Deswegen ist ein gut gemeinter Trost: „Du bist doch noch jung und kannst weitere Kinder bekommen!“ unangebracht und in keiner Weise hilfreich.

Verstirbt ein erwachsener Mensch, so ist es für die Hinterbliebenen eher möglich, die Trauer mit anderen Menschen gemeinsam zum Ausdruck zu bringen, weil Freunde, Bekannte und Verwandte den Verstorbenen gekannt haben und ihn auf seinem Lebensweg mehr oder weniger begleitet haben. Verstirbt ein Kind im perinatalen Zeitraum, so kennen zumeist nur die Eltern dieses Kind. Sie haben eine Bindung zu ihm aufgebaut und haben eine gemeinsame Zeit erlebt.

Die meisten Menschen im Umfeld der Eltern konnten das verstorbene Kind gar nicht kennenlernen; das gemeinsame Trauern entfällt zumeist. Auch Bestattungen dieser Kinder werden oft im engen Familienkreis ohne Beteiligung der Öffentlichkeit durchgeführt. Da die Menschen im Umfeld der Eltern das verstorbene Kind nie erleben konnten, sinkt häufig das Verständnis für die Trauer der Eltern, besonders dann, wenn die Trauer lange anhält. Anders verhält es sich, wenn Menschen aus dem Umfeld in die Begleitung kurz nach der Geburt einbezogen werden. So zeigen z. B. Großeltern, die ihr verstorbene Enkelkind gesehen und gehalten haben, sowohl eigene Trauer als auch Verständnis für den Schmerz der Eltern des Kindes.

Die Bindung zum verstorbenen Menschen beeinflusst auch die Erinnerung an ihn. Kinder, die im perinatalen Zeitraum versterben, geraten für das Umfeld der betroffenen Eltern sehr schnell ins Vergessen. Auch hier liegt der Grund darin, dass die meisten Menschen das Kind nicht kannten und es nicht erlebt haben. Für das Paar kann das „Sich nicht erinnern“ (z. B. Jährgang des Geburts- und Todestages) sehr verletzend sein.

Der Verlust eines Kindes steht für die betroffenen Eltern immer auch im Kontext ihrer gesamten Lebenssituation. Warum wünscht sich das Paar ein Kind? War die Schwangerschaft lang ersehnt und vielleicht erst durch Sterilitätsbehandlungen möglich? Oder war das Kind gar nicht gewollt und nach einigen Wochen der Schwangerschaft dann doch willkommen? Wofür stand bzw. steht dieses Kind? Welche Hoffnungen haben sich mit diesem Kind verbunden? Welche Bedeutung hat dieses Kind für die Partnerschaft gehabt? Wurden bereits Veränderungen in Bezug auf die Ankunft des Kindes getätigt (z. B. Umzug)?

Gibt es Geschwisterkinder? Oder sind bereits Geschwister verstorben? Welche Rolle spielen die Großeltern und andersherum, welche Rolle spielt ein Enkelkind für die Großeltern? In welchem soziokulturellen und sozioökonomischen Kontext lebt das Paar bzw. die Familie?

Die gesamte vergangene und aktuelle Lebenssituation der Familie hat eine Bedeutung für die Reaktion auf den Verlust.

All diese Aspekte haben das Erleben der Schwangerschaft mit Hoffen und Wünschen beeinflusst. Nun prägen sie die Art des Erlebens der Verlustsituation.

Segen für unser totes Kind

Du warst ein Kind der Hoffnung,
unsere Liebe umhüllte dich, unsere Fantasie
schützte
dein Leben aus.

Du warst ein Kind der Freude.
Wie eine Blüte ging unser Herz auf,
denn wir erwarteten dich voll Sehnsucht.

Du warst ein Kind des Lebens.
Wir wollten Leben weitergeben und uns selbst
beschenken lassen.

Du bleibst unser Kind.
Doch Du bist ein Kind der Sehnsucht,
das zu einem Kind der Trauer wurde.
Du hast sie nicht gesehen, den Sonnenglanz und
Mondsichel.

Du hast nicht in unsere leuchtenden Augen geschaut,
Nun aber siehst du das Licht, das strahlende,
wärmende Licht

der Liebe Gottes. Auch du wohnst im Hause Gottes,
wo viele Wohnungen sind.

Du bist gesegnet.

Du Kind der Hoffnung, der Freude und des Lebens
Und mit dir ist gesegnet unsere Trauer um dich,
du Kind bei Gott.

Quelle: www.hannastrack.de

2.5 Die besondere Verlustsituation durch eine Fehlgeburt

Das Ereignis Fehlgeburt findet für die meisten Frauen oder Paare in einem tabuisierten Rahmen statt. „Es wird nicht viel darüber gesprochen.“ Medizinisch wird zwischen dem Frühabort (Verlust des Kindes bis zur 16. Schwangerschaftswoche) und dem Spätabort (Verlust zwischen der 16. bis 28. Woche bei fehlenden Lebenszeichen des Kindes) unterschieden. Die übliche Praxis in Deutschland sieht nach Feststellung einer negativen Herzaktion die Ausschabung (Kürettage) vor. Was gerade begonnen hatte und im Begriff war, sich wieder zurück zu entwickeln, wird unterbrochen. Der Prozess des Körpers wird durch die Kürettage abgebrochen. Damit wird der betroffenen Frau auch die Möglichkeit genommen, ihren Verlust auf körperlicher Ebene zu erfahren und zu begreifen. Die Kürettage ist jedoch nur zu einem kleinen Teil medizinisch indiziert. Die Operation und die damit verbundene, oft nicht notwendige Eile führt dazu, dass es der Frau die Möglichkeit einer kleinen Geburt ihres Kindes nimmt. Damit wird auch der natürliche Trauer- und Abschiedsprozess unterbunden. Vielen Frauen bleibt nur das Erinnern an den positiven Schwangerschaftstest als Beweis, dass sie wirklich schwanger waren.

Ein Umdenken findet seit einiger Zeit sowohl in Fachkreisen als auch bei den betroffenen Paaren statt. Entsprechend eines Artikels der ‚Zeit‘ vom 06.12.2012 mit dem Titel: „Es geht auch ohne Operation – Wenn Schwangere eine Fehlgeburt erleiden, greifen Ärzte viel zu schnell zum Messer. Dabei wäre es oft besser, nichts zu tun“, wird heute der Wunsch einer konservativen Behandlung, sprich ein Abwarten und Gebären dürfen, deutlich größer. Damit kann das begleitende Personal wieder einen Erfahrungsschatz sammeln, der seit Jahrzehnten vergessen war.

In den frühen Wochen ist die Schwangerschaft äußerlich noch nicht sichtbar und bis auf engste Nahestehende weiß das Umfeld nichts von der Veränderung. Häufig wird erst im Zeitpunkt des Verlustes von der

Schwangerschaft und der damit verbundenen Hoffnung berichtet. Angehörige und Freunde können dann oft das Ausmaß der Trauer für die betroffenen Eltern schwer nachvollziehen. Dies wirkt sich wiederum auf das Erleben und die Verarbeitung des Verlustes für das Paar aus.

Der Körper der Frau hat sich jedoch in der vorherigen Zeit auf die Schwangerschaft ausgerichtet, mit allen einhergehenden hormonellen und seelisch emotionalen Veränderungen.

„Mit der Verschmelzung der Ei- und Samenzelle beginnt das Kontinuum Mutterwerden. Die Frau ist schwanger, sie befindet sich in einem laufenden Anpassungsprozess. Sie wird Mutter, auch wenn ihr Kind während der Schwangerschaft stirbt“ (Maurer, 2017, S. 51).

Einer frühen Fehlgeburt wird sowohl fachlich als auch gesellschaftlich nicht der Stellenwert beigemessen, der für die betroffenen Familien notwendig wäre. Auch die Trauer über eine Fehlgeburt ist gesellschaftlich weniger anerkannt als die Trauer über eine Totgeburt. Unterstützende Maßnahmen für den Prozess der Trauer entsprechen dem empfohlenen Vorgehen bei einem erlittenen Verlust im perinatalen Zeitraum. Eine Begleitung in Form von Hausbesuchen im kleinen Wochenbett ist seit einigen Jahren ebenfalls möglich.

Hier finden Sie einige wichtige stichwortartige Eckpunkte zu Verlaufsformen, rechtlichen Komponenten, Hebammenbegleitung, Indikation zur Verlegung in die Klinik, Handeln im Notfall:

Verlaufsformen

- Abortus imminens: drohende Fehlgeburt, leichte Blutung, evtl. Kontraktionen, Cervix geschlossen
- Abortus incipiens: beginnende Fehlgeburt, Blutungen, Kontraktionen, Muttermundseröffnung
- Abortus completus: vollständig beendete Fehlgeburt

- Abortus incompletus: unvollständig beendete Fehlgeburt
- Missed abortion: verhaltene Fehlgeburt

Rechtliche Situation

- Keine Bestattungspflicht, aber ein Bestattungsrecht (Bestattungsrecht ist Ländersache)
- Keine Meldepflicht, Beurkundung möglich
- Keine gesetzlichen Leistungen wie Mutterschutz

Hebammenbegleitung

- Bei regelrechtem Verlauf möglich
- Vergütung nach Hebammenvergütungsordnung „Hilfe bei einer Fehlgeburt“
- „zweite Hebamme“ möglich
- Hilfe bei Beschwerden bis acht Stunden davor möglich
- Hausbesuche im Wochenbett
- Berufshaftpflichtversicherung Form 2 (DHV) ausreichend (Stand 2018/19)

Indikationen für eine Verlegung in die Klinik

- zu hoher Blutverlust
- Fieber
- Kreislaufprobleme
- Wunsch der Frau/des Paares (Angst/Unsicherheit)

Handeln im Notfall

- Ruhe bewahren
- Reflexion und Einschätzen der Situation
- Festlegen der Vorgehensweise



Kleine Geburt im Zuhause der Eltern (11.SSW)

2.6 Erfahrungen eines Elternpaares Kleine Geburt zuhause in der Frühschwangerschaft

Sie haben bei einer Untersuchung erfahren, dass die Schwangerschaft sich nicht weiterentwickelt hat. Was war in dieser schwierigen Situation für Sie hilfreich?

Nachdem wir erfahren hatten, dass sich die Schwangerschaft nicht weiterentwickelt, hat uns die Ärztin im Kinderwunschzentrum erst einmal zu abwartendem Zuwarten geraten und nicht gleich zur Ausschabung. Wir sollten uns erst einmal Zeit nehmen, um die schreckliche Neuigkeit zu verdauen und sie hat eine kleine Geburt auch erwähnt. In Bezug auf die

Behandlung hat sie vorsichtig auch die positive Seite erwähnt, dass ich überhaupt schwanger geworden bin.

Sie haben sich früh um eine Betreuung durch eine Hebamme gekümmert. Wie haben Sie diese Begleitung empfunden?

Ich war froh, dass ich mich bereits sehr früh in der Schwangerschaft um eine Hebamme bemüht hatte. Eine Freundin hatte mir dazu geraten, die mich in der bisherigen emotional schwierigen Kinderwunschzeit von drei Jahren immer wieder unterstützt hat. Hilfreich war für uns die annehmende und aufklärende Art meiner Hebamme. Sie hat sich jedes Mal viel Zeit genommen und mir immer Mut gemacht, die Entscheidungen abzuwägen und ganz selbstbestimmt zu treffen. Dadurch habe ich mich in der ganzen hilflosen Situation doch etwas handlungsfähiger und unabhängiger gefühlt. Dabei waren die Hausbesuche durch die Hebamme wichtig, aber auch die kurzen SMS Kontakte, in denen sie sich zwischendurch nach mir erkundigt hat. Die zeitnahen und flexiblen Terminvergaben richteten sich häufig nach meinem Bedarf und meinem Befinden. Das hat mir gut getan.

Gab es Dinge, die Sie problematisch fanden und für die Sie sich einen anderen Umgang gewünscht hätten?

Ja, die gab es. So hat uns zum Beispiel der Arzt im Kinderwunschzentrum von Anfang an geraten, uns noch nicht zu sehr zu freuen, schließlich hätten „... wir den Bären nur getroffen, aber noch nicht erlegt!“ Als zum ersten Mal angedeutet wurde, dass die Entwicklung verzögert ist, hat mich die Arzthelferin in der Kinderwunschpraxis mit den Worten trösten wollen, dass ich ja schließlich noch jung sei und bestimmt nochmal schwanger werden würde. Zu diesem Zeitpunkt war noch gar nicht klar, dass ich das Kind verlieren würde. Auch hat uns niemand vom Fachpersonal über die Möglichkeit einer Hebammenbetreuung bei und nach der Fehlgeburt informiert. Ich habe es von meiner Freundin und aus dem Buch „Guter Hoffnung“ erfahren.

Bei meinem ersten Termin zur Verlaufskontrolle der Fehlgeburt bei meiner Gynäkologin, sagte sie nach einer kurzen Begrüßung: „Das ist ja oft das Problem der Kinderwunschzentren..., die gucken nur, ob sie die Frauen schwanger kriegen, aber wie geht es dann weiter?“ Sie hat nicht gesagt, dass es ihr für mich leidtut, oder sonst irgendwelche empathischen Worte gefunden. Außerdem favorisierte meine Gynäkologin von Beginn an die Ausschabung und war bei den Kontrollen oft sehr ungeduldig und wenig einfühlsam.

(Anonym)



3. Voraussetzungen beim begleitenden Personal

Unter der Geburt werden Hebamme und hinzugezogener Gynäkologe die Betreuungspersonen für die betroffenen Eltern sein. In den meisten Fällen ist die Hebamme die Vertrauensperson, da sie die Geburt begleiten wird. Nur bei pathologischen Verläufen ist der Arzt auch vor der Endphase der Geburt anwesend. Da häufig in den geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken strukturbedingt eine Trennung von Geburt und Wochenbett vorliegt, wird in den Folgetagen das Personal der Wochenbettstation bzw. der gynäkologischen Station zuständig sein. Krankenhausesseelsorger und/oder -psychologen sollten bei Bedarf hinzugezogen werden. Auch bietet sich an, dass Wochenbettbesuche durch die vertraute Hebamme durchgeführt werden, soweit dies während des Dienstes zeitlich möglich ist. Vielen Hebammen sind diese Besuche (in der Klinik während des Aufenthaltes oder auch danach als Hausbesuche) wichtig, da sie die Möglichkeit bieten, das persönliche Erleben der Totgeburt bzw. des verstorbenen Kindes für sich selbst zu verarbeiten und darüber hinaus einen guten gemeinsamen Abschluss der Begleitung zu finden.

„Ihrem geburtshilflichen Verständnis entsprechend betrachten Hebammen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als natürliche Lebensprozesse (Übergang zur Elternschaft), die zwar der Unterstützung bedürfen, aber primär aus eigener Kraft gelebt werden können. Dabei vertreten Hebammen (national und international) interventionsfreie Konzepte, in deren Mittelpunkt die Frau, das Kind und deren Bedürfnisse stehen ...“ (Pädagogischer Fachbeirat des Bundes Deutscher Hebammen, 2004).

Begleitung im oben genannten Sinne beschreibt unterstützende Maßnahmen entsprechend den Bedürfnissen der Frau bzw. des Paares und des Kindes.

Der Bedarf und die Wünsche der Familien stehen im Vordergrund, alles sollte in Absprache mit ihnen, nichts über ihren Kopf hinweg geschehen. Es gibt durchaus Familien, die eine solche Situation aus eigenen Kräften bewältigen. Aber es gibt auch Familien, in denen professionelle Unterstützung eine Struktur bietet, die Trauer lebbar zu machen.

Professionelle Begleitung bietet betroffenen Eltern eine Struktur, in der Trauer lebbar wird.

Um Betroffene adäquat begleiten zu können, bedarf es jedoch bestimmter Voraussetzungen sowohl bei den einzelnen Begleitern als auch in dem System, in dem sich alle ‚Akteure‘ befinden.

3.1 Individuelle Voraussetzungen

Die Art des Kontaktes ist auf Seiten der Mitarbeiter geprägt von ihrer Wertschätzung, Authentizität und Offenheit, aber auch von ihrer eigenen Geschichte, ihrer Lebenserfahrung und ihren Erinnerungen. Die Biografie der eigenen Verlustgeschichte hat Auswirkungen auf das Erleben ähnlicher (beruflicher) Situationen in der Gegenwart. Bleibt die persönliche Geschichte unreflektiert, so reagieren wir unbewusst mit erlernten Mustern aus unserer Erziehung und Sozialisation auf eine bestimmte Situation. Mitunter kann unser Verhalten dann wenig hilfreich oder auch

Das Erleben und Verarbeiten eigener Verlusterfahrungen hat Einfluss auf die Begleitung der Eltern.

unpassend sein. Die Begleitung betroffener Eltern in ihrem Schmerz und ihrer Trauer kann zudem große Unsicherheit auslösen. „Wie gehe ich mit den Reaktionen der Eltern um? Wie erreiche ich die Eltern? Hoffentlich sage ich nichts Falsches! Ist es professionell, wenn ich selber sehr traurig bin? Darf ich den Eltern meine Traurigkeit zeigen?“

Hilfreich ist es, bewusst auf Fragen und Reaktionen betroffener Eltern reagieren zu können. Das setzt eine Reflexion der eigenen Verlust- und Trauergeschichte voraus.



3.1.1 Fragen zur Selbstreflexion der betreuenden Personen

Fragen zum Umgang mit persönlichen Verlusten

Welche Verlustsituationen habe ich in meiner Biografie erlebt? Wie bin ich damit umgegangen? Was war für mich unterstützend? Was hätte mir gutgetan, hat jedoch in der damaligen Situation gefehlt?

Fragen zum Umgang mit Verlusten betroffener Eltern

Welche Situationen habe ich erlebt, in denen ein Kind im perinatalen Zeitraum verstorben ist? Wie bin ich damit umgegangen? Was war für mich unterstützend – in der Begleitung des betroffenen Paares – in der Verarbeitung für mich persönlich? Was hätte mir gutgetan, hat jedoch in der damaligen Situation gefehlt?

Übergeordnete Fragen

Wo stehe ich zum jetzigen Zeitpunkt (Berufserfahrung, persönliche Haltung dem Leben und Sterben gegenüber)? Welche Ressourcen habe ich? Was kann ich gut? Wie kann ich meine Ressourcen erweitern?

Ziel der Reflexion ist, im beruflichen Handeln Distanz wahren zu können und zugleich sensibel und empathisch zu sein. Distanzlosigkeit kann zu einer Überversorgung oder zu einem „Bemuttern“ betroffener Eltern führen. Dies kann phasenweise gut sein, sollte jedoch nicht der gesamten Begleitungssituation entsprechen. Weiter kann sich mangelnde Distanz durch eine Überidentifikation mit der trauernden Mutter oder dem trauernden Vater äußern. Persönliche Verluste des begleitenden Personals kommen durch die Betreuung betroffener Eltern an die Oberfläche und werden unbewusst betrauert. Dadurch wird ein professionelles berufliches Handeln unterbunden bzw. eingeschränkt.

Eine überhöhte Distanz kann demgegenüber zu einer reinen medizinischen Versorgung führen, die wenig Raum für Emotionen bietet und die schlimmstenfalls dazu führt, dass die Mutter sich als ‚Objekt der Medizin‘ empfindet.

Ist einer begleitenden Person bewusst, dass sie durch die Betreuung betroffener Eltern intensive eigene Trauer verspürt, kann sie als erstes nach der Ursache forschen. Diese kann sowohl in der nahen aber auch fernen Vergangenheit liegen. Das Auslösen der intensiven Trauer zeigt,



dass das vergangene Ereignis Raum einnimmt und benötigt. Die begleitende Person sollte für sich privat einen Rahmen schaffen, der ihr die Möglichkeit bietet, das vergangene Ereignis zu betrauern. Nach individuell unterschiedlichen Zeiten wird es möglich, neues Verhalten in Begleitungssituationen zu erproben

und zu verfestigen. Darüber hinaus sollte das Personal sich nicht scheuen, bei Bedarf selber psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Eine oftmals geforderte oder häufig vom Begleitungspersonal selbst erwartete Routine, ähnlich dem Handeln in Betreuungssituationen von Lebendgeburten, kann in der Begleitung von Totgeburten nicht entstehen. Die Begleitung einer Totgeburt bleibt für das begleitende Personal eine Ausnahmesituation. Es gibt wesentlich mehr Lebendgeburten als Totgeburten. Daher ist es ganz normal, dass die Mitarbeiter keine Routine haben können und sollten. Vielmehr drückt sich gutes Arbeiten hier in einem hohen Maß an Sensibilität, Zugewandtheit und Authentizität aus. Nicht zu Unrecht wird der Begriff der professionellen Distanz durch den Ausdruck „professionelle Nähe“ abgelöst. Er macht deutlich, dass Nähe notwendig ist, aber diese aus der Rolle der beruflich Tätigen wirkt und gelebt wird.

3.1.2 Der eigenen Trauer Raum und Zeit geben

Für das begleitende Personal ist es wichtig, bei Bedarf eigene Formen des Trauerns zu finden. So sollte z. B. jede Hebamme, die eine Totgeburt begleitet und Trauer dabei empfindet, für sich einen Rahmen schaffen, um das Erlebte zu verarbeiten.

Das begleitende Personal sollte sich einen Rahmen und Rituale schaffen, um Erlebtes zu verarbeiten.

Es können grundsätzlich verschiedene Formen gewählt werden, um der eigenen Trauer zum miterlebten Verlust Ausdruck zu verleihen. In jedem Fall ist es dann für das begleitende Personal wichtig, die Trauer anzuerkennen, ernst zu nehmen und sich Zeit für das eigene Empfinden zu nehmen. Ausdrucksmöglichkeiten können sein:

- Ich nutze mir bekannte persönliche Formen des Trauerns.
- Ich spreche über das Erlebte (z. B. im Kollegen- oder Freundeskreis).
- Ich nutze Trauerrituale (Kerze anzünden, Meditation, Spaziergang).
- Ich gestalte und drücke meine Trauer und das Erlebte kreativ aus (Zeichnen, Schreiben etc.).
- Ich nehme an der Beerdigung des Kindes teil.

- Ich gehe in Kontakt mit den Eltern.
- Ich übernehme die Wochenbettbetreuung.
- Ich nehme professionelle Hilfe und Unterstützung an.
- Ich nehme an Fortbildungen teil und erweitere mein Wissen.

Die Selbstpflege des Personals ist wesentliche Voraussetzung für das professionelle berufliche Handeln. Es fördert die Auseinandersetzung mit der eigenen Verlustgeschichte und mit den Themen Tod und Trauer allgemein. Der persönliche Standpunkt wird weiterentwickelt und gefestigt. Es schützt vor dem beruflichen Ausbrennen, welches gerade in sozialen Berufen häufig zu finden ist.

Die Selbstpflege des Personals ist Voraussetzung für professionelles berufliches Handeln.

3.1.3 Die eigenen Grenzen erkennen

Das Erkennen der eigenen Grenzen ist wichtige Voraussetzung für das berufliche Handeln allgemein und im Besonderen für die Begleitung betroffener Eltern. Dies setzt die Reflexion eigenen beruflichen Handelns voraus und im Bedarfsfall die Delegation bestimmter Aufgaben.

Hilfreich ist es z. B., wenn eine Hebamme, die eine Geburt mit tödlichem Ausgang begleitet hat, von Kolleginnen unterstützt wird und mit anderen Aufgaben betraut wird. Dies kann so lange geschehen, bis die Kollegin selbst wieder die Bereitschaft und den Wunsch nach Betreuung einer Geburt äußert. Die meisten Hebammen berichten davon, dass sie ein oder zwei Dienste benötigen, bis sie wieder eine gebärende Frau betreuen. Wertvoll ist die Stärkung durch Kolleginnen oder anderes medizinisches

Wenn man die eigenen Grenzen erkennt und dazu steht, kann man verantwortungsbewusst handeln.

Personal im Hintergrund, die bei Fragen und Unsicherheiten aufgesucht werden können. Das Gespräch im Team oder mit einer Einzelperson wirkt sich ebenfalls positiv auf die Verarbeitung aus. Der Austausch mit den Begleitpersonen, die mit einer vergleichbaren Situation konfrontiert

waren, bietet sich deswegen an, weil sie die mit dem Ereignis zusammenhängenden Folgen bereits erfahren haben. All dies ist aber erst dann möglich, wenn man sich der eigenen Grenzen bewusst ist und im zweiten Schritt dazu steht. Nur dann kann man verantwortungsbewusst handeln – sich selbst und dem anderen gegenüber.

3.1.4 Die Bedeutung von Schuldgefühlen

Häufig tritt in diesem Zusammenhang die Frage nach der Ursache des tödlichen Verlaufs auf. Für das begleitende Personal geht es dabei um eine Fehlentscheidung, ein zu langes Warten oder eine falsche Einschätzung: „Habe ich einen Fehler gemacht?“ „War ich zu langsam?“ oder „Hätte man das Kind retten können?“ (Dingerkus und Rademaker, 2005). Die Motivation, die Ursache zu klären, entsteht in der Praxis leider häufig aus Angst heraus: Es geht ggf. um den ‚Ruf des Hauses‘ und damit um Schuldzuweisungen. Dabei sollte es zunächst um eine sachliche Klärung gehen.

Ein solches Vorgehen bringt zusätzliche Stressfaktoren, wie Angst, Druck und Misstrauen mit sich. Selbst fachlich versierte und erfahrene Hebammen könnten sich dadurch in Frage stellen. Zudem besteht die Gefahr, dass sich Teamarbeit und Teamatmosphäre verschlechtert. Auch die Umfrage zur Situation von Hebammen unterstreicht, dass Schuldgefühle zu einer eher schlechten Verarbeitung des Erlebnisses führen. In den meisten Fällen liegt kein wirkliches auf einzelne Personen zuzuschreibendes Verschulden vor. Das Aufkommen der Schuldgefühle ist – im positiven Sinn – Ausdruck eines kritischen Umgangs mit der eigenen Tätigkeit. Um konstruktiv und zielführend damit umzugehen, sollten die begleitenden Personen Instrumente wie Supervision und Fallbesprechungen nutzen bzw. gegebenenfalls einfordern.

3.2 Voraussetzungen innerhalb der Institution

Jede Geburt, so auch die Geburt eines toten oder sterbenden Kindes, geschieht eingebettet in bestimmte Strukturen. Bringt die Frau ihr Kind zu Hause oder in einem Geburtshaus zur Welt, so ist in den meisten Fällen eine Hebamme anwesend, die die Geburt begleitet. Nur bei Bedarf wird ein Arzt hinzugezogen. Einige Hebammen in der Hausgeburtsilfe bzw. im Geburtshaus begleiten grundsätzlich oder in besonderen Fällen Geburten gemeinsam mit einer anderen Kollegin. Im Krankenhaus wird das Paar unter Umständen von einer Vielzahl von Mitarbeitern begleitet: Hebamme, Arzt, Pflegepersonal, bei Schichtwechsel weitere Personen.

Neben den personellen sind auch die räumlichen Verhältnisse sehr unterschiedlich. Bei einer Hausgeburt befindet sich das Paar in der ihr vertrauten Umgebung. Geburtshäuser bieten eine sehr wohnliche Atmosphäre, die es erleichtern soll, in geschützter Umgebung zu gebären. Kliniken stellen in der Regel große Versorgungseinrichtungen mit unterschiedlichen Abteilungen dar. Bei der räumlichen Gestaltung der Kreißsäle hat man sich in den letzten Jahren sehr um eine freundliche, helle und wohnliche Ausstattung bemüht.

Je nach Ort der Geburt sind unterschiedliche strukturelle Möglichkeiten vorhanden. Das Arbeiten im Team z. B. setzt in der Klinik komplexere Vorgehensweisen voraus als bei einer Geburt im Geburtshaus oder bei einer Hausgeburt.

Welche Rahmenbedingungen sind wichtig?

Der geschützte Raum:

Für die Geburt sollte jeder Frau/jedem Paar ein geschützter Rahmen zur Verfügung gestellt werden. Das setzt das Vorhandensein eines Raumes voraus, welcher ausschließlich dem Paar zur Verfügung steht. Dieser räumliche Schutz soll möglichst selten gestört werden. In der Klinik

bedeutet dies z. B.: notwendige Utensilien aus dem Raum entfernen, welche hier gelagert sind und evtl. im anderen Kreißsaal benötigt werden oder ein Schild an die Tür befestigen mit der Bitte, den Raum nicht zu betreten. Einen Schutzraum bieten heißt ebenso, das Paar ernst zu nehmen und ihm respektvoll zu begegnen.

Das Handeln im Sinne der individuellen Werte und Wünsche fördert die hilfreiche Verarbeitung.

Das betroffene Paar sollte eine oder mehrere feste Bezugspersonen haben:

Das bedeutet, dass nach Möglichkeit ein häufiger Wechsel des Personals vermieden wird. Die Zahl der begleitenden Personen sollte gering gehalten werden.

Der Abschied nach der Geburt des Kindes sollte in einem zeitlich und räumlich für das Paar annehmbaren Rahmen gestaltet werden:

Das heißt, dass dem Paar die notwendige Zeit für den Abschied eingeräumt wird, evtl. mehrere Tage. Familie und Angehörige sollten für den Abschied von Seiten des Personals willkommen sein. Es sollte wie für die Geburt ein schützender Raum bereitgestellt werden.

Das Arbeiten im Team hat eine besondere Bedeutung:

„Auf einer Station in einem Krankenhaus arbeiten nicht Arzt neben Krankenschwester neben Hebamme etc., sondern arbeitet ein Team“ (Dingerkus und Rademaker, 2005). Dies setzt einen respektvollen Umgang miteinander voraus, ebenso die Anerkennung anderer Disziplinen und die Bereitschaft, im Team zu arbeiten. Regelmäßige Supervisionssitzungen bieten eine hilfreiche Unterstützung für das Arbeiten im Team. Supervision erhöht die Sicherheit und Fachlichkeit der Mitarbeitenden und damit die Qualität der Arbeit als Ganzes. Davon unabhängig kann eine eigene Kultur im Team gefördert werden, die das Thema „Verlust eines Kindes im perinatalen Zeitraum“ in den Mittelpunkt rückt. Dabei können z. B. Teamsitzungen, die entsprechend zum Thema gestaltet werden, gleichermaßen zur Auseinandersetzung und zur Weiterbildung beitragen.

Leitlinien und Standards:

Hilfreich ist die Entwicklung eigener Leitlinien für die Begleitung betroffener Eltern in dieser ‚Ausnahmesituation‘. In ihnen sind z. B. die Haltung, das Menschenbild und wesentliche Punkte für das Vorgehen in der Begleitung betroffener Eltern festgeschrieben. Leitlinien sind möglicherweise kein Universalrezept für den individuellen Umgang mit Totgeburten. Sie bieten jedoch ein Gerüst, an dem sich die Mitarbeitenden orientieren können, und geben dem Ereignis zudem den notwendigen Stellenwert.

Eine Arbeitsgruppe oder ein Team könnte/sollte sich diesem Thema ausdrücklich widmen. Das entsprechende Material zum Thema – ggf. aus Kliniken, die sich der Problematik bereits früh gewidmet haben – kann zusammengetragen werden. Um die Qualität der Begleitungsarbeit zu sichern, ist es sinnvoll, einen Ordner zum Thema Tod und Trauer anzulegen. Neben Informationsmaterial für betroffene Eltern kann hier das Vorgehen für die Begleitung einer Totgeburt oder eines sterbenden Kindes festgeschrieben werden. Ebenso können eine Auswahl an Erinnerungskarten im Ordner hinterlegt werden.

Es ist zu empfehlen, einer Mitarbeiterin die Verantwortung für die Aktualität der Materialien zu übergeben. Inhalte dieses Ordners können wie folgt aussehen:

– *Laufzettel Kreißsaal*

Aufgelistet sind alle für die Trauerbegleitung relevanten Aspekte. Jeder Mitarbeiter kann auf diese Weise erkennen, was bereits mit dem betroffenen Paar besprochen wurde. Dadurch werden wenig hilfreiche Doppelinformationen sowie die Dopplung von Fragen für das Paar vermieden.

– *Faltblätter als Infomaterial für die Eltern*

– *Elternmappe*

– *Namenskärtchen*

– *Bestattungshinweise*

- Auflistung und Infos über örtliche Bestatter
- Literaturhinweise
- u. ä.

Die Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V. bietet einen Kreißsaalordner an, der – gegebenenfalls modifiziert – übernommen werden kann (www.initiative-regenbogen.de).

Vernetzung fördern:

Sowohl die interne als auch die externe Vernetzung von Ressourcen sollten genutzt werden. ‚Intern‘ bedeutet, dass alle fachlichen Ressourcen in einer Institution hinzugezogen werden. Für das Krankenhaus heißt das z. B., dass Hebammen Hand in Hand arbeiten mit Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Psychologen etc. Jede Disziplin hat ihre Fachlichkeit, die es zu nutzen gilt. Der Rückzug auf Hierarchien ist wenig hilfreich. Die externe Vernetzung spielt in der Zeit danach – also für die Zeit, wenn die Eltern wieder zu Haus sind – eine wesentliche Rolle für die weitere Entwicklung des Verarbeitungsprozesses der betroffenen Eltern. Das Krankenhaus ist lediglich die erste Station für Familien mit einem verstorbenen Kind. Die weitere Wochenbettbetreuung durch die Hebamme, die die Geburt begleitet hat, oder durch eine externe Kollegin unterstützt betroffene Eltern darin, den Weg des Trauerprozesses fortzusetzen. Das begleitende Personal sollte zudem die Strukturen und Angebote vor Ort kennen und den Eltern weiterführende Institutionen, wie Trauernetzwerke oder Selbsthilfegruppen, empfehlen. Auch regelmäßige Fortbildungen mit allen Netzwerkpartnern fördern die Kooperation und das Verständnis untereinander.

Den Eltern Angebote machen für die Zeit nach der Klinik oder dem Geburtshaus:

Die Eltern sollten bei Fragen oder anderen Bedürfnissen jederzeit die Klinik bzw. das Geburtshaus aufsuchen können. Es sollte keine zeitliche Beschränkung geben. Fotos, die Eltern nicht mitnehmen möchten, können

in der Akte archiviert werden und auch noch lange Zeit nach der Geburt von den Eltern abgeholt werden. Diese Option sollte den Eltern mitgeteilt werden.

Hilfreiche Adressen von weiterführenden Anlaufstellen für trauernde Eltern sollten dem Paar mitgegeben werden; evtl. kann der Kontakt bereits während des Aufenthaltes in der Klinik oder dem Geburtshaus hergestellt werden. Die betreuende Hebamme sollte möglichst für die nächsten Tage den ersten Wochenbettbesuch zu Hause anbieten.

3.3 Erfahrungen eines Elternpaares Geburt der intrauterin verstorbenen Tochter in der 41. SSW

Ihr Kind ist in der 41. Woche verstorben. Wie war es im Krankenhaus für Sie, als festgestellt wurde, dass Ihr Kind nicht mehr lebt?

Schwierig war, dass bei der Untersuchung nicht explizit benannt wurde, dass unsere Tochter tot ist, sondern immer nur, dass ihr Herz nicht mehr schlägt. Dadurch dauerte es einige Minuten, bis ich es verstanden habe. Ein Aussprechen der Tatsache hätte mir vielleicht geholfen.

Durch den Wechsel der Hebammen nach einer Schicht, hatten wir mit unterschiedlichen Menschen zu tun, die natürlich auch unterschiedlich mit dem Thema Tod umgegangen sind. Dies war eher schwierig für uns.

Wie haben Sie die Geburt erlebt?

Die Geburt lief wie bei einem lebenden Kind ab (Nabelschnur vom Vater durchtrennt, Kind in den Arm gelegt bekommen). Dies war auf der einen Seite sehr hilfreich, um unsere Tochter kennenlernen zu können. Auf der anderen Seite fehlte während der Geburt aber auch das Eingehen darauf, dass unser Kind nicht lebte. Ein vorbereitendes Gespräch z. B. durch die Psychologin und Seelsorgerin wurde uns erst nach der Geburt angeboten. Dies wäre vielleicht aber auch vor der Geburt hilfreich gewesen.

Was war während der Betreuung besonders wichtig für Sie?

Besonders wichtig während der gesamten Betreuung in der Klinik, aber auch danach war es, so viel Entscheidungsmöglichkeiten und Beteiligung und so wenig Fremdbestimmung wie möglich zu erfahren. Im Krankenhaus wurde uns beispielsweise die Entscheidung nach der Art der Geburt und wie lange wir unsere Tochter nach der Geburt bei uns haben wollen, gelassen. Eine kontinuierliche Begleitung im Krankenhaus nach der Geburt hat uns geholfen und wir haben uns dadurch nicht alleine gelassen gefühlt. Es gab ein psychologisches Erstgespräch und die Ärztin und Hebamme haben regelmäßig nach uns geschaut und sich auch persönlich von uns verabschiedet. Auch das Nachgespräch mit der Ärztin und Hebamme und der Hinweis, dass auch die Möglichkeit eines späteren Nachgesprächs über die Geburt besteht, war hilfreich, um den Ablauf der Geburt nachvollziehen zu können.

In diesem Zeitraum haben Sie Bilder von Ihrem Kind machen lassen?

Die Möglichkeit, eine professionelle Fotografin (<http://www.dein-sternen-kind.eu>) kommen zu lassen, die Bilder von unserem Kind gemacht hat, ist für uns im Nachhinein sehr wichtig. Diese Bilder sind für uns heute sehr kostbar und es ist eine sehr lobenswerte Initiative. Personen, die mit dem Thema Geburt zu tun haben, sollten davon Kenntnis haben.

Wie empfanden Sie den Umgang mit Ihrem Kind?

Der Umgang der Hebamme mit unserem Kind war sehr hilfreich für uns. Sie hat unsere Tochter immer beim Namen angesprochen, sie berührt und über sie gesprochen wie über ein lebendes Kind. Dies hat uns geholfen, selbst die Scheu zu verlieren, unser Kind zu berühren und anzuerkennen, dass wir – trotz allem – Eltern geworden sind und bleiben werden.

Gab es etwas, was Sie vermisst haben?

Leider wurde uns nicht angeboten, gemeinsam mit der Hebamme unsere Tochter zu waschen, anzuziehen, zu wiegen, etc. Diese Erfahrung fehlt uns im Nachhinein. Hier wäre zumindest ein Angebot wünschenswert gewesen.

Das Einbeziehen des Vaters fehlte teilweise, oft wurde nur nach dem Befinden der Mutter gefragt. Wir haben im Krankenhaus leider nur wenige Adressen von professionellen Hilfsmöglichkeiten bekommen.

Wie haben Sie als Mutter und Sie gemeinsam als Paar die Nachbetreuung erlebt?

Den regulären Anspruch auf Begleitung einer Hebamme über 8-12 Wochen nach der Geburt haben wir als hilfreich erlebt. Nicht nur die körperliche Versorgung, sondern auch die emotionale Begleitung in der ersten Zeit hat uns sehr geholfen. Dadurch hatten wir das Gefühl mit unserem Erlebten nicht allein gelassen zu werden und uns nicht nur auf unsere Freunde und Familie verlassen zu müssen. Die Besuche der Hebamme waren jedes Mal sehr entlastend und gaben uns Sicherheit und Trost.

Hierbei wurden beide Elternteile immer gleichwertig in die Gespräche mit einbezogen, dies tat uns als Paar sehr gut. Wichtig bei den Gesprächen war es für uns, als Eltern anerkannt zu werden. Dies von einem Außenstehenden immer wieder gesagt zu bekommen, gibt uns das Gefühl, dass wir mit unseren nun vorhandenen Elterngefühlen Platz und Gehör finden.

Weiter war es für uns hilfreich, dass auf unsere individuellen Wünsche bei der Begleitung spontan eingegangen wurde. Manchmal reichte ein kurzes Gespräch, mal hatten wir mehr Redebedarf und manchmal halfen auch körperliche Übungen oder Massagen.

Trauernde fühlen sich manchmal mit befremdenden Kommentaren oder Ratschlägen konfrontiert. Was war für Sie wichtig und unterstützend im Kontakt mit Freunden oder Familienangehörigen?

Hilfreich war es, die ehrliche Anteilnahme des Gegenübers zu erkennen. Dafür ist man nach einem Verlust sehr sensibel. Ehrliche Worte der Anteilnahme wie z. B. „Ich hätte deine Tochter auch jetzt viel lieber kennen gelernt“, anstatt „Mein Beileid“, trösteten uns viel mehr und sind uns in Erinnerung geblieben.

Wichtig war es für uns auch, dass der Gesprächspartner bereit ist, eine zwischenmenschliche Beziehung zu uns aufzubauen. Dies kann man natürlich nicht immer erzwingen, aber es muss irgendwie „passen“. Hierbei war es für uns wichtig, ein ehrliches Interesse an uns zu erkennen, z. B. durch das Merken von Erzähltem oder durch das Benutzen des Namens unseres Kindes.

In Gesprächen war es für uns hilfreich, wenn die Gesprächspartner auf unser Gesagtes eingegangen sind und viele konkrete Fragen gestellt haben. Oft weiß man selber nicht, was man sagen oder erzählen soll. Genaueres Nachfragen hat geholfen, die Gedanken zu sortieren und den Schmerz auszusprechen. Auch der Hinweis, dass wir einen schweren Verlust erlitten haben, dass wir einen langen Trauerweg vor uns haben und es uns nicht in ein paar Wochen wieder gut gehen wird, war für uns hilfreich. Dadurch fühlen wir uns in unserer Trauer akzeptiert und können auch selbst den langen Trauerprozess akzeptieren.

Wie empfanden Sie den Kontakt zu anderen Betroffenen?

Die Tipps und Ratschläge, wie andere Betroffene mit solch einem Verlust umgegangen sind und was ihnen geholfen hat oder was uns vielleicht helfen könnte, waren sehr gut. Vieles haben wir so einfach ausprobiert und geguckt, was für uns davon passend ist, wie z. B. Briefe an unsere Tochter zu schreiben oder körperliche Bewegung.

Auch die Hinweise zur Beerdigung waren wichtig. Wir hätten von selbst nicht gewusst, wie bedeutsam doch eine gut überlegte und selbstbestimmte Trauerfeier im Nachhinein ist. Das Grab ist für uns ein Ort, an dem wir unsere Tochter gerne besuchen und den wir mit viel Liebe gestalten. Dies scheint für viele Paare so zu sein. Es war gut, von dieser Erfahrung profitieren zu können, sonst hätten wir diesen Ort vielleicht nicht so sorgfältig ausgesucht.



Grabstelle eines totgeborenen Mädchens in der 41. SSW
Wir bedanken uns bei dem Elternpaar Soetkamp/Geraedts für die
Ausführungen ihrer Erfahrungen und das Foto.

4. Konkrete Empfehlungen für die Begleitung vor, während und nach der Geburt

Die Faktoren Raum und Zeit beeinflussen in hohem Maße den Verlauf des Trauerprozesses der Eltern. Sie stehen in direktem Zusammenhang mit der Qualität der Betreuung betroffener Eltern.

Raum geben heißt, Eltern einen Schutzraum für die Zeit der Geburt und des Abschieds zur Verfügung zu stellen.

Zeit geben heißt, genügend zeitliche Ressourcen von Seiten des Personals für die Betreuung des Paares (im Idealfall betreut die Hebamme unter der Geburt nur dieses Paar) und dem Paar einen großen zeitlichen Spielraum für Entscheidungen rund um die Geburt und den Abschied anzubieten. Auch die Befragung zur Situation von Hebammen bei Totgeburten und Lebendgeburten mit tödlichem Ausgang belegen die Wichtigkeit dieser beiden Komponenten. Die Aussagen der Hebammen zur Fragestellung „Wenn Sie heute noch einmal eine Totgeburt begleiten würden, was würden Sie – für die Eltern – anders machen?“ drehen sich um ‚Zeit und Raum‘:

„Viel Zeit für die Eltern, auch später“,

„Der Frau einen festen Ort geben, dem Partner Möglichkeit zum Übernachten geben“,

„Gespräche mit beiden über das Kind anregen“,

„Eltern Zeit und Raum geben für das Abschiednehmen“.

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf mögliche Arbeitsabläufe und Rituale während der Begleitung betroffener Eltern.

4.1 Vor der Geburt

Bei einer Totgeburt erfährt die Frau bzw. das Paar meist sehr plötzlich und ohne Vorwarnung vom Tod des Kindes im Mutterleib. Dies kann bei der Hebamme, beim Gynäkologen oder in der Klinik sein.

Sorgen Sie dafür, dass die betroffene Frau nicht allein gelassen wird

Der Partner (sofern er nicht schon gemeinsam mit der Frau gekommen ist) oder eine andere vertraute Person sollte informiert werden und in die Klinik bzw. Praxis kommen.

Tragen Sie ebenfalls Sorge dafür, dass der Frau bzw. dem Paar ein Raum zur Verfügung gestellt wird

Wird der Tod des Kindes in der Klinik festgestellt, befindet sich die Frau bei der Feststellung, dass ihr Kind nicht mehr lebt, meist im verdunkelten Ultraschallraum. Dieser Raum sollte möglichst bald verlassen und der Frau/dem Paar eine geeignete Umgebung angeboten werden.

Ausreichend Zeit und Raum sind die wichtigsten Faktoren für eine unterstützende Begleitung.

Lassen Sie alle Gefühlsäußerungen der Frau bzw. des Paares zu

Alles ist erlaubt. Das Äußern von Gedanken und Emotionen ist Bestandteil der Verarbeitung des Erlebten – seien es Wutausbrüche oder auch das Schweigen oder die Sprachlosigkeit.

Helfen Sie der betroffenen Frau bei der Bewältigung der Formalitäten

Anmeldeformalitäten können z. T. vom Personal erledigt werden. Wenn der Partner oder eine vertraute Person da ist, sollte das Paar bzw. die Frau mit der Vertrauensperson für eine gewisse Zeit allein gelassen werden.

Machen Sie der Mutter und dem Vater deutlich, dass Sie jederzeit für sie da sind

Es ist wichtig, klar zu äußern und ggf. schriftlich zu hinterlegen, wer

Ansprechpartner und begleitende Person ist, da dies in den aufgewählten Momenten nicht immer klar aufgenommen werden kann.

Lassen Sie dem Paar viel Zeit

Für alle Bedürfnisse seitens des Paares sollte genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden.

Sprechen Sie mit dem Paar über die anstehende Geburt

Auch hier sollte dem Paar ausreichend Zeit gelassen werden. Evtl. möchte die Frau noch einmal nach Hause. Falls es keine medizinische Indikation gibt, die dagegen spricht, sollte dies ermöglicht werden.

4.2 Während der Geburt

Geben Sie dem Paar Raum und Zeit

Entscheidungen unter der Geburt sollten in Ruhe getroffen werden.

Bieten Sie unterstützende Maßnahmen für die Geburt an

Hier können alle Maßnahmen angewandt werden, die auch bei der Geburt eines lebenden Kindes üblich sind.

Bereiten Sie die Eltern auf den Ablauf kurz nach der Geburt vor, soweit das möglich ist

Die begleitende Person sollte den Eltern erzählen, dass es nach der Geburt möglich ist, Zeit mit dem Baby zu verbringen, es mit eigener Kleidung anzuziehen, Fotos zu machen etc. Die Eltern sollten nach eigenen Wünschen und Vorstellungen gefragt werden. Die Frau kann ermuntert werden, ihr Baby in den Arm zu nehmen. Der Vater kann die Nabelschnur durchschneiden. Werden diese Dinge im Vorfeld angesprochen, können sich die Eltern auf die schwierige Situation vorbereiten.

Auch sollte respektiert werden, wenn die Eltern ihr Kind nicht sofort nach der Geburt sehen möchten. Zeit zu geben und erneut Angebote zu

machen, können dem Paar helfen, sich ihrem toten Kind und damit der eigenen Auseinandersetzung zu einem späteren Zeitpunkt zu nähern.

4.3 Nach der Geburt

Geben Sie auch hier dem Paar Raum und Zeit

Wie auch vor und während der Geburt sind die beiden Faktoren Raum und Zeit sehr wichtig für die Verarbeitung des Verlustes.

Ermöglichen Sie einen guten ersten Kontakt zum Kind

Wie die Mutter bzw. die Eltern den ersten Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen, sollte ganz behutsam erforscht werden. Die begleitende Person sollte den Eltern Zeit lassen, so dass sie ihr Kind betrachten können, es evtl. berühren oder abtrocknen. Die Mutter sollte möglichst selbst ihr gerade geborenes Kind in den Arm nehmen, sobald sie sich dazu in der Lage fühlt. Dadurch wird der Tod für sie begreifbar. Der Vater kann helfen oder es für die Frau tun, wenn es ihr zunächst schwerfällt.

Das tote Kind nackt auf der Brust zu spüren – mit Handtüchern umhüllt – macht auf körperlicher Ebene erfahrbar, dass das Kind verstorben ist. Der kleine Körper kühlt aus nach der Geburt. Der Tonus des toten Babys ist nicht vorhanden. Der Tod ist spürbar und für das betroffene Paar zum Anfassen nahe. Der Körper der Frau, der so sehr auf Schwangerschaft ausgerichtet war, erfährt durch dieses Erleben, dass die Schwangerschaft beendet ist. Gerade dieses tiefe Begreifen ist für die weitere Verarbeitung von großer Bedeutung.

Wenn die Mutter auf keinen Fall einen Kontakt möchte, so bieten Sie ihr an, ihr das Kind zu beschreiben. Möglicherweise bekommt sie dann doch noch den Wunsch, das Kind selbst zu sehen oder in den Arm zu nehmen. Denn die Verarbeitung des Verlustes hängt auch ab von dem Kennenlernen des Kindes.

Lassen Sie dem Paar Zeit, in der es mit dem Baby allein ist

Es handelt sich hier um eine sehr private, sehr intime Situation. Doch sollten die Eltern die Sicherheit haben, dass die professionelle Bezugsperson im Hintergrund für sie zur Verfügung steht.

Versorgen Sie das Baby wie ein lebendes Kind

Wenn möglich, kann das Kind gewaschen oder gebadet werden und es sollte angezogen werden. Bei sehr kleinen Kindern können schöne Tücher zum Einwickeln benutzt werden. Die Eltern können angeregt werden, eigene Kleidung oder Stoffe zu nehmen. Diese können später im Falle einer Beerdigung dem Grab beigefügt werden.

Sprechen Sie mit den Eltern über den Namen des Kindes

Sie können/sollten die Eltern ermuntern, ihrem Baby einen Namen zu geben und es mit diesem Namen anzusprechen. Dies gelingt umso besser, wenn auch das begleitende Personal das Kind mit Namen anspricht oder den Namen verwendet, wenn es über das Kind spricht. Das Kind sollte wie andere lebende Kinder ein Namensbändchen erhalten. Ebenso sollte ihm ein Bettchen zur Verfügung gestellt werden. Dies kann bei Berührungsängsten der Eltern hilfreich sein und den Kontakt zum Kind fördern. Es können kleine Wiegen für sehr kleine Kinder angefertigt werden.



Bemühen Sie sich darum, dass den Eltern nicht zu viele Formalitäten aufgebürdet werden

Sogenannte Laufzettel können verhindern, dass bestimmte wichtige Informationen den Eltern mehrfach mitgeteilt werden oder nicht beabsichtigt vorenthalten werden.

Verhelfen Sie der Familie langfristig zu einer Erinnerung an das Kind

Erinnerungsstücke verdeutlichen die Existenz des Kindes, zeigen die Realität des Verlustes und machen den Tod des Babys für das familiäre Umfeld greifbar. Üblich ist die Bekundung der Geburt des Kindes auf einer Karte. Diese kann unterschiedlich gestaltet werden; es können z. B. die Maße des Kindes eingetragen sowie ein Foto beigefügt werden. Zusätzlich können den Eltern Fotos, das Namensbändchen, ein Fußabdruck und evtl. eine Locke des Kindes mitgegeben werden. Solche Gegenstände werden dann besonders wichtig, wenn Eltern um den Zeitpunkt der Geburt das Kind nicht sehen wollten.

Geben Sie Zeit und Raum für den Abschied, ermutigen und unterstützen Sie auch die Familie, sich diese Zeit zu nehmen

In den Folgetagen ist es für die Eltern hilfreich, weiterhin eine Bezugsperson zu haben. Häufig stellen sich ihnen zu einem späteren Zeitpunkt noch Fragen. Diese können die Geburt betreffen oder sich auf andere Fragen beziehen. Eine der häufiger gestellten Fragen lautet: „Warum gerade unser Kind?“ Es gibt auf die Frage nach dem „Warum“ keine Antwort. Aber man kann präsent sein, die Fragen aushalten und den Eltern – auch ohne Antwort – zur Seite stehen.

Die Eltern benötigen Raum und Zeit für den Abschied in der Klinik oder im Geburtshaus. Sie sollten jederzeit die Möglichkeit haben, ihr Kind zu sehen. Das Kind kann unter Umständen mit Cool Packs kühl gehalten werden oder je nach Dauer des Todes im Kreißsaal oder Geburtshaus kühl aufgebahrt werden. Die Eltern müssen darüber nicht informiert sein.

Bieten Sie an, dass auf Wunsch Angehörige und Freunde des Paares sich vom Kind verabschieden können. Dies macht den Tod des Kindes und damit den Schmerz und die Trauer des betroffenen Paares für das Umfeld begreifbarer. Geschwisterkinder sollten in besonderer Weise einbezogen werden und gemeinsam mit den Eltern Raum und Zeit finden. Wichtig ist, die Trauer und das Weinen von Mutter und Vater zu erklären, denn Geschwisterkinder neigen dazu, sich für die Trauer der Eltern (mit-)verantwortlich zu fühlen. Darüber hinaus erlernen Geschwisterkinder den Umgang mit Verlust und Trauer von ihren Eltern. Es ist also gut, offen damit umzugehen und die Kinder einzubeziehen. Eine gut gemeinte Absicht, das Geschwisterkind zu schonen, nimmt dem Kind die Möglichkeit, seine Trauer auszudrücken. „Es zeigt sich als unterstützend, Geschwisterkindern möglichst zeitnah situationsgerechte Informationen über die Veränderungen innerhalb der Familie zu geben und sie in das Geschehen einzubeziehen.“ (Maurer, 2017, S. 129)

Sprechen Sie mit dem Paar den bevorstehenden Trauerprozess an

Es ist sinnvoll, betroffene Eltern über mögliche Trauerreaktionen, den Prozess und den Sinn der Trauer aufzuklären, so wie es auf den ersten Seiten dieser Broschüre beschrieben ist. Dadurch werden sie ihre sehr stark ausgeprägten und möglicherweise auch widersprüchlichen Emotionen nicht für unnormale oder „verrückt“ halten, sondern sie sich erlauben und ggf. besser damit leben können.

Außerdem kann den Eltern deutlich gemacht werden, dass sie nicht allein sind mit ihrer Trauer. Indem das Personal seine Anteilnahme bekundet und deutlich macht, dass es die Eltern nach ihren Möglichkeiten unterstützt, haben sie einen Rückhalt in dieser schweren Zeit. Dies kann bei der Notwendigkeit einer Obduktion noch einmal eine besondere Rolle spielen.

Unterstützen Sie das Paar bei den Überlegungen zu einer Bestattung

Wie im nachfolgenden Kapitel beschrieben, ist eine Bestattung des verstorbenen Kindes möglich. Mitarbeiter sollten Eltern diese Möglichkeit aufzeigen und ihnen das Gespräch über die Gestaltung ermöglichen.

Vermeiden Sie ‚gute Ratschläge‘ oder Floskeln

Wenn die Eltern das Bedürfnis haben, mit Ihnen über das Kind oder die gesamte Situation zu sprechen, so versuchen Sie, dafür offen zu sein. Geben Sie aber nie gute Ratschläge oder behaupten gar, dass Sie wüssten, wie die Eltern empfinden. Denn das können Sie nicht, es sei denn, Sie haben so etwas schon selbst erlebt. Auch Floskeln sind hier fehl am Platz. Sagen Sie also niemals Sätze wie: „Sie sind noch jung und können doch noch Kinder bekommen. Mit der Fehlbildung hätte ihr Kind eh nicht leben können.“ Oder „Es war doch noch ganz früh in der Schwangerschaft. Sie haben doch bereits ein gesundes Kind.“ Oft genügt es, wenn Sie einfach nur da sind und zuhören.

Bleiben Sie authentisch

Wenn Sie sich hilflos, ohnmächtig oder sehr betroffen fühlen, lassen Sie diese Hilflosigkeit und Betroffenheit zu. Vielleicht sind Sie auch gerade an diesem Tag wegen anderer Dinge in einer schlechten Verfassung. Bleiben Sie authentisch und verbiegen Sie sich nicht – Ihr Gegenüber spürt das. So sind Sie für die Eltern viel hilfreicher als hinter einer vermeintlich professionellen Fassade. Bitten Sie zur Not und wenn möglich eine Kollegin hinzu.

Nehmen Sie das Paar, aber auch sich selbst ernst

Hören Sie zu, was das Paar erzählen möchte. Bewerten Sie nicht mit Ihren Maßstäben. Achten Sie auch auf Ihr eigenes ‚Bauchgefühl‘ und holen Sie sich Unterstützung, wenn Sie Ihre eigenen Grenzen erreichen. Beziehen Sie das Paar, wenn möglich, in die Entscheidungen mit ein.



Stele am Waldfriedhof Lauheide, Münster

5. Begriffsklärung

Das Personenstandsgesetz (PStG) und die dazugehörige Ausführungsverordnung (PStV) sehen in Deutschland die Regelung des rechtlichen Umgangs mit Geburten und Todesfällen vor. Verstirbt eine Person, so ist eine Bestattung zwingend erforderlich. Auch Totgeburten müssen bestattet werden. § 29 PStV definiert die Totgeburt und Fehlgeburt wie folgt:

Totgeburt

Ein Kind gilt in der Bundesrepublik Deutschland als totgeboren, wenn es nach der Trennung vom Mutterleib keines der für eine Lebendgeburt maßgeblichen Lebenszeichen (Herzschlag, natürliche Lungenatmung, Pulsation der Nabelschnur) und ein Gewicht von mindestens 500g aufweist. Für Totgeborene besteht die standesamtliche Meldepflicht (Eintragung in die Personenstandsbücher). Die betroffene Frau hat Anspruch auf Hebammenbetreuung im Wochenbett (umfasst nach einer Tot- oder Lebendgeburt zwölf Wochen, kann nach neuem Recht um den Zeitraum verlängert werden, um den die Schutzfrist vor der Geburt nicht in Anspruch genommen werden konnte).

Fehlgeburt (Abort)

Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch Geburt eines Fetus mit einem Gewicht von unter 500g bei Fehlen aller für eine Lebendgeburt maßgeblichen Lebenszeichen. Im Gegensatz zur Totgeburt besteht keine standesamtliche Meldepflicht. Auf Wunsch kann der Name des Kindes jedoch standesamtlich beurkundet und im Familienbuch eingetragen werden. Im Falle einer Fehlgeburt steht der Frau ebenfalls nachsorgende Betreuung durch die Hebamme zu. Kinder unter 500g Geburtsgewicht sind nicht bestattungspflichtig. Es besteht jedoch ein Bestattungsrecht. Eine statistische Erfassung findet nicht statt.

Grundsätzlich ist der Bereich ‚Bestattungsrecht‘ Ländersache. Das bedeutet, jedes Bundesland hat sein eigenes Bestattungsgesetz. In der folgenden Auflistung kann es von Land zu Land Abweichungen geben:

Fehlgeburt

Keine Pflicht zur standesamtlichen Registrierung

Klinische oder individuelle oder anonyme Bestattung möglich

Totgeburt und Lebendgeburt

Standesamtliche Registrierung

Klinische Bestattung nicht möglich

Individuelle oder anonyme Bestattung möglich

Klinische Bestattung:

Anonyme Bestattung mehrerer totgeborener Kinder unter 500g, Feuerbestattung, Urnenfeld

Individuelle Bestattung:

Einzelbestattung, Erd- oder Feuerbestattung, selbst bestimmte Grabstelle

Anonyme Bestattung:

Einzelbestattung, Erd- oder Feuerbestattung, Urnenfeld

Die betroffenen Eltern sollten über die üblichen und alternativen Möglichkeiten der Bestattung sowie über die gesetzlichen Vorschriften für die Eintragung ins Familienbuch aufgeklärt werden. Die Gestaltung der Bestattung des Kindes ist bereits Teil der Verarbeitung des Verlustes.

6. Begleitung betroffener Eltern als curricularer Bestandteil der Ausbildung für Hebammen – ein Kommentar

Das Augenmerk der beruflichen Qualifizierung im medizinischen und pflegerischen Bereich gilt der Aufrechterhaltung des Lebens. Diese Fokussierung schlägt sich auch in den Ausbildungsinhalten der Berufe wieder. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrO) der Hebammen z. B. sieht für die Ausbildung 1600 theoretische und praktische Unterrichtsstunden sowie 3000 Stunden praktische Ausbildung vor. In der HebAPrO Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) sind die Ausbildungsinhalte festgeschrieben. Die Themen Tod und Trauer werden marginal behandelt.

Demnach erhalten die Schülerinnen im zweiten und dritten Jahr der praktischen Ausbildung eine Unterrichtung im Verhalten bei kindlichem Todesfall. In der theoretischen Ausbildung sind Mütter-, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit sowie Verhalten bei Todesfällen die Inhalte, die in direkter Weise die Themen Tod und Trauer ansprechen. Eine Stundenzahl sowie eine weitere inhaltliche Differenzierung ist nicht vorgegeben. Andere Ausbildungsinhalte (z. B. Umgang mit Eltern, Grundlagen der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen u. ä.) können sich zwar auf das Sterben von Kindern im perinatalen Zeitraum beziehen, sind jedoch nicht ausdrücklich auf diesen Zusammenhang bezogen.

Die Ergebnisse der von ALPHA-Westfalen in Auftrag gegebenen Befragung zur Situation von Hebammen bei Totgeburten und Lebendgeburten mit tödlichem Ausgang decken sich mit der Vermutung, dass das Unterrichten im Verhalten bei kindlichen Todesfällen während der Ausbildung nicht ausreichend berührt wird. „Für einen adäquaten Umgang mit dem

Tod kann es von Bedeutung sein, ob man mit diesem Thema bereits Berührung hatte, sei es in der Ausbildung oder auch im persönlichen Erfahrungsschatz ... Nur bei 60,7 % der Hebammen war Sterben und Tod Bestandteil der Ausbildung und nur 50 % haben bereits Sterbende begleitet" (Dingerkus und Rademaker, 2005). Auch wenn die Befragung keinen wissenschaftlichen Anspruch erhebt (es wurden 28 Fragebögen ausgewertet), so steht sie doch im Einklang mit anderen Studien, die der Vorbereitung von Hebammen und anderen Berufsgruppen einen hohen Stellenwert zuschreibt (Ellis, 2017).

Beispielhaft seien hier die Ergebnisse eines Pilotprojektes von Jessica Wolf und Doris Rosenkranz (2004) genannt. In ihrer Untersuchung heißt es: „Selbstverständlich erfolgt in der (Hoch-)Schulbildung von Hebammen und Ärzten eine Unterweisung in medizinischen Fragen zum Thema ‚Totgeburt‘, z. B. wie ein totes Kind entbunden werden sollte oder welche Medikamente eingesetzt werden können.“ Ein zentrales Ergebnis der Interviews war jedoch, dass die psychologische Seite solch belastender Lebensereignisse offenbar nur selten thematisiert wird.

Kenntnisse zum behutsamen, respektvollen Umgang mit Eltern, deren Kinder vor oder während der Geburt versterben, werden in der Ausbildung des medizinischen Betreuungspersonals offenbar noch nicht ausreichend vermittelt (Wolf und Rosenkranz, 2004). Der Fortbildungsbereich im Allgemeinen hingegen hat in den letzten Jahren seine Themen um psychosoziale Begleitung, Trauerbegleitung etc. erweitert. Sowohl regional wie überregional werden mittlerweile Themen der Trauerbegleitung angeboten. Nicht wenige Hebammen absolvieren eine Zusatzqualifikation in der Trauerbegleitung. Dies ist sicherlich eine gute Möglichkeit, das Wissen der Ausbildung zu ergänzen, erweitern oder zu aktualisieren.

7. *(Internet-)Adressen*

www.allesistanders.de

Chat für trauernde Jugendliche, Foren für Eltern und Jugendliche,
Hilfe für trauernde Kinder u.v.m.

www.asbh.de

Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V.

www.bdh.de

Berufsorganisation der Hebammen – Bund Deutscher Hebammen
Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe
Tel.: 07 21 – 98 18 90
Fax: 07 21 – 9 81 89 20

www.big-ev.de

Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V.

www.foetensarg.de

Särge für Fehl-, Früh- und Totgeburten

www.fruehchen.de

Elternkreis Frühgeborene und kranke Neugeborene Mannheim e.V.

www.gestose-frauen.de

AG Gestose Frauen: Schwangerschaftsgestose

www.gesundheit-psychologie.de/selbsthilfe

Gesundheit und Psychologie
Selbsthilfegruppen sind nach Themenbereichen sortiert

www.glueckloseschwangerschaft.at

Regenbogeninitiative Österreich

www.hebammengesetz.de

Hebammengesetz (1985/2006)

www.hebammen-nrw.de

Landesverband der Hebammen NRW

www.initiative-regenbogen.de oder www.gluecklose-schwangerschaft.de

Die Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e. V. bietet unter anderem einen Kreißaalordner an, der für den Einstieg in diese Arbeit geeignet ist; Bestelladresse: Brochürenbestellung Initiative REGENBOGEN, Karoline-Zwiener-Str. 6, 33332 Gütersloh.

Bei den Materialien handelt es sich um Informationen, Texte und Bilder, die der Trauer der Eltern einen Rahmen bieten.

www.kindernetzwerk.de

Kindernetzwerk e. V., Informationen zum Thema Fehlbildungen und Erkrankungen

www.koskon.de

Koordination für Selbsthilfe in NRW Friedhofstr. 39, 41236 Mönchengladbach

Tel.: 0 21 66 - 24 85 67 / Fax: 0 21 66 - 24 99 44

www.leona-ev.de

Verein für Eltern chromosomal geschädigter Kinder e. V.

www.midwife.de

Hebammenverband Hamburg, Hebammensuchmaschine

www.nakos.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Wilmsdorferstr. 39, 10627 Berlin

Tel.: 0 30 - 31 01 89 60 / Fax: 0 30 - 31 01 89 70

www.selbsthilfe-forum.de

Das komplette Selbsthilfeforum

www.sids.de

Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod e. V.

www.trauernetz.de

Angebot der evangelischen Kirche: Informationen, Texte, Adressen,
Kontakte zum Thema Trauer

www.veid.de

Bundesverband verwaister Eltern in Deutschland. Der Bundesverband
„Verwaiste Eltern in Deutschland e. V.“ bietet Hilfe für trauernde Müt-
ter, Väter, Geschwister, Großeltern und Menschen, die sie begleiten
möchten.

Dieskaustr. 43, 04229 Leipzig

Tel.: 03 41 - 9 46 88 84 / Fax: 03 41 - 9 02 34 90

www.verein-regenbogen.ch

Regenbogeninitiative Schweiz

8. Literatur

- Beutel, Manfred E.** (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Bowlby, John** (2006). *Verlust, Trauer und Depression*. Reinhardt Verlag, München
- Dingerkus, Gerlinde und Rademaker, Astrid** (2005). *Die Situation von Hebammen bei Totgeburten und Lebendgeburten mit tödlichem Ausgang*. Ansprechstelle im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA), Münster
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., ... Siassakos, D.** (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (1), 16. 10.1186/s12884-016-0806-2
- Fässler-Weibel, Peter** (Hrsg.) (2008). *Wenn Kinder sterben*. 2. unveränderte Auflage, Paulusverlag, Freiburg
- Fritsch, Julie und Ilse Sherokee** (1995). *Unendlich ist der Schmerz ... Eltern trauern um ihr Kind*. Kösel-Verlag, München
- Funk, Miriam** (2017). *Tabuthema Fehlgeburt. Ein Ratgeber*. Mabuse Verlag: Frankfurt
- Grimm, Maureen; Sommer, Anja** (2011). *Still geboren*. Panama-Verlag: Berlin
- Kast, Verena** (2016). *Sich einlassen und loslassen. Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung*. 25. Auflage, Verlag Herder, Freiburg im Breisgau

- Kersting, Anette u. a.** (2001). Traumatische Trauer - ein eigenständiges Krankheitsbild? *Psychotherapeut* 5, S. 301-307, Springer Verlag
- Kersting, Anette** (2005). Trauern Frauen anders als Männer? Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten nach dem Verlust eines Kindes. *Psychotherapeut* 50, 129-132, Springer Verlag
- Kersting, Anette** (2007). *Trauer nach dem Verlust eines Kindes während oder kurz nach der Geburt*. In: Rohde A., Marneros A., Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart
- Klapp, Christine** (2017). Psychosozialmedizinische Betreuung – Hilfestellung für Eltern und Angehörige. In: Bettina Toth, *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten* (2017). Springer, Heidelberg Seite 327-333
- Kübler-Ross, Elisabeth** (2001). *Leben bis wir Abschied nehmen*. 5. Auflage, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- Lammer, Kerstin** (2013). *Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung*. 6. Auflage, Neukirchener-Verlag, Neukirchen-Vluyn
- Lothrop, Hannah** (2016). *Gute Hoffnung, jähes Ende*. 2. Auflage, Kösel-Verlag München
- Maurer, Franziska** (2017). Fehlgeburt. *Die Physiologie kennen. Professionell handeln*. 1. Auflage, Elwin Staude - Verlag, Hannover
- Nijs, Michaela** (2003). *Trauern hat seine Zeit. Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Reiser, Martina** (2017). Ethische Aspekte und Möglichkeiten der seelsorglichen Begleitung von Paaren mit tot geborenen Kindern. In: *Bettina Toth, Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten* (2017). Springer, Heidelberg, Seite 323-326

- Samuelsson M, Radestad I, Segesten K.** (2001). A Waste of Life: Fathers' Experience of Losing a Child before Birth. In: *Birth*, 28, 124–30.
- Schuchardt, Erika** (2013). *Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen*. 13. Auflage, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz** (Hrsg.) (2005). *Wenn der Tod am Anfang steht. Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind – Hinweise zur Begleitung*, Seelsorge und Beratung. Bonn
- Specht-Tomann, Monika und Tropper Doris** (2011). *Wir nehmen jetzt Abschied. Kinder und Jugendliche begegnen Sterben und Tod*. 3. Auflage, Patmos Verlag, Düsseldorf
- Toth, Bettina** (Hrsg.) (2017). *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten*. Springer, Heidelberg
- Wiese, Anja** (2009). *Um Kinder trauern. Eltern und Geschwister begegnen dem Tod*. Gütersloher Verlagshaus, 4. überarbeitete Auflage, Gütersloh
- Wolf, Jessica** (2003). Trauer nach einer Totgeburt. Eine empirische Analyse zur Betreuung betroffener Frauen und Paare. Eine Handreichung für professionelle HelferInnen. Diplom-Arbeit, veröffentlicht unter <http://home.arcor.de/jessiw/>
- Wolf, Jessica und Rosenkranz, Doris** (2004). *Der Umgang mit Fehl- und Totgeburten in Deutschland. Das Online Familienhandbuch*. <http://www.familienhandbuch.de>
- Worden, J. William** (2017). *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Ein Handbuch. 5. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
- Znoj, Hansjörg** (2016). *Komplizierte Trauer*. Hogrefe: Göttingen.

Herausgeber:

Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
E-Mail: alpha@muenster.de
Internet: www.alpha-nrw.de

2018

Druck: Buschmann

Layout: art- applied, Jannis Wegmann
Hafenweg 26a, 48155 Münster

Auflage: 2000

© beim Herausgeber

Autorinnen

Dr. Gerlinde Dingerkus

Diplom-Psychologin

Systemische Familientherapeutin,
Supervision und Psychoonkologie

Christel Kofaet

Hebamme

Diplom-Pflegepädagogin

Freiberuflich tätig als Hebamme

Freiberuflich tätig in der Hospizarbeit



Im Auftrag vom
Ministerium für
Arbeit, Gesundheit
und Soziales des
Landes Nordrhein-Westfalen

