



„Die Stille Geburt“

**Über den Umgang mit fehl- und totgeborenen Kindern
und die Betreuung ihrer Mütter**

von Kathleen Willamowski

März 2003

Hausarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur
Integrativen Trauerbegleiterin

am ZTL Zentrum für Trauerbegleitung und Lebenshilfe e.V.
(vom 18.10.2002 - 05.10.2003, insgesamt 165 Stunden)

Inhaltsverzeichnis

1. Der persönliche Umgang mit Fehl- und Totgeburten während meiner Ausbildung
2. Änderung meiner Einstellung zum Berufsbild und zum Thema Tod
3. Betreuung der Frau während Fehl- oder Totgeburt
4. Die Betreuung der Mutter im Wochenbett
5. Trauerreaktionen nach einer Fehl- und/oder Totgeburt
6. Rituale beim Verlust eines Kindes
7. Bestattungsmöglichkeiten für fehl- und totgeborene Kinder
8. Abschließende Bemerkungen und Ausblicke
9. Anhang: Definitionen, Literatur, Informatives im Internet, Quellen

1.

Der persönliche Umgang mit Fehl- und Totgeburten während meiner Ausbildung

Meine Ausbildung zur Hebamme begann ich mit 17 Jahren in der ehemaligen DDR. Sie dauerte von 1983 bis 1986. Hebamme zu werden war nicht mein Traumberuf, er ergab sich in einer Zeit, wo ich wenig familiären Halt und meine erste Liebeserfahrung hatte. Dabei wurde von mir schon während der Schülerinnenzeit erwartet, dass ich mich in die Situation von reifen gebärenden Frauen hinein versetze bzw. ihnen eine Stütze bin. Für mich war das eine grosse Herausforderung.

Während der Ausbildung erlernten wir die Theorie und Praxis der Geburtshilfe, an welcher Stelle wir stehen in einer Hierarchie, wie man gut und gründlich putzt und dass man grundsätzlich nichts in Frage zu stellen hatte. Wir lernten nichts über den emotionalen Zustand und den daraus resultierenden Bedürfnissen der Frauen bei normalen oder komplizierten Geburten, nach der Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen oder nach Fehl- und Totgeburt. Wir lernten auch nicht, wie wir für uns selber nach diesen Ereignissen sorgen konnten. Die Frauen und auch wir wurden in keinsten Weise begleitet. Wer das nicht durchstand, hatte in diesem Job nichts verloren.

Freie Meinungsbildung war nicht erwünscht. Das „vereinfachte“ einiges. Es gab genaue Regeln für den Umgang miteinander: Ärzte und Hebammen duldeten von Seiten der Schülerinnen keine Kritik. Wer viel fragte, machte sich schnell unbeliebt. Das gab mir oft ein ungutes Gefühl, doch ich fügte mich.

Der Umgang mit den Gebärenden spiegelte genau dieses Verhalten wieder. Autonomie und Selbstbestimmung unter den Frauen waren nicht erwünscht, im Gegenteil. Das Machtgefälle war gigantisch. Die Bevormundung wurde hinter Freundlichkeiten versteckt.

Die Geburtshilfe verlief nach „Schema F“, sie war sehr medizinisch orientiert und lief ohne Wahrung der Intimsphäre ab. Bei Geburten standen zum Teil bis zu 10 Personen um die Frau herum, um zu lernen. Das konnten Schwesternschülerinnen, Hebammenschülerinnen, Ärzte, Krankenwagenfahrer, Feuerwehrleute etc. sein. Der Ehemann oder eine andere Vertrauensperson waren zu dieser Zeit allerdings nicht erwünscht. Die Kinder wurden direkt nach der Geburt von der Mutter getrennt, um die Erstversorgung durchzuführen.

Ähnlich muss man sich diese Situation bei Frauen vorstellen, die eine Fehlgeburt erlitten. Eine Fehlgeburt wurde so behandelt, als wäre sie nichts wert. Oft hörte man den Satz: „Die Frau hat ausgestoßen.“. Auch heute noch ist das eine häufig verwendete Redewendung. Hier wird ein persönliches Ereignis zur „Sache“ gemacht. Ein fehlgeborenes Kind war noch nicht in der Lage zu überleben, also brauchte es auch nicht betrauert oder angemessen behandelt zu werden. Den Frauen gegenüber verhielt sich das Personal hilflos, das Mitgefühl war allerdings auf ihrer Seite.

Bei Totgeburten wurde den Frauen schon mehr Trauer zugestanden. Trotzdem wurde sie oft mißachtet oder unterschätzt; Tröstungsformeln wie: „Sie sind ja noch jung und können noch weitere Kinder bekommen“ oder „Seien Sie froh, dass Sie schon ein gesundes Kind haben“ waren keine Seltenheit.

Wir Hebammen betreuten die Frauen bei einer Fehlgeburt etwa ab der 17./18. Schwangerschaftswoche. Die Frauen wurden in einem separaten Raum im Kreißsaalbereich betreut, oft aber auch alleine gelassen. Sie bekamen Wehenmittel und Schmerzmittel, von letzteren standen wenig geeignete zur Verfügung. Die Periduralanästhesie (rückenmarksnahe Teilanästhesie) gehörte damals nicht zum Standard bzw. wurde nur zu Studienzwecken durchgeführt.

Die eigene Betroffenheit stand mir oft im Wege. Ich wollte gerne beistehen, und wusste nicht wie. Also versuchte ich das über Versorgungsleistungen auszugleichen. Geredet habe ich dann mit den Müttern wenig oder kaum, eher habe ich mitgeweint. Einfach nur bei ihnen zu bleiben und diese Sprachlosigkeit auszuhalten, dazu war ich nicht in der Lage.

Fehlgeburten wurden in einen „Schieber“ (Bettpfanne) hinein entbunden, ganz kleine Kinder in eine Nierenschale. Die aufgestellten Knie der Frau waren mit Tüchern abgedeckt als Sichtschutz. Natürlich wurden die Kinder nicht gezeigt. Es wurde den Müttern schon vorher mitgeteilt, dass das nicht üblich sei und sie sich den Anblick doch ersparen sollten. Manche nahmen das auch zunächst dankbar in Kauf. War das Kind geboren, wurde es sofort mit Tüchern zugedeckt und in den Arbeitsraum gebracht. Fehlgeburten wurden in Formaldehyd eingelegt und für die histologische Untersuchung gekennzeichnet.

Totgeborene Kinder wurde ihren Müttern auch nicht gezeigt. Diese Kinder wurden gewogen und gemessen, jedoch nicht gebadet, angekleidet oder dergleichen. Namensgebung war nicht üblich. Den Eltern wurden die sachlichen Daten mitgeteilt, nicht immer das Geschlecht des Kindes.

Äußerte eine Mutter ausnahmsweise diesen Wunsch, wurde ihr erklärt, wie ungünstig das für ihr Befinden wäre. Je weniger sie wissen und sehen würde, desto besser könne sie alles hinter sich lassen.

Totgeborene Kinder wurden in Abfallsäcken für den Transport in die Pathologie „eingetütet“, gekennzeichnet und in den Leichenkeller gebracht. Dort wurden sie entweder in die Ecke abgelegt oder, wenn jemand mutig genug war, auf eine freie Pritsche gelegt. Kühlräume gab es nicht. Jedes Kind wurde ohne Einwilligung der Eltern obduziert. Ob die Kinder bestattet wurden, weiß ich nicht. Hierüber konnte ich auch nachträglich nichts in Erfahrung bringen.

Mich machten diese Situationen traurig – diese toten Kinder und die weinenden Mütter. Ich hatte große Angst vor diesen Situationen und vor meiner eigenen Unsicherheit. Diese starken Emotionen haben meine Arbeit als Hebamme nachhaltig geprägt.

Wie der Wert totgeborener Kinder (auch heute noch) betrachtet wird, belegen einige Beispiele aus der medizinischen Fachliteratur:

Die ersten angelsächsischen Studien Ende der 60er Jahre kennzeichneten eine Totgeburt als ein „Nichtereignis“ („non-event“, Lewis und Page, 1978): „Ein Totgeborener ist jemand, der nicht existiert, eine Nicht-Person und oft ohne Namen. Es ist eine leere Tragödie und eine schmerzhaft Leere, über die schwer zu sprechen ist“ (S. 237, Übersetzung von M.Beutel).

Im Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen vom J. A. Barth, Verlag Leipzig, 1985, findet man folgende Erklärung: „Keine menschliche Leiche ist eine Leibesfrucht unter 1000 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes (Abort) beide Lebenszeichen (Herzschlag oder Pulsieren der Nabelschnur, natürliche Lungenatmung) nicht oder nur eines von ihnen vorhanden war (Fehlgeborenes).“

Noch in der 18. überarbeiteten Auflage von 1994 sind im Nachschlagewerk „Praktische Geburtshilfe“, Pschyrembel/Dudenhausen, dem Thema Totgeburt ganze 2 Seiten gewidmet, die sich ausschließlich auf Definitionen beschränken.

In der aktuellen 19. Auflage „Praktische Geburtshilfe“, Dudenhausen/Pschyrembel, 2001, wird das totgeborene Kind überhaupt nur noch in einem Satz per definitionem erwähnt (S. 389), zur Behandlung des „Intrauterinen Fruchttodes“ (S 96/97) werden ausschließlich medizinische Parameter beschrieben, die Mutter bleibt unerwähnt.

Dies ist insbesondere deswegen traurig, weil es sich hier um ein Standardwerk für die Ausbildung von MedizinerInnen, Hebammen und anderen Fachleuten im medizinischen Bereich handelt.

Einfühlsamer und zum Teil sehr viel ausführlich wird auf den Umgang mit den Müttern bei Fehl- und Totgeburt und die Trauerarbeit in den Standardwerken von Hebammen zur Hebammenausbildung eingegangen, als Beispiel sei hier „Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe“, Mändle/Opitz-Kreuter/Wehling, 3.Aufl. 2000, genannt.

2.

Änderung meiner Einstellung zum Berufsbild und zum Thema Tod

Es gab eine ganz entscheidende Situation, die meine Einstellung zum Umgang mit Müttern und ihren fehl- und totgeborenen Kindern änderte:

Eine Krankenpflegeschülerin war im Kreißaal als Praktikantin anwesend, als eine Frau in der 18. Schwangerschaftswoche mit nicht mehr zu hemmender Wehentätigkeit in den Kreißaal kam. Eine dienst erfahrene Kollegin betreute die Frau. Das Vorgehen war das übliche. Das Kind zeigte Schnappatmung, man trug es eiligst in den Arbeitsraum und ließ es dort liegen. Die Schülerin brach daraufhin zusammen. Als sie wieder zu sich kam, war sie sehr verzweifelt und verstand die Welt nicht mehr, die solche Handlungen zuließ. Und ich schämte mich unendlich. Alles, was ich als Schutzwall um mich aufgebaut hatte, brachte dieses Erlebnis zum Einsturz.

Dadurch machte ich mir zum erstenmal Gedanken darüber, wie ich meinen Umgang mit diesen Situationen verändern könnte. Dies gelang mir nach und nach. So zeigte ich einer Mutter auf ihren Wunsch hin ihr Kind. Dafür zog ich es an und legte es in ein Kissen. Außerdem fragte ich seitdem immer nach dem vorgesehenen Namen. Ich stieß leider oft bei Kolleginnen auf Unverständnis und musste mich für meine Handlungen rechtfertigen.

Mit dem Fall der Mauer erschlossen sich mir neue Perspektiven. 1991 zog ich mit meinem Mann nach Nordrhein-Westfalen und fand an einem evangelischen Krankenhaus eine Anstellung als Hebamme. Das war für mich persönlich ein großer Schritt nach vorne. Die Geburtshilfe war hier eine gänzlich andere:

Ehemänner waren willkommen bei der Ankunft ihres Kindes, die Frauen durften Wünsche äußern und das Personal war nett und zuvorkommend. In dieser Zeit lernte ich viel.

Frauen ab der 24. Schwangerschaftswoche betreuten wir geburtshilflich im Kreißaal. Ab diesem Schwangerschaftsalter gelten die Kinder unter intensivmedizinischer Betreuung schon als lebensfähig, Frauen in früheren Schwangerschaftswochen wurden grundsätzlich gynäkologisch betreut und betrafen zumindest an diesem Krankenhaus nicht mehr die Hebamme im Kreißaalbereich.

Frauen mit verstorbenem Kind im Mutterleib wurden aber auch schon ab der 18. Schwangerschaftswoche von uns Hebammen betreut. Hier lag es ganz im Ermessen der Hebamme, wie und in welchem Umfang sie sich auf die Situation einließ. Die Kinder wurden den Eltern auf Wunsch gezeigt, zum Teil wurden sie angezogen oder zumindest in Handtücher gewickelt und sie erhielten ein Namensbändchen. Die Nachbetreuung dieser Frauen war aufgrund des damals noch fehlenden Netzwerks unzureichend. Meist waren sie auf die Initiative der einzelnen Hebamme angewiesen oder wir vermittelten sie an die „Initiative REGENBOGEN“ weiter.

Persönlich habe ich an dieser Klinik Frauen mit Totgeburt sehr selten betreut. Als positiv empfand ich, dass ich hier schon freier entscheiden durfte und nicht das Gefühl hatte, mich für bestimmte Handlungen rechtfertigen zu müssen. Diesen Geburten folgte immer ein Austausch unter den Hebammen und den Ärzten. So waren wir in der Lage, offen über unsere Betroffenheit zu reden.

Obwohl ich bei Entbindungen mit toten Kindern schnell an meine Grenzen stieß, habe ich allmählich die Angst vor der Betreuung der Mütter im Kreißaal abbauen können. Zu diesem Zeitpunkt hätte ich mir aber noch nicht zugetraut, eine solche Frau im Wochenbett nachzusorgen. Fortbildungen für Hebammen, die sich mit der Thematik der fehl- und totgeborenen Kinder auseinandersetzen wollten, gab es so gut wie gar nicht. Man war weiterhin auf seine Intuition und die äußeren Umstände einer Klinik angewiesen. Ich selber empfand das als unzureichend - für die betroffenen Frauen und auch für mich als Hebamme.

Insgesamt betrachtete ich mit zunehmender Erfahrung vieles im Umgang mit den Gebärenden kritisch. Zum Beispiel durften die Frauen unter der Geburt nicht essen oder trinken, nicht ihre eigene Nachtwäsche tragen und medizinische Eingriffe wurden ohne für mich ersichtlichen Grund durchgeführt. Das führte dazu, dass ich meinen ganzen Beruf in Frage stellte.

In dieser Zeit wünschte ich mir eine Berufspause und wurde schwanger. Mit der Schwangerschaft änderten sich insgesamt viele meiner Lebenseinstellungen. Und ich wusste genau, wie ich mir eine Geburt für mich vorstellte und was ich absolut nicht tolerieren würde. Mir wurde klar, dass mir das für meine weitere Tätigkeit als Hebamme zugute kommen würde. Ich gewann an Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. Und ich begann über den Tod nachzudenken.

Bis dahin war der Tod etwas, was ich kaum an mich heran ließ. Er war nie Thema: nicht im Elternhaus, nicht in der Schule, nicht in der Ausbildung, nicht bei Freunden. Ich hatte mir bis dahin auch wenig Gedanken über meinen eigenen Tod gemacht.

Mit der Geburt meines Sohnes 1996 musste ich mich auch mit der Möglichkeit auseinandersetzen, dass ihm durchaus etwas zustoßen könnte, was seinen Tod zur Folge hätte. Für ihn wusste ich ganz genau, was ich wollte oder nicht. Auf jeden Fall war mir klar, dass, würde mein Kind sterben, ich ihn selber begleiten würde.

Die Schwangerschaft war für mich etwas sehr Besonderes, sehr Geheimnisvolles und sehr Schönes. Und das von Anfang an. Hätte ich mein Kind verloren, es hätte mich mit großer Traurigkeit erfüllt, egal ob in der Frühschwangerschaft oder später. Da wurde mir sehr eindeutig klar, dass viele der betroffenen Frauen doch ähnlich empfinden müssen.

Es hat einige Zeit gebraucht, bis mir klar wurde, dass das auch heißt, sich bewusst mit dem Thema Tod und Sterben auseinanderzusetzen. Geholfen hat mir unter anderem ein Gespräch mit einer Ärztin unseres Hauses (ich hatte zwischenzeitlich den Arbeitgeber gewechselt und arbeitete nun in einem katholischen Krankenhaus). Ich lernte sie in der Zeit ihrer Schwangerschaft kennen. Wir haben lange miteinander geredet: ich über meinen Beruf als Hebamme und sie über ihre Arbeit auf der Palliativ-Station. Sie lud mich ein, diese Station näher kennen zu lernen.

Im November 1999 und April 2000 durfte ich dort für 4 Wochen hospitieren. Diese Zeit war sehr wichtig für mich. Zeigte sie mir doch, dass man keine Angst vor dem Umgang mit Sterbenden oder einem Verstorbenen haben muss. Ganz im Gegenteil hatte ich hier zum ersten Mal das Gefühl, dass alles selbstverständlich ist, trotz der besonderen Gegebenheiten auf einer Palliativ-Station.

Die Mitarbeiter haben mich sehr unterstützt und standen mir zu jeder Zeit zur Seite. Für jede meiner Reaktionen wurde Verständnis und viel Einfühlungsvermögen gezeigt. Ich habe seitdem großen Respekt vor Sterbenden, Verstorbenen und den Menschen, die sie auf diesem Weg begleiten.

3.

Betreuung der Frau während Fehl- oder Totgeburt

Heike Brüggemann, Mitarbeiterin im Psychosozialen Dienst am Vinzenz-Pallotti-Hospital in Bensberg, hat in jahrelanger Arbeit ein Konzept entwickelt, das sie uns im Rahmen einer Fortbildung vermittelte und das wir für uns an der Klinik versuchen umzusetzen. Von ihr erhielten wir viele Anregungen und konnten unsere Arbeitsweise kritisch überdenken.

Häufig kommen die betroffenen Frauen/ Paare in die Klinik, wenn der Tod des Kindes beim betreuenden Frauenarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung festgestellt wurde. In der Klinik wird der Befund bestätigt. Günstig ist es, wenn der Frauenarzt das Kreißsaalteam vorab benachrichtigen konnte. So können relativ zügig die richtigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Es kann aber auch möglich sein, dass sich eine Frau mit ausbleibenden Kindsbewegungen vorstellt, mit Blutungen, starken Schmerzen oder einfach mit einem unguuten Gefühl aus dem Bauch heraus. Und auch heute noch gibt es Notfallsituationen unter der Geburt, wo die Rettung des Kindes nicht mehr möglich ist.

Bei gesicherter Diagnose (med. „intrauteriner Fruchttod“) werden die Eltern nach Möglichkeit in einen separaten Raum geführt, der etwas abgeschieden vom Kreißsaalgeschehen liegt. Es erfolgt ein ausführliches Gespräch über den jetzigen Zustand und die geplante Vorgehensweise und bezieht die Wünsche der Eltern selbstverständlich mit ein. Diesem Erstgespräch werden viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet, störende Einflüsse werden gemieden (Telefon, Klingel, Funk). Die Eltern sollten die Möglichkeit erhalten, für eine gewisse Weile nach Hause fahren zu können, um nicht sofort nach Diagnosestellung medizinischen Eingriffen (Geburtseinleitung) ausgeliefert zu sein.

Um sich auf diese völlig unerwartete Situation einzustellen und Entscheidungen zu treffen, können manchmal einige Tage vergehen. Diese Zeit sollte den Eltern zur Verfügung stehen.

Die oft geäußerte Angst, von „Leichengift“ vergiftet zu werden, ist unbegründet. Wichtig hingegen ist die Überwachung der Blutgerinnungswerte, da es in seltenen Fällen zu Gerinnungsstörungen kommen kann.

“Derartige Störungen treten aber erfahrungsgemäß erst dann auf, wenn die abgestorbene Frucht länger als 3-4 Wochen im Uterus (in der Gebärmutter) zurückgehalten wird.“

(Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, Pschyrembel/Dudenhausen, 15. Auflage, S.402)

Hat die Mutter bis dahin noch keine betreuende Hebamme, so wird sie bei der Suche unterstützt. Erste Kontaktaufnahmen zu Selbsthilfegruppen wie z.B. der „Initiative REGENBOGEN“ werden hergestellt, ein Seelsorger bei Bedarf hinzugezogen.

Wird die Frau dann stationär aufgenommen, ist darauf zu achten, dass zu jeder Zeit eine Vertrauensperson bei ihr bleiben kann. Das kann der Partner, die Mutter, Geschwister oder eine gute Freundin sein. Manchmal wechseln die Begleitpersonen sich auch ab, um selber Kraft zu schöpfen und sich abzulenken. Sinnvoll ist die Betreuung der Frau durch eine „feste“ Hebamme und eine/n Ärztin/Arzt. Störend ist der Personalwechsel der Dienstschichten. Dies lässt sich jedoch nicht immer vermeiden.

Die Atmosphäre sollte nach Möglichkeit entspannt sein, um auch der Frau eine gewisse Entspannung zu ermöglichen. Leise Musik, ein warmes Bad, gedämpftes Licht, Kerzen und Aromatherapie können gute Dienste leisten. Für die Aromatherapie benutzen wir die Öle „Sprachlos“ und „Trennungsschmerz“, die auch in der Sterbebegleitung Anwendung finden, sowie Öle zur Linderung des Geburtsschmerzes.

Es ist wichtig, eine Kleinigkeit zum Essen und Trinken bereit zu stellen, besonders weil die Frauen in dieser Situation selbst oft wenig Hunger verspüren. Auf besondere Wünsche ist nach Möglichkeit einzugehen.

Häufig fragen die betroffenen Mütter nach einer schnellen Geburtsbeendigung, wie z.B. Kaiserschnitt mit Vollnarkose oder anderen Narkosemöglichkeiten. Die Angst vor Schmerzen, vor einem langen Geburtsverlauf, vor der unausweichlichen Tatsache, ein totes Kind zur Welt zu bringen und das nicht aushalten zu können, ist sehr groß. Doch gerade das ermöglicht die Anerkennung der Realität und ist der erste notwendige Schritt zur gesunden Trauerverarbeitung.

Heutzutage stehen viele Möglichkeiten zur Verfügung, um zumindest die Schmerzen auszuschalten oder zu reduzieren. Die Aufgabe der Hebamme besteht darin, die Frau zur Selbstbestimmung unter der Geburt zu ermutigen und sie zu begleiten. Wie bei einer normalen Entbindung auch kann und sollte die Frau mitentscheiden, was ihr gut tut, was sie gern ausprobieren möchte oder was sie ablehnt

Wir haben im Kreißaal eine Kiste mit allem benötigten Zubehör bereitstehen. So wird die hektische Suche nach wichtigen Kleinigkeiten ausgeschlossen. In dieser Kiste befindet sich ein Windlicht mit großer Kerze, die von Anfang an brennt und dann mit nach Hause gegeben wird. Schön ist es, wenn die Kerze mit einem Logo oder dem Namen des Kindes aus Wachsbuchstaben verziert werden kann. Eine Blütenschale, ein Salzkristalllicht mit Teelichtern, ein Feuerzeug, ein Kruzifix, eine Namensurkunde (die von uns Hebammen selbst entworfen wurde), ein schönes eingerahmtes Gedicht, ein Seidentuch, eine kleine Taufschale (das ist eine Jacobsmuschel, wo die Taufdaten und der/die Taufende eingetragen werden und die der Mutter/den Eltern mit nach Hause gegeben wird), ein handlicher Stein zum Festhalten und zum Mitnehmen und die Kamera. Für die Kamera sollten mehrere Filme zur Verfügung stehen (schwarz-weiß und bunt). Beim Fotografieren ist auf die Ästhetik zu achten. Die Eltern selbst können Bilder von ihrem Kind machen. Manchmal sind sie jedoch nicht in der Lage, sich die Bilder überhaupt anzuschauen. Die Bilder oder Filme werden dann in den Akten hinterlegt und können jederzeit von den Eltern eingesehen oder abgeholt werden, auch wenn dies erst nach Jahren geschieht.

Es gibt bei uns für die kleinen fehlgeborenen Kinder sogenannte Moseskörbchen. Diese werden mit farbigen Gästehandtüchern, oder besser mit Wickeltüchern aus Mull und Gaze ausgekleidet. In diese werden dann die Kinder hineingebettet. Es bleibt somit den Eltern überlassen, ob sie ihr Kind aufdecken und anschauen möchten.

Größere Kinder um Terminnähe werden meist gebadet, vielleicht sogar von den Eltern, Verwandten oder Freunden. Diese Kinder können ihre eigene Kleidung erhalten. Auf extra entworfene Namensurkunden kommen die Hand- und Fußabdrücke des Kindes (manche Angehörigen schaffen es manchmal selber, diese anzufertigen), vielleicht sogar eine Haarlocke, zusätzlich ein schönes Foto. Jedes Kind erhält ein Namensbändchen, das den Eltern zur Erinnerung mit nach Hause gegeben wird.

Sind Fehlbildungen bei dem Kind zu erwarten, werden die Eltern vorbereitend darauf hingewiesen.

Jedoch können Fehl- oder Mißbildungen nicht immer in der Schwangerschaftsvorsorge erkannt werden. Wird ein Kind mit Fehlbildungen geboren, beschreiben wir den Eltern deren Art und Ausmaß. Hier ist das besondere Einfühlungsvermögen der Hebamme und der Ärzte gefragt. Ziel ist es, die Angst der Eltern vor dem Anblick des Kindes zu reduzieren. Schlimme Phantasievorstellungen vom Zustand des Kindes können die Trauerbewältigung erheblich belasten. Die Kinder können so geschickt in Tücher gewickelt werden, dass die Eltern die Chance haben, sich in Ruhe zu entscheiden, ob sie nur das Gesichtchen sehen möchten oder ob sie ihr Kind im Ganzen betrachten wollen.

All dies braucht viel Zeit und Ruhe und ein behutsames Vorgehen. Je nach Kreißsaalsituation kann man den Eltern anbieten, die Nacht nach der Entbindung im Kreißaal zu verbringen, um jede Geschäftigkeit zu vermeiden. Auf jeden Fall bekommen die Eltern die Möglichkeit, in Ruhe von ihrem Kind Abschied zu nehmen. Die Hebamme wird die Eltern und Angehörigen dazu in behutsamer Weise ermutigen. Oft signalisieren die Eltern selbst, ab welchem Zeitpunkt sie alleine mit dem Kind bleiben möchten.

Viele Eltern wissen nicht, dass sie ihr Kind auch nach Hause mitnehmen und aufbahnen dürfen. Es kann vorteilhaft sein, gerade auch für Geschwisterkinder, wenn sie in der ihnen vertrauten Umgebung Abschied vom Baby nehmen, denn zu oft werden Kinder von diesem Geschehen in der Familie ausgeschlossen. Sie haben so die Möglichkeit, kleine Gaben, Bilder oder Basteleien anzufertigen, zur Erinnerung oder als Grabbeigabe.

Immer häufiger finden Eltern den Mut, den Sarg selbst zu gestalten, zusammen mit Geschwisterkindern, Großeltern oder Freunden. Einige Bestatter bieten Sargrohlinge an. Mancher Vater wird selbst einen Sarg oder ein kleines Behältnis zimmern wollen, der Phantasie sind dabei keine Grenzen gesetzt. Ein Kind darf drei Tage, bei Ausnahmeregelungen fünf Tage zuhause aufgebahrt werden. Für den Transport hat ein Bestatter zu sorgen.

In diesem Fall ist zuhause auf ein kühles Raumklima zu achten. Bei Geruchsbildung helfen Aromalampen oder in Scheiben geschnittene Orangen, die in eine Schale gelegt werden. Verwandte oder Freunde können die Totenwache halten, so bleibt auch die Familie nicht ganz allein auf sich gestellt. Eltern und Angehörige haben in diesen Tagen Zeit, die Begräbnisfeierlichkeiten zu organisieren und mit zu gestalten. Viele werden dies aber doch einem Bestatter überlassen. Nach Bestattungswünschen sollte erst gefragt werden, wenn die Eltern Abschied genommen haben.

Meistens entbinden die betroffenen Frauen in einer Klinik oder in einem Geburtshaus. Es gibt aber durchaus die Möglichkeit, sich auch für das eigene Heim zu entscheiden. Viele wird diese Vorstellung abschrecken, viele fühlen sich durch das soziale Umfeld unter Druck gesetzt und werden deshalb davon absehen. Voraussetzung ist die Begleitung durch eine Hebamme wie bei jeder Hausgeburt und ein gutes Vertrauensverhältnis. Die gewohnte Umgebung kann hier ein nicht zu unterschätzender Vorteil sein.

Die Eltern suchen immer nach dem Grund für den Tod ihres Kindes. Wird eine Ursache gefunden, kann das zum Einen den Trauerprozess positiv beeinflussen, zum Anderen aber auch für den Entschluss zu einer erneuten Schwangerschaft von großer Bedeutung sein. Bei Fehlbildungen möchten die Eltern häufig wissen, ob diese erblich bedingt sind. Fehlen äußere Anhaltspunkte für die Todesursache, erhoffen sich die Eltern durch die Obduktion oder, bei sehr kleinen fehlgeborenen Kindern, durch die histologische Untersuchung, Klärung. Es kommt allerdings nicht selten vor, dass eine Obduktion ergebnislos bleibt. Dies gilt auch für die histologischen Untersuchungen.

Manchen Eltern ist die Vorstellung, dass ihr Kind obduziert werden soll, unerträglich. Sie können das Gefühl bekommen, ihrem Kind noch nachträglich „etwas anzutun“. In diesem Fall gilt es herauszufinden, was den Eltern Angst macht. In diesem Gespräch dürfen die eigenen Bedürfnisse des Arztes oder der Hebamme nach Klärung der Todesursache nicht im Vordergrund stehen. Es muss den Eltern auch zugestanden werden, eine Obduktion abzulehnen.

Eine Obduktion setzt immer das Einverständnis der Mutter voraus. Hier sollten Sinn und Nutzen abgewogen werden, wenn die Mutter unschlüssig ist.

Die histologischen Untersuchung bei fehlgeborenen Kindern werden bei uns noch routinemäßig durchgeführt. Die Einwilligung der Mutter wird nicht immer eingeholt. Meist erfährt sie von der Untersuchung erst, wenn sie konkret nach dem Verbleib des Kindes fragt. Hier sehe ich noch Handlungsbedarf seitens der Ärzteschaft – nicht nur an unserer Klinik. Es sollte selbstverständlich werden, dass nur nach eingehender Aufklärung und Einwilligung eine Obduktion/histologische Untersuchung in die Wege geleitet wird (rechtliche Grauzone).

4. Die Betreuung der Mutter im Wochenbett

In der Regel wird man versuchen, die Mutter möglichst schnell nach Hause in ihre vertraute Umgebung zu entlassen. Es gibt aber Situationen, wie z.B. schwierige Entbindungen oder soziale Umstände, wo dies nicht angezeigt ist oder die Mutter den Wunsch hat, in stationärer Betreuung zu bleiben. Hier kann man nach Möglichkeit den Partner oder eine andere Bezugsperson mit aufnehmen.

Oft ist das betreuende Personal verunsichert im Umgang mit der trauernden Wöchnerin. Ein offenes Gespräch mit der Mutter und ihren Angehörigen, zumindest die Gesprächsbereitschaft, kann da schon Brücken schlagen.

Das Wochenbettzimmer sollte sich nicht auf der normalen Wöchnerinnenstation befinden. Die betroffenen Frauen können den Anblick oder das Geschrei anderer gesunder Babys nur schwer ertragen. An der Zimmertür kann ein verbindliches Symbol (z.B. eine abgeknickte Rose, ein Regenbogen, eine Pusteblume) darauf hinweisen, dass sich hier eine trauernde Mutter befindet. Sollten bislang keine Kontakte zu einem Seelsorger, einer/m TrauerbegleiterIn, dem Sozialdienst oder einer Selbsthilfegruppe entstanden sein, so kann man zu diesem Zeitpunkt die Frau unterstützen. Zur weiteren Information sind auch Adressenlisten von Selbsthilfegruppen, Literaturlisten oder Angebote im Internet hilfreich.

Die trauernde Mutter sollte ermutigt werden, selbst an der Bestattung ihres Kindes teilzunehmen, wenn irgend möglich.

Die weitere Betreuung der Wöchnerin zu Hause erfolgt meist durch eine Hebamme sowie durch die Frauenärztin/den Frauenarzt. Im Vordergrund stehen dabei die Zuwendung, das Beobachten des Trauerprozesses sowie körperliche Beschwerden und Besonderheiten nach einer Geburt. Der Partner sollte wann immer möglich mit einbezogen werden.

Körperliche Beschwerden können nach einer Fehl- oder Totgeburt verstärkt auftreten. Erleichterung bringen Schmerzmittel, von Beruhigungsmitteln ist möglichst abzusehen. Oft haben die Frauen Schwierigkeiten mit dem Abstillen. Der Milchfluss kann über Wochen anhalten und wird als große Belastung erlebt. Naturheilkundliche, alternative Behandlung (Homöopathie o.a.) ist hilfreich!

Die Wochenbettbetreuung sollte über den sonst üblichen Zeitraum fortbestehen. Dabei können die Besuche mit der Zeit in größeren Abstände erfolgen. Im Vergleich zu Müttern, die ein gesundes Kind geboren haben, ist die Gefahr einer Wochenbettdepression oder Wochenbettpsychose signifikant erhöht. Hier müssen die Hebamme und/oder der Arzt herausfinden, ob es sich noch um eine Trauerreaktion handelt. Je nach Ausprägung der Beschwerden sollte die Behandlung ggf. in Kooperation mit einem Psychiater weitergeführt werden.

5. Trauerreaktionen nach einer Fehl- und/oder Totgeburt

Die meisten Frauen erleben eine Fehlgeburt als Verlust. Dieser kann, je nach Schwangerschaftsalter und der damit unterschiedlich tief empfundenen Bindung zum Kind, verschieden stark empfunden werden. Viele Frauen schützen sich unbewusst in der sehr frühen Schwangerschaft vor einer zu emotionalen Bindung zu ihrem Kind. Andere hingegen stellen sich ihr Kind in dieser Phase schon ganz real vor und bereiten sich, nicht nur innerlich, ganz konkret auf ihre Mutterrolle vor. Dies kann sich in Zwiesprache, intensiven Träumen und inneren Dialogen zum Kind widerspiegeln. Kommt es zu einer Fehlgeburt, reagieren sie emotional betäubt, enttäuscht, aufgewühlt, fassungslos und spüren eine tiefe Traurigkeit. Depressive Reaktionen sind als Zeichen der Trauer zu verstehen. Diese können sich in Niedergeschlagenheit, verminderter Lebensfreude, Reizbarkeit, Grübelei, innerer Unruhe, Ängstlichkeit und psychovegetativen Beschwerden äußern.

Bei totgeborenen („still geborenen“) Kindern haben die Frauen in der Schwangerschaft bereits Kindsbewegungen gespürt und bedeutende körperliche und seelische Veränderungen erlebt. Alle Frauen reagieren geschockt auf die Nachricht, dass ihr Kind keine Lebenszeichen mehr aufweist. Hinzu kommen Ängste (und Ekel?) davor, ein totes Kind in sich zu tragen.

Diese Schockphase kann unterschiedlich lang anhalten und die Zeit der Beerdigung des Kindes überdauern. Oft werden aber auch schon aufbrechende Emotionen unter der Geburt erlebt. Diese Frauen suchen nach einem Schuldigen, auch wenn sie sich selbst anklagen und sich auf Fehlersuche begeben. Sie sind in der Lage, ihre Verzweiflung und ihre Wut heraus zu schreien und zu weinen. Zu erheblichen Schuldgefühlen kann es kommen, wenn das Kind nicht erwünscht war oder die Lebensumstände (Überanstrengung, Medikamenteneinnahme, Alkoholgenuss, Rauchen) im Nachhinein in Frage gestellt werden. Schuldgefühle können auch intensiv bei Geschwisterkindern auftreten.

In Schuldgefühlen scheint sich eine tiefe Identitätskrise der Frau als Mutter auszudrücken. (*Verena Kast in „Nur ein Hauch von Leben“ S. 69*)

Bei Frauen, die ihr Kind durch eine Fehl- oder Totgeburt verloren haben, können Schuldgefühle, Wut, depressive Reaktionen und Trauer noch viele Jahre nach dem Verlust auftreten. Das kann insbesondere am errechneten Geburtstermin, am Jahrestag der Geburt oder Fehlgeburt bzw. beim Aufenthalt am Ort des Todes (Klinik, Friedhof) der Fall sein.

„Diesen Phasen folgt die Phase der relativen Befriedung, in der eine Anpassung an das Leben ohne das verlorene Liebesobjekt stattfindet und wieder neue befriedigende soziale Kontakte geknüpft werden... Die grundsätzliche Besonderheit der mütterlichen Trauer um ein Neugeborenes ist, dass sie, genau besehen, zwei Beweggründe hat: a) den Verlust eines einmaligen Menschen, dessen Persönlichkeit, über die in der Schwangerschaft spekuliert wurde, für immer unbekannt bleiben wird; und b) das existentielle Versagen der Fähigkeit, Leben zu bewahren und in die Welt zu bringen.“

(Sylvia Börgens in „Der intrauterine und perinatale Kindstod: Begleitung und Hilfe zur Bewältigung“ Die Hebamme 10/1997 S.78/79)

Wenn schon Kinder vorhanden sind, sind Eltern manchmal extrem überfordert, diese in das Geschehen mit einzubeziehen. Das kann als vermeintlicher Schutz für das lebende Geschwisterkind gedacht sein, oder aber die Eltern schützen sich vermeintlich selbst. Der Tod des Babys wird somit tabuisiert. Die Geschwisterkinder spüren sehr wohl, dass etwas nicht stimmt, aber auch, dass ihnen kein Raum für Fragen gegeben wird. Schuldgefühle, Ängste und Phantasien stellen sich ein. Dies kann zu einer erheblichen Verwirrung des Kindes führen. Erschwerend kann es sein, dass die Eltern durch die Trauer sehr mit sich beschäftigt sind und nur noch „funktionieren“. Die Kinder werden im gewissen Sinne materiell versorgt, emotional bleiben sie unterversorgt. Hier können Verwandte oder Freunde Hilfe anbieten und sich vorübergehend um die Kinder kümmern und die Eltern entlasten.

„Die Trauernden zu unterstützen, Dinge zu finden, die sie tun und sagen, die bedeutungsvoll sind, fördert ihre Erfahrung von sich selbst als fähig, ein neues und sinnvolles Leben zu gestalten.“

(Attig 1991, Übersetzung M.Nijs)

Die neue Schwangerschaft:

Der Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten. Einige Frauen wünschen sich, direkt wieder schwanger zu werden, andere lassen sich Zeit mit dieser Entscheidung. Bei unverarbeiteter Trauer kann die Gefahr bestehen, dass das neue Kind als Ersatz für das Verstorbene angesehen wird. Eine neue Schwangerschaft kann aber auch als Chance gesehen werden, noch einmal Abschied vom verstorbenen Kind zu nehmen und sich bewusst zu machen, dass nun ein anderes Kind unterwegs ist.

Die Gefühle bei einer neuen Schwangerschaft sind oft ambivalent. Zum einen ist die Schwangerschaft geprägt von der Vorfreude auf das neue Kind, zum Anderen von Erinnerungen an die Schwangerschaft mit dem verstorbenen Kind. Die Vorfreude auf das neue Kind kann durch intensive Ängste gedämpft sein. Meist ist es die Angst um einen erneuten Verlust des Kindes. Diese wiederum kann als Schuldgefühl gegenüber dem Ungeborenen empfunden werden, da es doch ein Recht darauf hat, dass man sich auf es freut.

„Einigermaßen verarbeitet ist ein Verlust wohl dann, wenn der Wunsch, ein neues Kind zu bekommen, größer ist als die Angst, auch dieses neue Kind wieder zu verlieren.“

(Verena Kast in „Nur ein Hauch von Leben“ G. Lutz/ B. Künzel-Riebel Hg.)

Eltern - Arzt/Klinik -Verhältnis:

Verstirbt ein Kind, kann das Verhältnis der Eltern zu ihrem betreuenden Gynäkologen, zu den Ärzten und dem Personal der Klinik und zu der/den Hebamme/n stark belastet sein. Dieses kann durch anschuldiges Verhalten der Eltern gegenüber dem medizinischen Personal, durch eigene Schuldgefühle der Eltern oder durch etwaige Schuld der MitarbeiterInnen geprägt sein. Aggressive Reaktionen sind nicht selten. Häufig wird sich „aus dem Weg“ gegangen, Kontakte werden vermieden. Grundsätzlich sollten diesen Ereignissen klärende Gespräche folgen, an denen alle Beteiligten teilnehmen.

Auswirkung auf die Partnerschaft:

Die Geburt eines Kindes bringt immer Veränderungen im Leben eines Paares mit sich. Aus einer Paarbeziehung entsteht eine Familie. Diese neue Phase der Beziehung ist mit neuen Hoffnungen verbunden und orientiert sich immer an der Zukunft. Diese Zeit kann man als eine Art Übergang verstehen.

Verstirbt ein Kind im Mutterleib (oder kurz nach der Geburt), ist dieser Übergang nicht möglich. Das kann zu tiefen Konflikten in der Paarbeziehung führen. Diese Konflikte können schon lange bestehen und nun neu aufbrechen. Dabei spielt der Grund für den Kinderwunsch eine nicht unerhebliche Rolle. Der Wunsch nach einem Kind kann unbewusst von dem Wunsch begleitet sein, bestehende Paarprobleme zu verdecken, womit dem Kind eine gewisse Verantwortlichkeit zugekommen wäre.

Andere Paare können den Verlust so gut verarbeiten, dass zwischen ihnen eine neue, tiefere, innige Nähe entsteht und sie rücken so mehr zusammen.

Schuldgefühle können zu großen Schwierigkeiten unter den Partnern führen. „Schuld“ kann einander zugeschoben werden. Dies kann sich in ausgesprochenen und unausgesprochenen Vorwürfen zeigen. Beide sind enttäuscht, dass sie die Situation nicht „retten“ konnten und fühlen sich machtlos und dem Schicksal ausgeliefert. Der Schmerz, der ihnen dadurch zugefügt wurde, ist nur schwer auszuhalten. Manche Menschen wollen dem Partner/der Partnerin den Schmerz lindern, wegnehmen. Das kann gelingen, wenn das Paar in der Lage ist, über die jeweiligen Probleme und Bedürfnisse, den Wunsch nach Zärtlichkeit und Sexualität offen zu reden. Traueräußerungen bei Mann und Frau können sich unterschiedlich zeigen und manches Verhalten kann zu Irritationen, Missverständnissen und einem zusätzlichen Verlassenheitsgefühl führen. Durch das offene und ehrliche Miteinander kann ein tiefes Verständnis füreinander entstehen und wachsen.

„...jeder der Partner (hatte) eine eigene Beziehung zum Kind; die Trauer kann nicht nur eine gemeinsame sein, sie muss auch eine individuelle sein.“

(Verena Kast in „Nur ein Hauch von Leben“)

Die Zeit der Trauer wird von jedem Paar als Krise erlebt. Krisen können als Wendepunkte im Leben verstanden werden. Sie können auch bewirken, dass Menschen einander näher kommen und ihre Gefühle offen zeigen. Lebenskrisen können deshalb auch eine Chance bedeuten.

6. Rituale beim Verlust eines Kindes

Rituale sind immer auf die gleiche Art wiederholte Zeremonien oder Bräuche. Rituale bestimmen seit jeher unseren Alltag. Durch Rituale erfahren wir eine gewisse Sicherheit. Rituale helfen, Trauer zuzulassen und zu bewältigen. Neue Rituale und Bräuche können entstehen: öffentliche, kirchliche und ganz private.

Eltern, die ihr Kind durch Fehl- oder Totgeburt verloren haben, können durch Rituale Halt und Trost finden. Dies gilt auch für die hinterbliebenen Geschwisterkinder, Großeltern und Freunde. Rituale werden oft schon mit Beginn der Schwangerschaft eingeführt. So kann beispielsweise bei Feststellung der Schwangerschaft das Anzünden einer bestimmten Kerze ein Ritual sein, wenn dies bei vorausgegangenen Schwangerschaften auch schon gemacht wurde.

Manche Frauen bzw. die Eltern legen kleine Kistchen an, in der schon während Schwangerschaft kleine Erinnerungsstücke gesammelt werden. Oft sind das der Schwangerschaftstest, die ersten Ultraschallbilder, Herztonaufzeichnungen vom Kind (CTG), Briefe an das ungeborene Kind, Bilder von größeren Geschwisterkindern, Gedichte oder Fotos von der schwangeren Mutter. Oft sind diese Sachen für später gedacht, wenn das erwartete Kind groß ist und man ihm diese Erinnerungen überlassen möchte (z.B. bei eigener Elternschaft oder Volljährigkeit).

Wird nun ein Kind fehl- oder totgeboren, bekommen diese bereits gesammelten Gegenstände eine ganz neue Bedeutung. Hat ein Mensch gelebt, so gibt es einige oder eine ganze Fülle von Erinnerungsstücken. Bei Kindern, die nicht lebend geboren werden, gibt es manchmal gar nichts. Jetzt handelt es sich um Erinnerungsstücke an das nun tote Kindes. Es können neue hinzukommen. Das können die im Kreißsaal angefertigten Fotos sein, oder das Namenskärtchen mit den Hand- u. Fußabdrücken, die Kerze, die während der Geburt brannte, das Namensbändchen...

Einige Familien erinnern sich an bestimmte Rituale, die sie entweder selber kennenlernen durften oder die mündlich überliefert worden sind und greifen nun darauf zurück. Bestimmte Personen aus dem engen Umfeld sind oft für bestimmte Handlungen bereit und dankbar. So können die Tage vor der Beerdigung bewusst gestaltet werden. Dazu zählt die Totenwache, das Nähen der Totenwäsche für das Kind, das Musizieren, das Dichten, das Malen von Bildern, die Gestaltung des Raumes, das Bauen und Gestalten des Sarges. Diese Dinge können auch von nahen Angehörigen oder guten Freunden übernommen werden.

Die Beerdigung an sich ist wohl mit das wichtigste Ritual. Hier darf Trauer offen gezeigt werden. Trauern heißt Abschied nehmen. Eine öffentliche Form des Trauerns ist die Trauerfeier, die Bestattung. Für manche Eltern reicht die Teilnahme vollkommen aus und sie überlassen sämtliche Formalitäten dem Bestatter. Andere wiederum haben das Bedürfnis, selbst zum Teil oder komplett die Begräbnisfeierlichkeiten zu gestalten oder durch Familienangehörige und Freunde gestalten zu lassen. Dies ist keine leichte Aufgabe, im Nachhinein wird es aber oft als erleichternd empfunden. Dadurch sind viele nahestehende Personen mitbeteiligt und somit selbst berührt und das gemeinsame Gespräch über das tote Kind und die Trauer werden ermöglicht.

Es werden die Anzeigen allein oder zusammen gestaltet, wobei eine Form gefunden werden muss, die die Geburt und den Tod des Kindes mitteilt. Die Trauerrede wird geschrieben und gelesen, die Blumen ausgesucht, vielleicht zusammen gebetet oder ein Gottesdienst gemeinsam gestaltet.

Kinder aus der Familie sollten nicht ausgeschlossen werden, ganz im Gegenteil. Gerade die gemeinsame Trauer und die Auseinandersetzung mit dem Tod des (Geschwister-)Kindes machen dieses tragische Ereignis begreifbar. So können Kinder z.B. Schalen für das Grab bepflanzen, Grabbeigaben basteln oder ein Spielzeug „mitgeben“. Später können die Friedhofsgänge zum Ritual werden. Werden Kinder mit einbezogen, sollten sie gut vorbereitet und begleitet werden. Sind die Eltern mit dieser Aufgabe überfordert, so kann dies von einer Person übernommen werden, die das Vertrauen des Kindes genießt. Hier sind Großeltern oder andere nahe Verwandte oft eine Hilfe.

„Eltern, die ihr Kind nicht oder anonym bestatten ließen, machen sich nachher Vorwürfe, sie seien ihrem Kind etwas schuldig geblieben. Sie haben keinen Platz, wo sie trauern können. Die Frage, wo das Kind geblieben ist, kann quälend sein. Gräber sind die ältesten Zeugnisse menschlicher Kultur.“

Es ist offenbar ein tiefsitzendes Bedürfnis, gestorbene Menschen zu bestatten. Und ein gestorbenes oder totgeborenes Kind ist genauso ein Mensch wie ein Erwachsener.“

(Gottfried Lutz in „Nur ein Hauch von Leben“)

In der Vergangenheit wurde den Eltern das Recht der Bestattung ihres Kindes abgesprochen, dies gilt insbesondere für fehlgeborene Kinder. Der Bedarf wurde unterschätzt, die Eltern in ihrer Trauer nicht ernst genommen. Auch als es erste Möglichkeiten der Bestattung gab, wurde sie den Eltern nicht angeboten. Das ist in Kliniken zum Teil noch heute gängige Praxis. Oft wird gerade bei frühen fehlgeborenen Kindern (unter 500 Gramm) zur anonymen Bestattung geraten. Für diese Eltern kann es hilfreich sein, sich im nachhinein einen imaginären Ort zu schaffen, an dem man dem Kind nahe sein kann. Sie können sich einen schönen Ort vorstellen, wo sich das Kind wohl befinden könnte. Sie können einen Brief oder ein Gedicht an dieses Kind schreiben. Sie können ein Gespräch niederschreiben, dass sie in Gedanken mit ihrem Kind geführt haben. Sie können einen Baum pflanzen. Sie können ein Samenkorn pflanzen. Diese symbolischen Handlungen können als kleine Abschieds- oder Gedenkfeiern gestaltet werden, und das auch lange Zeit nach dem Verlust.

7. Bestattungsmöglichkeiten für fehl- und totgeborene Kinder

In Nordrhein-Westfalen gibt es keinen Bestattungszwang, wohl aber eine Bestattungspflicht. Der fehlende Bestattungszwang wird aus der Tatsache abgeleitet, dass ihre Beurkundung nicht im Sterbebuch erfolgt.

*„Eine Totgeburt wird gemäß § 21 des Personenstandsgesetzes (PStG) nur im Geburtenbuch, eine Fehlgeburt dagegen überhaupt nicht beurkundet.“
(Amtsblatt des Erzbistums Köln, 1. Mai 2000, S. 101)*

„Unter Bestattungszwang versteht man die gesetzliche Anordnung, eine menschliche Leiche oder auch Aschenreste einer menschlichen Leiche im Erdreich bzw. in der See beizusetzen.“

Bestattungspflicht bedeutet die Pflicht zur Fürsorge für den menschlichen Leichnam vom Augenblick des Todes bis zur Beendigung der Bestattung.

Vorraussetzung der Bestattung einer Fehlgeburt ist deren Erkennbarkeit. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ist dies in der Regel ab der 12. Woche nach Empfängnis bzw. ab der 14. SSW nach der letzten Regel der Fall. In Einzelfällen kann eine Erkennbarkeit des Kindes nach dem Ausscheiden aus dem Mutterleib sogar in der 9./10. Woche gegeben sein.“

(vgl. Amtsblatt Erzbistum Köln, 1.Mai 2000, S.101)

Bei fehlgeborenen Kindern besteht keine Meldepflicht, somit erfolgt kein Eintrag ins Geburtenbuch, es wird kein Totenschein ausgefüllt. Der/die betreuende Arzt/Ärztin stellt lediglich eine Bescheinigung für die Bestattung aus.

Bei totgeborenen Kindern besteht Meldepflicht, d.h.. die Geburt wird am nächsten Werktag beim zuständigen Standesamt gemeldet. Eine namentliche Eintragung ins Familien-Stammbuch ist seit dem 1.7.1998 möglich. Bei diesen Kindern wird durch den Arzt/ die Ärztin ein Totenschein ausgestellt.

Da in NRW kein Bestattungszwang besteht, ist eine Kostenübernahme bis auf wenige Ausnahmen über das Sozialamt nicht möglich.

Folgende Bestattungsformen sind möglich:

- Stille Beisetzung/Anonyme Beerdigung

Nach Einäscherung werden die Überreste auf speziellen Grabfeldern bestattet. Die Stadt sollte die Pflege übernehmen. Die Eltern haben nicht das Recht zu erfahren, wo der Liegeplatz ist. Somit sind Grabgestaltung und Grabpflege nicht möglich.

- Beilegung in ein vorhandenes Grab

Dies ist als Urnen- und Erdbestattung möglich. Man hat die Möglichkeit der Bestattung in einem eigenen Familiengrab oder in einem fremden Grab, wobei die Einwilligung der nächsten Angehörigen eingeholt werden muss. Zu beachten sind die damit veränderten Ruhefristen.

- Beilegung zu einem anderen Verstorbenen in den Sarg

Dies ist mit oder ohne Kindersarg möglich. Die Angehörigen des Verstorbenen müssen ihre Einwilligung geben. Die Eltern des Kindes haben kein Anrecht zu erfahren, wer der/die Verstorbene ist. Der Ort bleibt somit unbekannt, eine Grabgestaltung- und Pflege ist nicht möglich. Es fallen, je nach Bestatter, keine Kosten an.

Vorteil: Die Angehörigen haben das Gefühl, dass der Verstorbene nicht „umsonst“ gegangen ist und noch eine letzte Aufgabe erfüllt. Für die Eltern des Kindes wächst das Gefühl, dass das Kind weiterhin „behütet“ ist.

- Reihenkindergrab / Wahlkindergrab

Dies stellt die teuerste Variante dar. Hier sind jedoch alle Möglichkeiten offen: das Kind kann in einer Urne oder einem Sarg bestattet werden, Grabgestaltung und Grabpflege sind möglich, es werden die gesetzlichen Ruhefristen eingehalten.

- Spezielle Grabfelder für Fehl- und Totgeburten

Diese Grabfelder gibt es mittlerweile an verschiedenen Kliniken bundesweit, im näheren Umfeld u.a. am Vincenz- Pallotti Hospital, Bergisch-Gladbach; St. Marien, Bergisch Gladbach (Gronau); St. Anna, Berg-Neustadt; St. Josef, Bonn-Beuel; Liebfrauen, Köln-Mühlheim.

8. Abschließende Bemerkungen und Ausblicke

Eltern der „Initiative REGENBOGEN“ haben unter anderem den Wunsch geäußert, für Totgeburten den Ausdruck „Stille Geburt“ zu verwenden. Das hat mich überzeugt und ich habe deshalb den Titel meiner Hausarbeit so gewählt. Denn es ist wirklich so: der Ort, wo Eltern auf neues Leben gehofft, Zukunftspläne geschmiedet und voller Zuversicht und Freude waren, wurde ein Ort der Trauer und der Stille. Ich empfinde dies im Kreißsaal selbst so.

Für mich war es wichtig, auch die eigenen negativen Erlebnisse niederzuschreiben. Es bedarf eigener Erfahrung und der ständigen Reflektion der eigenen Handlungen, um durch menschliches Verhalten den Bedürfnissen der Mütter, die ihr Kind verloren haben, gerecht zu werden. Vor allem aber bedarf es der Fähigkeit zum Mitempfinden. Ich wollte zeigen, dass ein pietätvoller Umgang mit den fehl- und totgeborenen Kindern durchaus möglich ist, dass den Müttern ihre Trauer zusteht und dass jene, die diese begleiten, einen erheblichen Anteil an ihrer Bewältigung haben.

Unsere Gesellschaft an sich ist gefordert, auf diesem Gebiet umzudenken. Einige Bundesländer sind Nordrhein-Westfalen weit voraus. Aber auch der Einzelne kann viel bewirken. Die bereits existierenden Initiativen geben ein Beispiel dafür.

Diskussionen mit zumeist ärztlichen Kollegen verlaufen zum Teil frustrierend, weil vieles als unsinnig und übertrieben abgetan wird. Ich bin davon überzeugt, dass festgelegte Rahmenbedingungen im Kreißsaalbereich und auf der Wochenbettstation und das Vorhandensein von Grabfeldern hilfreich für eine gesunde Trauerbewältigung sind und dass darauf zurück gegriffen werden wird. Ob ein fehl- oder totgeborenes Kind mit Würde bestattet wird, können somit die Eltern selbst entscheiden. Für mich ist es wichtig, überhaupt die Möglichkeit anbieten zu können.

Ende des Jahres 2002 hat sich an unserer Klinik ein Arbeitskreis gebildet, der aus Vertretern der katholischen und evangelischen Stadtgemeinden, Vertretern der Bestattungsunternehmen, Steinmetzen und Bildhauern, unserem Verwaltungschef, der Trauerbegleiterin unseres Hauses und mir besteht, und der sich der Thematik fehl- und totgeborener Kinder angenommen hat. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, eine Grabfläche für fehl- und totgeborene Kinder einzurichten. Damit wollen wir dem Begehren betroffener verwaister Eltern entgegenkommen, die nach dem Verlust ihres Kindes einen Ort der Trauerbewältigung wünschen.

Im Einzelnen wird dies so aussehen:

Die Klinik übernimmt die kostenfreie Trauerbegleitung und Vermittlung weiterer Hilfsangebote. Alle die Bestattung betreffenden Leistungen werden kostenfrei von Bestattern der Stadt übernommen. Die Vertreter der Kirchengemeinden führen die Trauerfeierlichkeiten durch.

Eine zentrale, kostenlos von Steinmetzen und Bildhauern individuell entworfene und erstellte Gedenkskulptur wird, das Einverständnis der Stadt vorausgesetzt, auf dem Grabfeld errichtet. Die Pflege und Instandhaltung der Grabstätte entsprechend der Friedhofsordnung regelt der Arbeitskreis.

Der Bürgermeister der Stadt hat uns seine Unterstützung zugesagt. Betroffene Eltern des Kontaktkreises der „Initiative REGENBOGEN“ sind angeschrieben und wir hoffen auf ihre Unterstützung und eine Bereicherung des Projekts durch weitere Anregungen und das Einbringen selbstgemachter Erfahrungen.

9. Anhang:

Definitionen: Lebend-, Fehl- und Totgeburt

Lebendgeburt:

Bei einem lebend geborenen Kind muss nach dem Scheiden aus dem Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt haben.

Fehlgeburt:

Unter einer Fehlgeburt wird die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft verstanden, wobei das Gewicht des Kindes bei fehlenden Lebenszeichen wie Atmung, pulsierende Nabelschnur, regelmäßiger Herzschlag, unter 500 Gramm liegt. Das Schwangerschaftsalter spielt keine Rolle. Die Angaben zur Häufigkeit von Fehlgeburten schwanken zwischen 10-30%.

Totgeburt:

Unter einer Totgeburt ist die Geburt eines Kindes zu verstehen, das kein Lebenszeichen zeigt und ein Gewicht von über 500 Gramm hat.

Ursachen:

Ursachen einer Fehlgeburt können sein: zufällige chromosomale Veränderungen, immunologische Unverträglichkeiten, Infektionen (z.B. Röteln, Toxoplasmose), Stoffwechselkrankheiten der Mutter (z.B. Diabetes), Fehlbildungen der Gebärmutter, Umweltfaktoren, Nikotin-, Alkohol-, Koffein- und Drogenkonsum, psychische Belastungen und/oder zunehmendes Lebensalter der Mutter. Trotz pathologischer Untersuchungen (Obduktion) bleibt die Ursache oft ungeklärt.

Bei den totgeborenen Kindern sind als häufige Ursachen die vorzeitige Ablösung des Mutterkuchens, Funktionsstörungen oder Fehlbildung der Plazenta und/oder Nabelschnur (Unterversorgung des Feten), schwere kindliche Fehlbildungen, Mehrlingsschwangerschaften, Blutgruppenunverträglichkeit, Erkrankungen der Mutter (z.B. Diabetes, Herz- und Nierenkrankheiten, Bluthochdruck, schwere Infektionen), Nabelschnurkomplikationen (Knoten, Umschlingungen) und/oder Mangelversorgung des Kindes zu nennen. Die Häufigkeit von Totgeburten liegt zwischen 5 und 12 pro 1000 Geburten.

Mutterschutz:

Mutterschutz wird bei Fehlgeburten nicht gewährt, hier ist die großzügige Krankschreibung durch den Frauenarzt/Hausarzt möglich.

Bei Totgeburten besteht die übliche Mutterschutzregelung von 8 Wochen zuzüglich der Tage bei einer vorzeitigen Entbindung. Vor Vollendung der 37. SSW sind dies 12 Wochen zuzüglich der vor der Geburt nicht in Anspruch genommenen Schutzfrist.

Seit dem 20. Juni 2002 ist für den Fall des Todes des Kindes eine Wiederbeschäftigung der Mutter frühestens ab der 3. Woche (nicht Kalenderwoche) nach der Entbindung zulässig.

(MuSchG der BRD vom 17.01.1997, geändert am 20.06.2002)

Literatur:

- „Ophelias Schattentheater“, Michael Ende, Thienemann Verlag, 1988
Vorbereiten auf Sterben und Tod, Leben danach - ab 8 Jahre
- „Die Schneegans“, Pirkko Vainio, Nord-Süd Verlag, 1993
Die Schneegans wird zum Bild für Leben und Tod - ab 3 Jahre
- „Leb wohl, lieber Dachs“, Susan Varley, Beltz Verlag, 2000
Verarbeitung von Trauer - ab 5 Jahre
- „Was ist das? fragt der Frosch“, Max Velthijus, Sauerländer Verlag, 1998
Beerdigung und Trauerverarbeitung - ab 3 Jahre
- „Der alte Mann und der Bär“, Janosch, Diogenes Verlag, 1985
von Traurigkeit und Abschied, von Liebe, Wärme und Geborgenheit
- „Und was kommt dann?“, Pernilla Stalfelt, Moritz Verlag, 2002
Ein Kinderbuch vom Tod - ab 5 Jahre
- „Gute Hoffnung – jähes Ende“, Hannah Lotrop, Kösel Verlag, 2001
*Leben mit dem Tod eines Kindes in der Schwangerschaft
und im frühen Lebensalter, Umgang, Hilfen, Enttabuisierung.*
- „Wenn das Leben mit dem Tod beginnt“,
Arbeitsgruppe „Der frühe Tod von Kindern“, Elwin Staude Verlag
- „Zur psychosozialen Pflege von Frauen mit Fehlgeburten“,
Ernst Näf, Zimmermann Verlag, 1999
- „Unwiederbringlich. Vom Sinn der Trauer.“
Monika Müller, Matthias Schnegg, Herder Verlag, 2001

Informatives im Internet:

<http://www.geburtskanal.de>
<http://www.initiative-regenbogen.de>
<http://www.heike-brueggemann.de>
<http://www.nureinhauchvonleben.at.tt>
<http://www.tabea-ev.de>
<http://www.totgeburt.net>
<http://www.muschel.net>
<http://www.lalelu-homepage.de>
<http://www.schmetterlingskinder.de>
<http://www.engelskinder.de>
<http://www.engelskinder.ch>
<http://www.verwaiste-vaeter.de>
<http://www.schatten-und-licht.de>
<http://www.kindergrab.de>

Quellen :

„Der frühe Verlust eines Kindes“

Manfred Beutel, Verlag für Angewandte Psychologie, 2002

„Nur ein Hauch von Leben“

mit Beiträgen von Verena Kast und Karl-Heinz Wehkamp,

Gottfried Lutz, Barbara Künzel-Riebel (Hg.), Verlag Ernst Kaufmann, 1988

„Der intrauterine und perinatale Kindstod:

Begleitung und Hilfen zur Bewältigung“

Dr. phil. Sylvia Börgens, in „Die Hebamme“ 10/1997

„Trauern hat seine Zeit - Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes“

Michaela Nijs, Verlag für angewandte Psychologie Göttingen, 1999

„Richtlinien für die Bestattung von Fehl- und Totgeburten“

Amtsblatt des Erzbistums Köln, 1.Mai 2000



*“Es gibt viel Trauriges in der Welt
und viel Schönes.*

*Manchmal scheint das Traurige mehr Gewalt zu haben,
als man ertragen kann.*

*Dann stärkt sich indessen leise das Schöne
und berührt unsere Seele.”*

Hugo von Hoffmannsthal

In Memoriam

Nach einer viel zu kurzen Schwangerschaft
wurde unser Kind

am um Uhr

in der Schwangerschaftswoche geboren.

St. Josef Hospital Troisdorf



*“Es gibt viel Trauriges in der Welt
und viel Schönes.*

*Manchmal scheint das Traurige mehr Gewalt zu haben,
als man ertragen kann.*

*Dann stärkt sich indessen leise das Schöne
und berührt unsere Seele.”*

Hugo von Hoffmannsthal

In Memoriam

Am um Uhr

wurde unser Kind geboren.

Bei der Geburt wog es Gramm
und war cm lang.

weilte nur kurz bei uns

St. Josef Hospital Troisdorf

Bezugsquellen:

Wickeltücher für Fehl- und Totgeborene Kinder:
Roswitha Triebel- Hograebe
Minister Str. 15
44797 Bochum
Tel.: 0234-300095

Moseskörbchen:
Funeralia GmbH Bestattungsbedarf
Oberer Kühlenberg 96
97078 Würzburg
Tel.: 0931-299030-0

