

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	94 (1996)
Heft:	12
Artikel:	Vom humanen Umgang mit dem Tod am Beginn des Lebens
Autor:	Jaccard, Maya
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950628

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

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

Vom humanen Umgang mit dem Tod am Beginn des Lebens

Von Maya Jaccard



Maya Jaccard ist Mutter zweier erwachsener Kinder, diplomierte Kinderkrankenschwester mit Weiterbildungen in Erwachsenenbildung, ganzheitlicher Geburtsvorbereitung und Psychologie. Sie erwarb langjährige Erfahrungen an einer Beratungsstelle rund um die Geburt, setzte sich für ganzheitliche Geburt und Wochenbett ein und ist seit über drei Jahren als Dozentin an der Schwesternschule des Kinderspitals Zürich tätig. Privat betreut sie Mütter, die ihr Kind in der Perinatalzeit verloren haben.



Vortrag, gehalten an der Fachtagung des SHV und der SBK Fachstelle für Fortbildung vom 20./21. September 1996 in Zürich: «Humaner Umgang am Beginn des Lebens»

Ein Frühtod ist für die betroffenen Eltern eine menschliche Tragödie, für die Pflegenden ein schmerhaftes Erlebnis, das oft Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle provoziert. Der Umgang mit solch heiklen Situationen kann nicht nach vorgegebenen Ansätzen oder Techniken erlernt werden.

Ich gehe davon aus, dass das Leben mit der Konzeption beginnt und spreche deshalb nicht von Embryo und Fötus, sondern immer vom Kind. Meiner Meinung nach sollte es der betroffenen Mutter, den Eltern überlassen werden, ob es für sie eine Schwangerschaft oder schon ein Kind war.

Erfahrungen in den USA...

Wie kann man sich mit dem Tod am Beginn des Lebens auseinandersetzen? Während eines mehrjährigen USA-Aufenthalts habe ich vor vielen Jahren mein zweites Kind Ende des 3. Schwangerschaftsmonats und mein drittes Kind bei der Geburt verloren.

Ich wurde, wie damals auch in den USA noch üblich, mit einer Durchtrittsnarkose betäubt und später mit Psychopharmaka vollgestopft. Die beiden Kinder wurden sofort weggeschafft. Ich habe 18 Jahre mit den unverstandenen Gefühlen einer unbewältigten Trauer gelebt. Während einer Ausbildung für ganzheitliche Geburtsvorbereitung in München erfuhr ich anlässlich eines Vortrages von Sister Jane Maire Lamb aus den USA über den anderen Umgang mit Frühtod.

körperliche Störungen sowie für die weitere Familienplanung aufgegriffen wurden. Überblickartig lassen sich heute folgende Hypothesen, seit 1978 in den USA auch wissenschaftlich erforscht, bestätigen:

Impressum

Zentralpräsidentin/Présidente centrale
Ruth Brauen • Flurstrasse 26 • 3000 Bern 22

Zentralsekretariat/Secrétariat central
Flurstrasse 26 • 3000 Bern 22 Telefon 031/332 63 40
 Telefax 031/332 76 19

Öffnungszeiten:

Mo-Do 9-11 und 14-16 Uhr, Fr 9-11 Uhr

Heures d'ouverture:

lu-je 9 h 00-11 h 00 et 14 h 00-16 h 00, ve 9 h 00-11 h 00

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Ein Beitrag gibt die Ansicht der Verfasserin, des Verfassers wieder und muss sich nicht zwingend mit der Meinung der Redaktion, Zeitungskommission oder des SHV decken.

Mutationen müssen immer der Sektionspräsidentin und dem Zentralsekretariat gemeldet werden!
Les mutations doivent toujours être signalées à la présidente des sections, ainsi qu'au secrétariat central!

Verlag/Edition:
Schweizerischer Hebammenverband
Flurstrasse 26, Postfach 647 • 3000 Bern 22

**Redaktion/Rédaction/
Deutschsprachige Redaktion:**
Gerlinde Michel • Flurstrasse 26 • 3000 Bern 22
Telefon 031/331 35 20 + Fax

Rédaction de langue française:
Denise Vallat • Pré de l'Eglise 1 • 1728 Rossens
Téléphone 037/314 414 • Télécopie 037/314 415

Zeitungskommission/Commission du journal
vl = Viviane Luisier bvf = Barbara Vlajkovic-Fäh

Druck/Impression
Flüeli AG/SA, Biel-Bienne

Inseratenverwaltung/Régie des annonces
Künzler-Bachmann
Gelterwilenstrasse 8a • Postfach • 9001 St. Gallen
Telefon 071/226 92 92 • Télécopie 071/226 92 93

Jahresabonnement/Abonnement annuel
Nichtmitglieder/Non-membres Fr. 76.–
Ausland/Etranger Fr. 87.– + Porto/Port
Einzelnummer/Numéro séparé Fr. 10.–

11 Ausgaben im Jahr/Parution 11 fois par an

Redaktionsschluss: Am 1. des Vormonats
Délai de rédaction: Le premier du mois précédent

Der Frühtod kann bei ungenügender Bewältigung:

- schwere seelische Störungen bei der Mutter hervorrufen,
- zu Verhaltens- und Gesundheitsstörungen bei Geschwisterkindern führen,
- die weitere Familienplanung ungünstig beeinflussen,
- zum psychosomatischen Verursacher von Störungen einer erneuten SS werden, z.B. in Form von drohender Frühgeburt,
- das Verhältnis Mutter/Eltern/Arzt/Klinik erheblich stören.

Geburt ist der Moment im Leben, in dem eine Familie entsteht. Eine Situation, die uns mit viel Hoffnung, mit viel Phantasien für eine neue Zukunft erfüllt. Gerade dieses Lebensgefühl wird beim Frühtod empfindlich verletzt. «Ich werde das Kind nie nach Hause nehmen können.» In diesem NIE liegt die ganze Endgültigkeit des Todes. Die Frau geht leer nach Hause. Die Kindersachen werden nicht gebraucht. Das alles wollen wir nicht wahr haben, auch die Menschen, die sich mitfreuen wollten.

Damit wollen wir die Trauer darüber abwehren, dass der Übergang der Geburt ein Tod sein kann.

unheimliches und sehr schlimmes Ereignis betrachten? Und wollen wir, indem wir vorgeben, die Mutter zu schützen, nicht vielmehr uns abschirmen? Wenn der Kindstod uns selbst so sehr berührt, dass wir ihn spontan am liebsten unsichtbar und ungeschehen machen wollen, wie sehr wird er die Mutter und den Vater des Kindes betreffen. Mit ihrem Kind haben sie eine Hoffnung, ein reales Stück Gemeinsamkeit, die Unversehrtheit ihres Selbstvertrauens in ihre Fähigkeit, ein Kind zu erzeugen, verloren. Oft ist damit ein wichtiger Teil des selbstempfundenen Sinns ihres Daseins erschüttert. In der Regel wird das Ereignis unvergessen bleiben, und es wird die Gefühlswelt und Persönlichkeit der Eltern aufs heftigste bewegen. Ist es dann nicht selbstverständlich, dass ein solch folgenschweres Ereignis bewältigt sein will? Muss dann nicht selbstverständlich alles getan werden, was diese Bewältigung fördert, wenn nicht schwere seelische, körperliche und soziale Störungen zurück bleiben sollen? Müssen wir dann Schmerz und Trauer nicht eher ermöglichen und zulassen, als durch Bagatellisierung, Verstecken und vordergründiges «Trösten» verhindern? Das Äussern von Schmerz, Trauer, Wut und Verzweiflung ist für die betroffenen Frauen ebenso wichtig und natürlich wie die Aufnahme von Eindrücken vom verstorbenen Kind.

Wie gehen wir Pflegenden mit dem Kindstod um?

Richtiger Umgang mit dem Ereignis des Kindstods ist keine Frage der Technik, sondern der persönlichen Wahrhaftigkeit und Überzeugungskraft. Die erste Frage sollte deshalb nicht lauten: «Wie gehe ich mit den betroffenen Eltern um?», sondern vielmehr: «Wie gehe ich mit dem Ereignis um?»

Unser Verhalten gegenüber der unglücklichen Mutter wird stark davon bestimmt, wie wir den Kindstod erleben. Macht er uns traurig? Macht uns das Ereignis aggressiv, weil wir schmerzlich die Grenzen unserer Macht erfahren? Ansehen und Berühren eines toten Kindes ist für uns oft schwerer als beim verstorbenen Erwachsenen. Im Gegensatz zum Tod des Erwachsenen lässt unsere Gesellschaft uns beim Frühtod Ausweichmöglichkeiten offen. Oft neigen wir dazu, die Schwangerschaft, die Geburt und das Kind als «bedeutungslos» zu betrachten. Wir verleugnen: «Das war keine richtige Geburt – das ist kein richtiger Mensch. Es ist normal, wenn das Kind namenlos an unbekannter Stelle unter die Erde kommt.» Wir versuchen das Ereignis ungeschehen zu machen, indem wir die betroffene Mutter (oder uns selbst?) mit der Möglichkeit einer neuen Schwangerschaft «trösten».

Wir haben geglaubt (und viele glauben es noch), dass wir der Mutter einen Gefallen tun, wenn wir ihr den Anblick ihres toten Kindes ersparen. Manche Mütter und Väter und mehr noch deren Angehörige empfinden es als Härte, sogar als Grausamkeit, wenn ihnen das verstorbene Kind gezeigt wird. Zeigen wir damit nicht unbewusst, dass wir den Frühtod als ein kaum auszuhaltenches,

Wenn Trauer (einschliesslich der Verarbeitungsformen Schock, Verleugnung, offene Verzweiflung) ein notwendiger psychischer Verarbeitungsvorgang ist, dann ist dieser beim Frühtod zu fördern. Er ist jedoch schon dadurch behindert, weil die Vorstellung vom Kind so unklar ist. Die Frau, die ihr totes Kind nie gesehen hat, trauert um ein Phantom. Sie wird später mit allen Sinnen mögliche Informationen über dieses Kind aufsaugen. Gelingt ihr das nicht, so wird ihre Vorstellungswelt über Jahre, Jahrzehnte von schemenhaften Phantasien über Geschlecht, Aussehen, Name und Eigenart des Kindes erfüllt sein. Sie wird eher seelische und soziale Störungen erleben als eine Frau, deren Trauer sich auf ein konkretes, «leibhaftiges» Wesen beziehen konnte.

Eine Frau, die ein verstorbenes Kind noch gebären muss, darf nicht allein bleiben. Es sei denn, sie wünscht dies ausdrücklich. Nach Möglichkeit sollte der Mann oder ein nahe stehender Mensch dabei sein. Für das Krankenhaus muss dies mindestens so selbstverständlich sein wie der Wunsch nach väterlicher Anwesenheit bei einer normalen Geburt.

Schmerzmittel sollten ausreichend, Beruhigungsmittel möglichst keine gegeben werden. Je mehr die Eltern von der Realität des Kindstodes wahrnehmen können, umso leichter wird ihnen die Verarbeitung dieses Ereignisses fallen. Heute besteht auch die Möglichkeit einer Periduralanästhesie. Auch nach der Geburt soll der Mann bei seiner Frau bleiben können. Auch er sollte krank geschrieben werden.

Obwohl in den vergangenen Jahren in der Schweiz enorme Anstrengungen für einen besseren Umgang mit Frühtod gemacht wurden, ist es nicht überall selbstverständlich, dass Eltern informiert werden, welche Schritte zu einer Beerdigung vollzogen werden können. Im Volksmund sagen wir sogar von einem Streit, den Menschen miteinander haben, «komm, lass uns das begraben», wir vollziehen eine gemeinsame Handlung, die einen gemeinsamen Neuanfang erleichtern hilft.

Es ist für die Eltern schwer, darüber zu sprechen. Auch Mitarbeiter der Kliniken sind oft ratlos und verunsichert. Es gibt kaum einheitliche Regelungen im Umgang mit Betroffenen. Ich finde es sehr wichtig, dass Seelsorger Sorge tragen, dass alles nur Mögliche und Notwendige dazu getan wird, Eltern die Trauerarbeit beim Verlust ihres Kindes zu ermöglichen und zu erleichtern.

Bindung, Tod und Trauer

Wie tief die Trauer ist, hängt von der bereits entstandenen Bindung zum Kind, der Bedeutung dieses Kindes für die Eltern und vielen anderen Faktoren ab.

Die Beobachtung Freuds, dass Wunschphantasien nach einem Kind bereits im frühen Kindesalter auftreten, hat sich bestätigt. Der Kinderwunsch ist bei beiden Geschlechtern ein Kristallisierungspunkt vielfältiger, bewusster und unbewusster Wünsche. Die Gedanken vor und während der Schwangerschaft lassen eine erste intensive Bindung entstehen, eine Bindung der Phantasien und der Hoffnung. **Die Schwangerschaft beginnt im Kopf und nicht erst im Bauch. Die Dauer einer Schwangerschaft und ob ein Kind geplant oder gewollt war oder nicht, sind Faktoren, die keinen Einfluss darauf haben, wie Frauen über eine Schwangerschaft fühlen. Der Zeitpunkt kommt, in dem die Energien von Kopf und Herz verschmelzen. Genau in diesem Moment verwandelt sich die Schwangerschaft in das kommende Baby.**

Der Verlust eines Kindes in den ersten Schwangerschaftswochen wird daher oft viel intensiver erlebt als allgemein angenommen und als sich die Eltern selber eingestehen können. Die Fehlgeburt gilt nicht als Entbindung. Gerade die moderne Reproduktionsmedizin und pränatale Diagnostik, die eine Schwangerschaft bereits in einem sehr frühen Stadium diagnostizieren kann, trägt dazu bei, die Mutter-Kind-Bindung sehr früh zu etablieren.

Während eine Schwangerschaft noch vor 30 Jahren erst durch die ersten Kindsbewegungen in der 18.–20. Schwangerschaftswoche zuverlässig diagnostiziert werden konnte, kann man sie heutzutage bereits vor dem Ausbleiben der Menstruationsblutung mit Hilfe eines BETA-HCG-Nachweises im Blut der Mutter erkennen. Im Ultraschall sind kindliche Herzaktionen bereits in der 6. Schwangerschaftswoche sichtbar, lange bevor die Schwangere Kindsbewegungen spürt. Zu einer Zeit also, in der noch 30% aller Schwangerschaften mit einem Frühtod enden. Während Frauen vor 30 Jahren zu diesem Zeitpunkt meist noch nichts von ihrer Schwangerschaft wussten, haben Frauen heute zu diesem Zeitpunkt bereits eine – wenn auch nicht immer konfliktfreie – Beziehung zu ihrem Kind.

Die Mutter-Kind-Beziehung ist in dieser Phase der Schwangerschaft etwas ganz Intimes, ja fast Geheimes, das sich tief im Inneren der Schwangeren abspielt und gerade deshalb für die Außenwelt schlecht messbar, fühlbar und damit auch nicht nachvollziehbar ist. Das heißt aber nicht, dass sie deshalb weniger existent ist. In der Früh-Schwangerschaft sind es vor allem emotionale Prozesse, die die Mutter-Kind-Bindung ausmachen, die tiefen Gefühle, schwanger zu sein und ein Kind im Leib zu tragen, auch wenn es noch nicht visualisiert werden kann. Die Bindungsqualität ist vielleicht eine andere, keinesfalls aber die Bindungsquantität. Vor der 12.–16. SSW fühlen sich die wenigsten Frauen übergangslos als Elternteil. Dennoch kann aber eine sehr innige, höchst symbiotische intensive Beziehung zum ungeborenen Kind entstehen. Christa Nehring beschreibt in ihrem Buch «Fehlgeburt», wie sehr sie mit ihrem Ungeborenen in Dialog tritt: «Wie geht es Dir? Kriegst Du genug Nahrung?» Sie empfindet ihr Ungeborenes als einen Teil von sich, tief mit ihm verbunden.

Während Eltern, die ein bereits geborenes Kind verloren haben, das Recht zugestanden wird, die entsprechenden emotionalen Reaktionen zu äußern und von der Umwelt

Was fühlten Frauen nach einer Fehl- oder Totgeburt?

- 81% fühlten sich, wie wenn ein Teil von ihnen gestorben wäre
- 63% verloren an Selbstwertgefühl
- 73% glaubten, sie seien die Ursache der Fehlgeburt, suchten nach einem Grund, hatten Schuldgefühle, glaubten an eine übernatürliche Strafe
- 75% empfanden sie als den Verlust ihres Kindes
- 25% empfanden sie als Verlust eines Teils ihres Lebens
- 81% fühlten sich sehr allein gelassen
- 55% dachten, wie würden durchdrehen
- 48% dachten, sie würden nie über diesen Verlust hinwegkommen

Quelle: Marie Allen, Shelly Marks, «Miscarriage: Women Sharing from the Heart» (1993)

auch als Trauernde erkannt und besonders behandelt werden, können Eltern und vor allem Frauen nach Frühtod ihre Trauer nicht oder nur schwer an die Öffentlichkeit tragen.

Meistens hat das soziale Umfeld noch nichts von der Schwangerschaft gewusst. Frauen, die ihr Kind in der frühen Schwangerschaft verlieren, haben keine Trauerrituale. Sie können von ihren Kindern nicht Abschied nehmen und haben mit Ausnahme des Ultraschallbildes keine visuelle Vorstellung von ihrem verlorenen Kind. Gerade diese Trauerrituale sind aber für eine Verarbeitung des Verlustes von grosser Bedeutung. Die Betroffenen haben den Eindruck, verrückt zu werden, weil sie die auftretenden Symptome als krankhaft empfinden. Sie sind stolz darauf, sich zu kontrollieren, und fühlen sich oft dazu genötigt, ihre Trauer zu verdrängen. Tatsache ist jedenfalls, dass meistens schon in der Klinik ein Verdrängungsprozess beginnt. So stossen Frauen, die nach einem Frühtod ihre Trauer und Tränen offen zeigen, oftmals auf Unverständnis des Pflegepersonals.

Der häufige Rat an die Frau, dass sie so schnell wie möglich wieder schwanger werden solle, oder der Trost, dass sie sicher schnell wieder schwanger werde, missachtet die Existenz des toten Kindes mit seiner unverwechselbaren und einmaligen Identität, so winzig es auch sei. Zudem sollte das zukünftige neue Kind kein Ersatz für das verstorbene sein.

Trauerphasen

Eine Aufteilung der Trauerphasen hat Verena Kast beschrieben (1982). Dazu beschreibt William Worden nahezu übereinstimmend vier Aufgaben der Trauer (1987):

1. Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens.
Aufgabe: Den Verlust als Realität akzeptieren.
2. Phase der aufbrechenden Gefühle.
Aufgabe: Den Trauerschmerz erfahren.
3. Die Phase des Suchens und Sich-Trennens.
Aufgabe: Sich anpassen an eine Umwelt, in welcher der Verstorbene fehlt.
4. Die Phase des Selbst- und Weltbezugs.
Aufgabe: Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren.

Für Eltern, deren geborenes oder ungebogenes Kind gestorben ist, ist die vierte eine unlösbare Aufgabe. Dr. Arnold Mindel, ein prozessorientierter Psychologe (Harscha Adler), modifiziert sie folgendermassen: Nicht Loslösen vom verstorbenen Kind, sondern dessen Integration in das Leben der hinterbliebenen Eltern ist entscheidend zur Bewältigung der Trauer. Gerade das Prozesshafte an der Trauer gibt auch Anlass zur Hoffnung. Der Trauernde ist dem Geschehen nicht hilflos ausgeliefert und kann, gegebenenfalls mit Hilfe, sein Schicksal selbst in die Hand nehmen (Worden 1982).

Geschlechtsspezifisches Trauern

Die gutgemeinten Worte «geteiltes Leid ist halbes Leid» verlieren beim Trauern ihre Gültigkeit. Vor allem das unterschiedliche, geschlechtsspezifische Trauern von Mann und Frau bei Frühtod lässt beide oft einsam zurück. Vereinfachend könnte man sagen: Die Trauer von Männern, von Vätern, ist eher narzisstisch, also aus der Selbstliebe heraus genährt, und daher geprägt vom Schmerz eines unwiederbringlichen Abschieds, von dem, was man selbst ist, was man selbst war, was man selbst sein möchte.

Die Trauer von Frauen, von Müttern, ist eher anlehnend, von der Nächstenliebe her bestimmt, und daher gekennzeichnet von der Angst vor dem Verlassenwerden, vor dem Verlust von Liebe und Sinngebung, von Geborgenheit und Anerkennung, von der Angst vor dem Versagen (Ursula Goldmann Posch).

Wir Frauen erleben den Verlust eines Kindes sehr unmittelbar. Das Kind ist ein Teil unseres

Körpers. Besonders, wenn wir es schon körperlich gespürt haben, ist sein Verlust so, als werde ein Teil unserer selbst aus uns herausgerissen. Durch den erlittenen Schock, bei Steckenbleiben in der Trauer (dies geschieht meist in der zweiten Phase vor Wut, Zorn, Verzweiflung) und durch die vielen Schuldzuweisungen wird die Frau auch von ihrem geistigen Weltbild abgeschnitten. Viele Frauen haben in dieser Zeit Träume, die ihnen herauszufinden helfen, welche Bedeutung dieses Kind für sie hatte, so dass sie sich so mit ihm versöhnen können, um wieder Frieden und Ruhe zu finden. Dazu braucht die Frau einen geschützten Raum und Hilfe.

Männern fehlt diese direkte körperliche Beziehung. Oft erlaubt ihnen ihre berufliche Tätigkeit nicht einmal, sich mit dem Kind in der frühen Schwangerschaft gedanklich zu befassen. Viele Väter nehmen erst bei der Geburt und der Zeit danach eine richtige Bindung auf. Das Leben der Frau verändert sich stärker durch ihr Mutterwerden als das des Mannes durch sein Vaterwerden. Partnerschaften können in eine schwere Krise geraten. Die Scheidungsrate ist hoch unter trauernden Eltern.

Vielleicht werden sie durch ihre Trauer zu Menschen, die einen «Vorsprung im Leiden» erlangen und lernen, mit Verlust in dieser Welt umzugehen, aber unverstanden bleiben in einer zunehmend verlustunfähigen Gesellschaft, für die der Tod nur Spielverderber ihrer kindlichen Fortschrittsgläubigkeit ist. Unsere Gesellschaft hat das Trauern verlernt und die alten Rituale vergessen.

Richtiger Umgang mit dem Frühtod: Eine Herausforderung

Der Frühtod ist für die Betroffenen nicht nur eine menschliche Tragödie, er ist auch eine Herausforderung für eine der Humanität verpflichtete Gesellschaft und Medizin. Seine Bewältigung ist zugleich ein Stück medizinischer Prophylaxe. Sie ist oft folgenreich für den Verlauf einer neuen Schwangerschaft, sowie den Mut, überhaupt noch einmal eine Schwangerschaft zu riskieren. Bei Tod des Kindes müssen wir die Frau, das Paar, die Familie begleiten wie bei Schwangerschaft und Geburt. Zeitgemäße Sterbegleitung heißt: physische, psychische, soziale und spirituelle Hilfe anbieten. Bei Frühtod, wo Geburt und Tod zusammenfallen, ist es absolut notwendig, dass in dieser Situation besondere Hilfe angeboten wird.

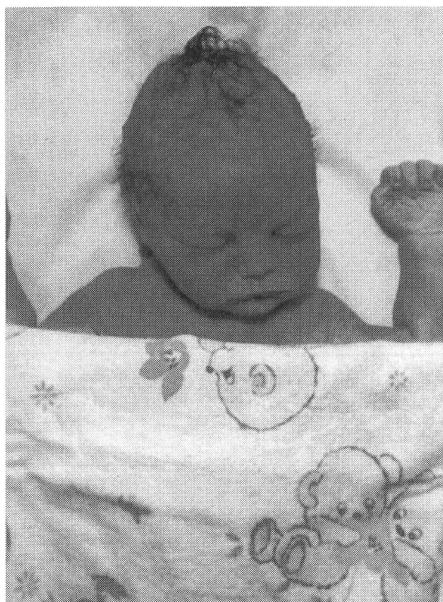


Zwillinge in der 12. Schwangerschaftswoche. Eine solche Foto kann für die Trauarbeit der betroffenen Eltern sehr wichtig sein.

Foto: Centering Corporation, Omaha, USA

Nach der Geburt eines gesunden Kindes verarbeitet die Frau das Geburtserlebnis durch Erzählen ihrer einmaligen Erfahrung, wobei ihr alle gespannt zuhören. Ist das Kind tot, will niemand ihre Geschichte hören. Sie wird nicht mit Geschenken überhäuft, auch von der Abteilung (übliche Werbegeschenke) erhält sie nichts. Mit einem toten Kind geht sie leer aus dem Hause. Vor allem bei Frühtod ist es unsere Aufgabe, herauszufinden, welche Bedeutung diese Schwangerschaft für die Frau hatte. Ob es für die Frau bereits ein Kind war, das mit Namen angesprochen wird, ob Erinnerungsstücke wie Fotos, Fussabdrücke, Geburts- und Todesbescheinigung, Ultraschallaufnahmen etc. gesammelt und ein Trauerprozess eingeleitet werden muss oder ob es für die Frau eine Schwangerschaft und einfach eine Erfahrung war. Dazu braucht es das Wissen um die verschiedenen Prozesse in Schwangerschaft und Elternschaft sowie eine sehr gute einfühlende Kommunikationsfähigkeit. Wir müssen der Frau helfen, dieses Geschehen in ihren individuellen Lebensprozess zu integrieren, damit sie weiterschreiten und vielleicht aus diesem Schmerz sogar einen Sinn erlangen kann. Auch Väter müssen dafür sorgen, dass man auch sie als Trauernde wahrnimmt. Dazu brauchen sie Ermutigung.

Schliesslich ist es der Traum aller Eltern, dass man ihr Kind kenne, als «jemand Besonderes» anerkenne und dass ihr Kind eine



Dieses Baby starb zwei Tage vor der Aufnahme. Das Foto zeigt, dass auch nach einer gewissen Zeit noch gute Bilder aufgenommen werden können.

Foto: Centering Corporation, Omaha, USA

Auswirkung auf diese Welt haben möge. Sie wollen, dass man ihr winziges Kind schon am Anfang seines Lebens als Mensch ansehe. Den Namen des Kindes zu benutzen, die eigenen Gefühle und Erfahrungen mitzuteilen ist ein Weg, um das Kind als «jemand Besonderes» anzuerkennen. Wir werden nie ein perfektes Rezept haben im Umgang mit Trauernden oder unserer eigenen Trauer. Richtlinien sind nötig, aber sie sind nicht alles. Jeder Mensch handelt gemäss seiner eigenen Persönlichkeit und Art, je nach Lebensgeschichte und -erfahrung. Unsere Intuition, gekoppelt mit unserem inneren und äusseren Horchen, ist ein grosses Geschenk. «Während wir den Weg gemeinsam gehen, werden wir uns des Lichts gewahr, das am anderen Ende des Tunnels scheint» (Jane Maire Lamb). Auch wir Pflegende müssen uns in Krisensituationen helfen und gemeinsam vorwärts schreiten. Es ist wichtig, in der Ausbildung von Pflegenden auf die Thematik des Frühtods einzugehen und die nötigen Strategien zum Umgang mit Frühtod anzubieten. Zudem muss in der Alltagsroutine Platz geschaffen werden, damit das emotionale Einlassen auf die Situation der Frauen und Paare, die ein Kind verloren haben, möglich wird. Der Tod trifft nicht nur Patienten, sondern auch uns Pflegende.

Die schweizerische Rechtslage zum Frühtod

Lebendgeburt ZGB Art. 46: (Neugeborenentod)

Das Kind (über 30 cm Länge) wird lebend geboren, stirbt aber innerhalb der ersten 28 Tage. Wenn das Kind nur einen Atemzug getan hat, die Nabelschnur pulsiert oder sein Herz einmal geschlagen hat, verändert sich gegenüber dem totgeborenen Kind sein gesetzlicher Status in den einer Person, der die Eltern einen **Namen geben müssen**. Es wird dann standesamtlich ins Geburten- und Sterberegister sowie ins Familienbüchlein eingetragen.

Totgeburt ZGB Art. 46 (WHO: 500 g, 25 cm Länge oder 22. SSW)

Ein bereits lebensfähiges Kind stirbt im Leib der Mutter oder unter der Geburt. Sofern das Kind eine Körperlänge von mehr als 30 cm hat, kann ihm **auf Wunsch der Eltern** ein Name gegeben werden. Es wird dann ins Geburtenregister aufgenommen und kann **auf Wunsch der Eltern** mit Vornamen ins Familienbüchlein eingetragen werden, mit dem Vermerk Totgeburt.
(Neuregelung seit 1.1.1996)

Nach vollendetem 24. SSW ist die Todesfallmeldung gesetzlich vorgeschrieben. Art. 46 Abs. 1 ZBG, Art. 67 Abs. 1 Ziff. 3, Art. 147b/c Eidg. ZStV.
Eintragung nur ins Geburtenregister, nicht ins Todesregister.

Fehlgeburt

Alle Kinder mit einer Körperlänge von 30 cm und weniger gelten als Abort oder Fehlgeburt, und zwar unabhängig davon, ob sie sogenannte Lebenszeichen von sich geben oder nicht. Über diese Ereignisse sind keine Meldungen zu erstatten. **Keine Bestattung**, Kind wird entsorgt.

(Stadt Zürich: **Auf Wunsch der Eltern** mit Bestätigung des Arztes Bestattung möglich, im Bestattungsbereich Namensgebung möglich)

Bestattungsmöglichkeiten bei Totgeburten vor dem 6. SSM oder von 30 cm Länge und weniger müssen beim Bestattungsamt des Wohnortes der Eltern des verstorbenen Kindes angefragt werden.

Eltern sollen beim Sterben eines Kindes folgende Rechte geltend machen dürfen:

- 1 Sie sollen Gelegenheit haben, ihr Kind jederzeit zu sehen, umarmen und berühren zu können, vor und/oder nach seinem Tod unter Berücksichtigung einer angemessenen Zeitspanne.
- 2 Es soll veranlasst werden, dass von ihrem Kind Fotos aufgenommen werden und diese den Eltern zur Verfügung gestellt oder solange aufbewahrt werden, bis die Eltern sie zu sehen wünschen.
- 3 Die Eltern sollten so viele Andenken wie nur möglich erhalten, wie z.B. Namenschildchen, Ultraschall- und/oder andere Fotos, Haarlocken, Hand- und Fussabdrücke, Angaben über Gewicht und Länge des Kindes.
- 4 Die Eltern haben das Recht, ihr Kind zu benennen und eine Verbindung zu ihm herzustellen.
- 5 Die Eltern haben ein Recht darauf, dass ihre kulturellen und religiösen Bräuche und Sitten respektiert werden.
- 6 Die Betreuung soll durch einfühlsames Pflegepersonal erfolgen, das die individuellen Bedürfnisse der Eltern respektiert.
- 7 Den Eltern soll während der Hospitalisierung so oft wie möglich das Zusammensein mit dem Kind garantiert werden.
- 8 Die Eltern sollen Ansprüche auf Alleinsein mit dem Kind geltend machen dürfen, um ihren individuellen Bedürfnissen nachzukommen.
- 9 Die Eltern haben ein Recht auf Information über den Trauerprozess.
- 10 Hinsichtlich der Anordnung einer Autopsie sollen die Eltern im Fall einer Fehlgeburt das Recht haben, eine Autopsie oder pathologische Untersuchungen gemäss den Bestimmungen der geltenden Rechtsordnung anzurufen oder zu verweigern.
- 11 Die Mitteilung über den Zustand des Kindes und die Todesursache, einschliesslich Autopsie, pathologischer Berichte und medizinischer Aufzeichnungen, hat in einer für die Eltern verständlichen Sprache zu erfolgen.
- 12 Den Eltern soll das Recht gehören, eine Abschiedszeremonie, ein Begräbnis oder eine Kremation im Einverständnis mit den lokalen und kantonalen Verordnungen und in Übereinstimmung mit ihrem persönlichen Glauben, ihrer religiösen und kulturellen Tradition anzurufen.
- 13 Die Eltern haben ein Recht auf Informationen hinsichtlich Unterstützungs möglichkeiten und Mittel, die den Heilprozess fördern, wie z.B. Selbsthilfegruppen, Beratung, Literatur und Zeitschriften zum Thema perinataler Verlust.