

11. Die Präsentation der Ergebnisse aus den Interviews

In diesem Kapitel werden die Resultate aus den Interviews präsentiert und interpretiert. Als Grundlage für das Vorgehen dient i.d.R. die Reihenfolge der Fragen aus den Gesprächsleitfäden. Wurden jedoch von verschiedenen Personengruppen zu einem Themenkomplex konträre Ansichten geäußert, hat man diese an der betreffenden Stelle der Auswertung mit einfließen lassen. Zu dieser Art des Vorgehens entschloss man sich, um auf Standpunkte und Gegenstandspunkte direkt bezug nehmen zu können.

Die einzelnen Gesprächsleitfäden werden in folgender Reihenfolge ausgewertet:

- ◆ Stammfragen
- ◆ ÄrztInnen und Hebammen
- ◆ Leiterinnen von Selbsthilfegruppen
- ◆ Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes
- ◆ Psychosoziale Beraterin bei Fehl- und Totgeburt

Wie in Kapitel 10.3.2 angesprochen, umfasst die Grundgesamtheit der befragten Personen bei den *Stammfragen* folgende Berufsgruppen:

ÄrztInnen, Hebammen, Leiterinnen von Selbsthilfegruppen und Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes.

In den folgenden Kapiteln werden die Antworten der InterviewpartnerInnen *kursiv* dargestellt.

11.1 Ergebnisse aus den Stammfragen

11.1.1 Allgemeine Fragen

11.1.1.1 Dauer der Berufstätigkeit

11.1.1.2 Ausbildung der befragten Person

Die Ergebnisse dieser beiden Fragen sind in die Tabelle über die interviewten Personen miteingeflossen (siehe Seite Abb. 7).

11.1.1.3 Konzepte/Leitbilder

Konzepte professioneller HelferInnen zum Umgang mit betroffenen Frauen/Paaren

Vom medizinischen Betreuungspersonal und den befragten Mitarbeiterinnen eines Sozialdienstes gaben über die Hälfte der Befragten an, dass kein konkretes Konzept zum Umgang mit betroffenen Eltern in der Klinik besteht.

Drei der Befragten betonten, dass in der Arbeit ein persönliches, individuelles Konzept oder Leitbild umgesetzt wird.

„Gibt es bei Ihnen im Sozialdienst ein offizielles Konzept zu dem Thema?

Nein, also ich gucke was kommt und gehe auf das ein. Das ist mein Leitbild, sagen wir so.“ (SD 2)

„Es gibt natürlich für die Geburtshilfe sagen wir mal, ein individuelles Leitbild. Also ich muss sagen, wir sind eine Belegklinik und jeder Belegarzt hat so seine Leitbilder würde ich sagen. Und das was für mich zutrifft ist eben das: Eine möglichst natürliche Geburt anzustreben, geringe Operationszahlen (...)“ (Arzt 1)

Nur eine der interviewten Personen sagte aus, dass in ihrer Klinik ein offizielles Leitbild zu diesem Themengebiet besteht.

Konzepte der Selbsthilfegruppen

Bei allen drei Selbsthilfegruppen handelt es sich um eine Gesprächsgruppe mit einer mehr oder weniger großen Anzahl von Regeln. Ein schriftlich fixiertes Konzept liegt bei keiner Selbsthilfegruppe vor.

11.1.1.4 Trauernetzwerk

(Zur Bedeutung von Trauernetzwerken vergleiche Kapitel 9.)

Fünf der Personen gaben an, dass in ihrer Region kein Trauernetzwerk besteht. Ebenso viele der Interviewten äußerten, dass zwar eine Kooperation zwischen Krankenhäusern, freiberuflichen Hebammen und Selbsthilfegruppen besteht, aber der Kontakt eher lose ist und auch kein festgeschriebenes Konzept hierfür vorliegt.

Nur eine befragte Hebamme gab an, zwischen dem eigenen Krankenhaus, einer Selbsthilfegruppe und Geistlichen aus der Region bestehe ein Trauernetzwerk.

Die anderen Befragten konnten zu dieser Frage keine Angabe machen.

11.1.2 Persönliche Einschätzung

11.1.2.1 Öffentlichkeitsarbeit

Die Beantwortung der Frage, ob Öffentlichkeitsarbeit in dem Bereich ‚Trauer nach einer Tot- und Fehlgeburt‘ sinnvoll wäre, fiel den Befragten nicht leicht.

Nur zwei der befragten Personen, beides professionelle HelferInnen, sahen keine Notwendigkeit für Öffentlichkeitsarbeit.

„(...) das man das vorher thematisieren sollte, wegen der geringen Zahl so eine Problematik auf das Tablett bringen – also ich finde, das ist ein bisschen übertrieben.“

(Arzt 1)

Von sechs der befragten Personen wurde thematisiert, dass Tod an sich ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist und deshalb auch der Problembereich ‚Totgeburt‘ tabuisiert wird. Auch wurden Zweifel geäußert, dass Öffentlichkeitsarbeit diese Aufgabe leisten kann.

„(...) es ist tatsächlich kein so ein gängiges Thema. Aber das ist generell das Thema ‚Sterben und Tod‘ ja auch nicht. Da würde ich das Thema ‚Totgeburt‘ eigentlich dem gleichsetzen.“ (Hbme 5)

Zwei der professionellen HelferInnen und eine selbstbetroffene Frau kritisierten in diesem Zusammenhang die gesellschaftliche Grundhaltung, die in Deutschland vor zu herrschen scheint.

„Also meine Frage ist eigentlich, ob Öffentlichkeitsarbeit wirklich das leistet, was hier notwendig ist. Weil es ist irgendwo ein gesellschaftliches Problem, dass ich mich zurückziehe, wenn jemand anders leidet. Und wie man diesen Punkt irgendwie knacken kann, das ist mir selbst ein Rätsel. Weil das ist ja mit Krankheiten, mit Krebs, mit allem ähnlich.“ (Hbme 3)

„Da würde ich sagen ‚Tod‘ allgemein, nicht nur ‚Totgeburt‘. Das ist so etwas, das passt nicht in unser Bild oder gesellschaftlichen Trend. Auch so etwas, wie eine Schwangerschaft, die nicht gut ausgeht, das passt da auch nicht rein, in dieses (...) glücklich sein müssen, um jeden Preis. Nicht traurig sein dürfen. – Das passt nicht rein.“ (Hbme 4)

Deutlich wurden bei dieser Fragestellung auch die unterschiedlichen Sichtweisen des medizinischen Betreuungspersonals und der betroffenen Frauen zu diesem Thema.

Während ein Drittel der professionellen HelferInnen der Ansicht sind, Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich könnte zu einer großen Verunsicherung oder gar Panik unter den schwangeren Frauen führen, sind alle befragten, selbstbetroffenen Frauen der Überzeugung, dass Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Themenfeld notwendig sei.

„Also zumindest sagen wir mal so: Unter den Hebammen usw. sollte das stärker besprochen werden (...). Bei den Menschen allgemein nicht, weil das kann ja auch in ‚Panik-mache‘ ausarten oder so etwas. Aber das man dann eben, wenn es jemanden trifft, dass man da hellhörig ist. Da ist sicher noch viel zu tun. Mit Sicherheit.“ (Hbme 2)

„Aber was natürlich auch schwierig ist: Man kann nicht so viel Öffentlichkeitsarbeit machen über tote Kinder, so dass die Frauen Angst kriegen. (...) Also es besteht halt einfach auch die Gefahr, dass man Schwangere verunsichert. Und andererseits denke ich, es besteht ein wahnsinniger Bedarf an dem, wenn eine Frau wirklich betroffen ist. Das ist so ein bisschen zwiespältig.“ (Hbme 6)

„Sollte hierzu Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden?

Ja, mit Sicherheit! Denke ich schon. Auch ja, vielleicht je mehr man darüber liest oder hört, um so mehr wird die Hemmschwelle gesenkt, auch bei anderen, bei der allgemeinen Bevölkerung, ja nicht nur jetzt beim Fachpersonal, die jetzt unmittelbar damit zu tun haben. Was ja auch oft ganz schwer zu schaffen macht, ist ja dann wie die anderen, wie die Umwelt einfach mit einem umgeht. Ja, wie man plötzlich angeguckt wird! Erst hatte man einen dicken Bauch gehabt und dann traut einem keiner mehr in die Augen zu gucken. Man wird gemieden, keiner weiß mehr, was er mit einem reden soll. Man kommt sich wie so eine halb Aussätzige vor. Die wenigsten haben ja den Mut dann auch auf die Betroffene zuzugehen und mal was zu sagen. Sie mal kurz in den Arm zu nehmen oder wie auch immer! (...) Und ich denke halt, wenn mehr darüber ge-

sprochen wird, dass das passiert, dann dient das auch der Betroffenen, weil ihr klar ist, sie ist nicht alleine. – Das ist ja auch noch so ein Gefühl: Das man immer denkt, das passiert nur mir und es gibt kaum welche. Dabei stimmt das überhaupt nicht! Fehlgeburten sind eh total häufig und Totgeburten kommen auch vor, genügend eigentlich.

Vom medizinischen Betreuungspersonal wird geäußert, dass dadurch schwangere Frauen verängstigt werden können.(...) Sehen Sie das auch so?

Nein, sehe ich mittlerer Weile nicht mehr so. Ich meine, jede Schwangere hat Ängste, das ist so. Und jede hört etwas. (...) Es soll ja auch nicht so jetzt behandelt werden sozusagen, dass es aufreißerisch gemacht wird. Ja? Ich denke, die Art und Weise, wie dann darüber gesprochen wird spielt ja auch eine Rolle. Aber ein Fehler ist, dass nicht darüber gesprochen wird oder nur hinter vorgehaltener Hand! (...) Weil ich denke, wenn gut damit umgegangen wird, dann ist das keine Defizit, bei anderen Sachen weiß man ja auch Bescheid. Und kann dann, denke ich, auch besser damit umgehen. Ja und rutscht dann auch nicht in so eine Außenseiterstellung. (...) Ich denke auch, man steht dann einfach nicht mehr alleine da, wenn es in der Bevölkerung bewusster wäre. Ja, genau. Man steht nicht mehr alleine da. Man weiß, welche Möglichkeiten man hat, welche Gruppen es gibt. Und wenn das schon so vorher im Ohr ist, dann ist es auch ganz anders, wenn man wirklich betroffen ist Kontakt aufzunehmen, als wenn man sich dann alles mühsam erarbeiten muss. Wo man eh im Schock steht am Anfang und einfach so tief dann auch in der Trauer ist.“ (SHG 1)

11.1.2.2 Mögliche Aufgabengebiete der SozialarbeiterInnen

Nur zwei der befragten Personen, beides professionelle HelferInnen, sahen keinen Bedarf an einer Betreuung betroffener Frauen und Paare durch SozialarbeiterInnen.

„Also ich denke, solange die Angebote von außen da sind, ist es nicht notwendig. Und hier in der Region habe ich nicht das Gefühl, dass ein Bedarf wäre. Wir sind ja einfach auch interdisziplinär vertreten. Und haben jetzt auch nicht die Rückmeldung, dass es im Moment notwendig wäre. (...) Und das da der Andrang jetzt nicht so groß ist, als das man sagen müsste, da fehlt noch was.“ (SD 2)

Die eindeutige Mehrheit der Interviewten nannte spontan Aufgabenfelder für SozialarbeiterInnen in der Betreuung von Frauen, die ihr Kind durch eine Totgeburt verloren haben.

Sechs von zehn der Befragten, die aus beruflichen Gründen mit dem Thema beschäftigt sind, nannten Aufgabenbereiche, die von SozialarbeiterInnen übernommen oder ergänzt werden sollten.

„Die Nachbetreuung hinterher auf jeden Fall! Ja.“ (Hbme 1)

„Also wenn es irgendwie vom sozialen Umfeld her irgendwie Schwierigkeiten gibt. Oder irgendwie so etwas sein sollte. Dann kann das schon mal sinnvoll sein, denke ich.“ (Arzt 2)

„Also ich denke eher zur Unterstützung der Trauerarbeit und dann auch gerade wenn es um die Partnerschaftsprobleme geht.“ (Hbme 3)

Drei der professionellen HelferInnen konnten nur unsicher auf diese Frage antworten und nannten zum Teil die Befürchtung, dass dadurch eine weitere Profession in ihr Aufgabengebiet eindringen würde.

„Nach dem Akut-Geschehen schon. Wobei da jetzt in Form von (...) Gruppen leiten, das schon. Aber wenn es um tiefere Themen geht, ist das finde ich Psychologen-Arbeit, das Therapeutische. (...) Und in der Frühphase sind wir drin. Also da sehe ich keinen Raum für solche Personen. Und es ist ja auch immer so der heikle Punkte, wo sie [die SozialarbeiterInnen] sich reindrängeln, wo unseres ist. (...) Wenn es dann um eine Beratung oder Konzepterarbeitung mit weiteren Hilfen geht, dann auf jeden Fall. Aber im Kreissaal nicht, nein.“ (Hbme 4)

„Also im ersten Moment nicht. Würde ich nicht denken. Also ich glaube schon, dass es gut wäre, dass da wirklich die Hebammen da sind, um mit den Frauen zu reden. Weil da einfach auch noch ein bisschen die Fragemöglichkeit für wirklich ‚medizinische Sachen‘ (...) besteht, das anzusprechen. Ja, ich denke einfach: Sozialarbeiter, Psychologen oder so, die gehören schon irgendwann mal dazu, aber nicht in die Anfangszeit. Eher irgendwie später zur Unterstützung. Aber in den Anfangsbereich auf gar keinen Fall.“ (Hbme 6)

Bei den Frauen, die selbst von einer Totgeburt betroffenen waren nannte die Mehrzahl Aufgabengebiete, die SozialarbeiterInnen übernehmen könnten.

„Ja ich denke, etwas wo der Sozialarbeiter sicherlich mit hineinwirken kann, ist zum einen Aufklärungsarbeit über rechtliche Dinge auch, bei den betroffenen Frauen. Sei es, die Rechte, die sie haben im Krankenhaus, die Rechte, die sie haben, was die Beerdigung angeht und auch hinterher was jetzt Mutterschaftsgeld und –urlaub angeht. (...)Und da einfach ein bisschen Unterstützung und Aufklärung mit zu geben, das ist

schon ganz wichtig. Auch, wenn man im ersten Moment vielleicht nicht so den Kopf dafür hat. Aber da vielleicht auch Unterlagen, Broschüren zusammenstellen. Oder so.

Meinen Sie, in der emotionalen Betreuung und Begleitung würde sich die Mitarbeit von SozialarbeiterInnen anbieten (...)?

Sofern möglich und erwünscht, denke ich ja. Weil gerade so in der Anfangszeit ist es vielleicht gar nicht so sehr das Gespräch wichtig, sondern dass jemand da ist. Und das man einfach das Gefühl hat, da ist jemand, der scheut sich jetzt nicht, sich mit MIR abzugeben.“ (SHG 3)

„Die Krankenhäuser, die sich jetzt noch eine Sozialpädagogin leisten können – das wäre natürlich auch schön! Ich habe jetzt selber Jahre lang auf der Onkologie gearbeitet und wir hatten da immer eine Sozialpädagogin, die vor Ort war. Und wie gesagt: Wenn Krankenhäuser sich so etwas leisten können und so jemanden fest angestellt haben, die hier mit zu Rate zu ziehen, das wäre schon eine tolle Sache.“ (SHG 3)

11.1.2.3 Emotionale Versorgung der betroffenen Frauen/Paare im Krankenhaus

Die befragten professionellen HelferInnen antworteten auf die Frage, ob die emotionale Versorgung in ihrem Krankenhaus gut ist, meist sehr differenziert. Überwiegend stellten sie fest, dass die Situation in ihrer Klinik bzw. auf ihrer Station in diesem Bereich gut zu sein scheint. Allerdings wurde auch möglicher Veränderungsbedarf deutlich gemacht.

„Ich würde es schon sagen, zumindest, das unsere Klinik gut ist. Kann vielleicht immer noch besser sein, aber es kommt auch sehr darauf an, wie die Paare darauf reagieren.“ (Hbme 5)

„Zu dem Thema, das was bei uns im Kreissaal läuft, ja. Wie das dann auf Station läuft, oft nicht. Weil das dann die Schwestern nebenher bewältigen müssen, neben dem Routine-Alltag. Und wir versuchen immer, da Personal von uns abzuzweigen für dieses Thema, (...) oder auch Hebammenschülerinnen, wo dann nah Beistand leisten können, und das geht im Routine-Alltag nicht.“ (Hbme 4)

Die interviewten Frauen, die persönlich von einer Totgeburt betroffen waren, schätzten die Situation der emotionalen Versorgung bzw. Begleitung dagegen zum Teil sehr negativ ein.

„Ist die emotionale Versorgung in diesem Bereich Ihrer Meinung nach gut?

Ist absolut unterversorgt“ (SHG 3)

„Ich denke, es kommt ganz darauf an, wen man dann hat zur Begleitung. Welche Ärztin, welche Hebamme, welche Krankenschwester. Also ich habe von jeder Klinik bisher gute und schlechte Sachen gehört und die lagen teilweise zeitlich nur ein, zwei Monate auseinander. Also wo man nicht sagen kann, das Konzept der Klinik ist da erst umgestellt worden oder war schlecht und ist jetzt besser. Sondern zusätzlich zum Konzept, kommt es einfach darauf an, wer das wirklich macht.“ (SHG 1)

11.1.2.4 Bestattungspflichtgrenze

Die befragten Personen wurden von der Interviewerin nach ihrer persönlichen Meinung zur Bestattungspflichtgrenze befragt. (vgl. Kap. 3) Alle befragten Personen waren mit der Regelung zufrieden, dass die Eltern bei Kindern die weniger als 500 Gramm wiegen selbst entscheiden können, ob sie ihr Kind bestatten oder durch das Krankenhaus klinisch bestatten lassen.

„Also ich überlasse das den Paaren, wenn sie sagen: ‚Wir möchten gerne eine Bestattung haben‘ und finden es wichtig, dass sie einen Platz haben, wo sie hingehen können. Und wo sie trauern können und wo sie ihre Trauer hintragen können, dann finde ich es gut. Und wenn Paare sagen, sie wollen das nicht machen, dann klar – ist das auch okay.“ (Arzt 2)

Einige der Befragten die beruflich mit der Geburtshilfe beschäftigt sind betonten auch, wie wichtig ihnen selbst eine Beerdigung des eigenen totgeborenen Kindes wäre.

„Ja, ich bin natürlich für Bestattung. Und gebe das auch so weiter. (...) Also ich würde das selber so machen, denke ich. Ja, aber andererseits, es gibt auch andere Menschen, wo das nicht wichtig ist und für mich selber wäre es wichtig. Oder zumindest betone ich es, dass es eine wichtige Form ist. Aber es gibt auch andere, die das gar nicht brauchen, den Ort.“ (Hbme 4)

„Ich persönlich würde auch eher zu einer Bestattung, glaube ich, tendieren. Wenn ich jetzt ein totes Kind gebären würde. Einfach weil ich dann einen Ort hätte, wo ich hin kann.“ (Arzt 2)

Von vier Interviewten wurden die oft recht hohen Kosten einer Beerdigung angesprochen. Auch wurde geäußert, dass die Kosten in manchen Fällen darüber entscheiden, ob das Kind beerdigt wird oder nicht, unabhängig vom Wunsch der betroffenen Frau bzw. des betroffenen Paares.

„Ich denke es ist für sehr viele Frauen schon wichtig, so ein Grab zu haben. Aber es ist nicht zwingend notwendig. Man muss halt wirklich sehen, dass Sterben und Beerdigtwerden in Deutschland sehr teuer ist und es ist für viele Eltern einfach der Kostenfaktor, der sie da abschreckt, das zu tun.“ (Hbme 5)

Vor allem die selbst betroffenen Frauen äußerten weitere Aspekte, die wichtig sind, um eine Entscheidung im Hinblick auf eine Beerdigung treffen zu können. Zum einen wurde die notwendige Bedenkzeit angesprochen die man benötigt, um überlegte Entscheidungen treffen zu können.

„Also ich denke, man sollte – wenn man das möchte, das wirklich möchte und dafür braucht man Bedenkzeit, das kann man also nicht innerhalb von drei, vier Tagen entscheiden, sondern da braucht man, glaube ich, teilweise auch länger dazu – denke ich, wäre es schön, wenn man für jedes Kind, dass man verliert wirklich einfach eine Stelle hat, wo man weiß: Da liegen jetzt die Überreste.“ (SHG 3)

Zum anderen wurde geäußert, dass die Information über die rechtliche Situation unbedingt an die betroffenen Paare weitergegeben werden muss.

„Wenn man dann weiß, dass man sie trotzdem bestatten DARF, dann ist das ja eine andere Geschichte wieder.“

(...) Es wird von Seiten des Krankenhaus darauf hingewiesen, dass eine Beerdigung, auch bei unter 500 g, möglich ist?

Nein.“ (SHG 3)

11.1.2.5 Familienbuch

Sehr unterschiedlich beantworteten die interviewten Personen die Frage, ob es angebracht ist, dass lediglich Kinder die über 500 Gramm wiegen in das Familienbuch eingetragen werden dürfen. (vgl. Kap. 3.3)

Bei den Befragten des medizinischen Betreuungspersonals waren drei der Interviewten mit dieser rechtlichen Situation zufrieden.

„Also bis auf Ausnahme-Paare finde ich es eigentlich in Ordnung. Weil diejenigen, die das trotz allem würden haben wollen – das sind wirklich extreme Ausnahmen. Weil irgendwo müssen Grenzen gemacht werden. Wie gesagt: Ob man die Grenze auf 400 reduzieren würde, oder die bei 500 lässt – irgendwo muss eine sein. Die ist ja eh vorher von 1000 auf 500 g heruntergesetzt worden. Also das war schon ein gewaltiger Sprung, aber noch tiefer zu gehen?“ (Hbme 1)

Aus der Gruppe der professionellen HelferInnen waren jedoch vier Personen der Ansicht, dass auch hier die Entscheidung bei den betroffenen Frauen und Paaren liegen sollte, selbst wenn für sie selbst ein solcher Schritt nicht in Betracht kommen würde.

„Also meine persönliche Meinung ist, dass es auch nicht notwendig ist. Also ich denke, dass macht man mit sich, innerlich mit sich aus. Ich brauch auch keinen Grabstein, ich würde vielleicht nie hingehen oder sonst irgend etwas. (...) Deshalb: Für mich persönlich ist es nicht notwendig. Aber es gibt sicher Menschen, für die das anders ist.“ (Hbme 2)

„Also da frage ich mich, warum das so gehandhabt wird. Wenn man es jetzt nach dem systemischen Ansatz betrachtet ist es ja so, dass jedes Kind – egal wie schwer – eine Rolle spielt im weiteren Leben der Eltern oder in der Familie. Von daher hätte ich also nichts dagegen, wenn das anders wäre.“ (SD 2)

Drei der professionellen HelferInnen konnten keine Aussage zu dieser Frage treffen.

„Keine Ahnung. Habe ich mich noch nie mit befasst.“ (Hbme 6)

Eindeutiger auf diese Frage antworteten die betroffenen Frauen. Für sie ist klar, dass die Entscheidung bei den Betroffenen liegen sollte.

„Würde ich auf jeden Fall eintragen lassen, wenn die Eltern das wollen! Das war ein Kind, egal wie alt es ist und da spielt auch Gramm... – Ja, was heißt das schon?! Also das ist so eine Zahl, die willkürlich herausgegriffen ist, meiner Ansicht nach. Ich weiß noch nicht mal recht, woher die entstanden ist, warum das ausgerechnet 500 g sind. Ich weiß noch nicht mal, woher das kommt, aber ich halte das für völlig überholt. Das sind halt so juristische Normen (...). Aber ich denke, wenn bei einem Elternpaar oder auch bei der Mutter der Wunsch besteht, dann sollte das immer möglich sein. Egal wie alt das Kind war. So wie mit der Bestattungspflicht auch im Familienbuch (...).“ (SHG 1)

Besonders deutlich wurde diese Meinung bei einer betroffenen Frau, die Zwillinge tot zu Welt brachte, wobei eines der Kinder unter diese Fünfhundertgrammgrenze fiel.

„Ja leider. Schade. Ganz toll schade! Weil ich gerne halt beide drin [im Familienbuch] gehabt hätte. So ist jetzt aber nur eine drin. Und da bin ich eigentlich sehr traurig drüber, weil das sind Geschwister und ich wurde sogar groß angeguckt, weil ich sie überhaupt habe eintragen lassen. Und dann habe ich noch mal nachgefragt: ‚Kann ich sie [das Kind mit weniger als 500 Gramm] nicht doch eintragen lassen?‘ ‚Nein, geht nicht.‘ War die Antwort.“ (SHG 3)

11.1.2.6 Offene Frage

Die sog. ‚offene Frage‘ am Ende eines jeden Interviews sollte den befragten Personen die Gelegenheit geben Aspekte anzusprechen, die möglicher Weise von der Interviewerin nicht berücksichtigt wurden. Die ProbandInnen wurden deshalb zum Abschluss der Gespräche aufgefordert weitere Gesichtspunkte zu nennen, die ihnen bezüglich der besprochenen Themengebiete wichtig erscheinen.

Etwa ein Viertel der befragten Personen äußerten, dass sie keine weiteren Schwerpunkte anzusprechen hätten. Die übrigen Interviewten machten inhaltlich sehr differenzierte und weitreichende Aussagen, von denen hier beispielhaft einige aufgeführt werden sollen.

Aussage einer Hebamme über die eigenen Emotionen bei der Feststellung des Todes:

„Also ich finde den schlimmsten Moment eigentlich, wenn man selbst involviert ist, in die Betreuung und man selbst die Person ist, die feststellt: Dieses Kind ist jetzt einfach tot. Wenn man dieses Gefühl hat, - ich meine klar, das endgültige sagen dann schon die Ärzte, aber es gibt halt Situationen, wo wir diejenigen sind, die das CTG anlegen, die keine Herztöne finden, die ein ungutes Gefühl haben. Also dann finde ich es recht heftig. Das fällt mir eigentlich noch viel, viel schwerer, als die Frauen dann zu betreuen zur Geburt. Damit umzugehen, fällt mir eigentlich am schwersten.“ (Hbme 6)

Äußerung einer Hebamme über das Verhalten von Eltern bei Folgeschwangerschaften:

„(...) was ich ganz schlimm finde ist, dass Eltern, die eine Totgeburt mal hatten, und dann eben ein lebendes Kind danach bekommen, dieses lebende Kind den Namen kriegt, den das tote Kind eigentlich hätte kriegen sollen. Das finde ich also das Schlimmste, was man als Eltern überhaupt nur machen kann.“ (Hbme 1)

Meinung eines Arztes zum Umgang mit dem Thema ‚Totgeburt‘ generell und in der eigenen Arbeit:

„Also Gesamtkontext, was meine persönliche Meinung dazu ist: Das ist eine sehr individuelle Angelegenheit, jeder Tod. Außer in großen Mengen im Krieg oder so. Aber das ist deren [der Eltern] persönliche Angelegenheit und das sollte man auch so lassen. Man sollte es eben auch als einen persönlichen Vorgang betrachten. Bis es zum Tod kommt, ob einer sterben muss oder nicht, da sind wir natürlich gefordert um zu sehen, als Ärzte, ob wir das eventuell abwenden können. Ob das einen Sinn macht, das abzuwenden, müssen wir uns natürlich dann fragen. Aber wenn der Tod eingetreten ist, das ist so etwas endgültiges, ja. Ich meine da bleibt einem nur noch übrig, dass man

andachtsvoll den Hut zieht und das akzeptiert. Und das ist glaube ich auch das Beste für die Eltern, für den Arzt, für alle, die da irgendwie mit involviert waren. Weil sonst könnte man wahrscheinlich auch gar nicht auf Dauer damit leben.“ (Arzt 1)

Standpunkt einer Selbstbetroffenen zur Ausbildung des medizinischen Betreuungspersonals:

„(...) das ist etwas, wo ich denke, dass da einfach in diesen Berufsgruppen [bezieht sich auf medizinisches Betreuungspersonal] eine ‚geistige Umerziehung‘ irgendwo stattfinden muss. Und das fängt ja meistens an den Universitäten oder Schulen an. Weil was da nicht gebracht wird und was da nicht hineingelegt wird, das kommt dann später eigentlich selten noch mal zum Tragen. Und ich denke, wenn da wirklich so Fort- und Weiterbildung gemacht werden würden oder wenn jedes Krankenhaus einen Trauerbegleiter hätte. Jemanden oder zwei, drei Leute, die einfach diese Ausbildung gemacht haben. Und die man dann rufen kann und dass man dann, wenn man selber gerade Berührungängste hat einfach sagen kann: ‚Okay, da kommt jetzt jemand, die hilft mir, die unterstützt mich jetzt. Also mich jetzt als Hebamme oder Krankenschwester oder Arzt.‘ (...) Und ich denke, dass wäre was unheimlich wichtiges. Weil der Rest sich dann letzten Endes daraus ergeben würde. Der Rest würde sich dann von alleine finden. Aber ich habe manchmal so das Gefühl, solange das Bewusstsein dafür nicht da ist, dass einfach Tot und Sterben mit zum Leben gehört und auch mit in die Gynäkologie gehört, solange wird sich da auch nichts ändern.“ (SHG 3)

Äußerungen einer Hebamme zur Feststellung des IUFT:

„Wenn man so eine Frau an's CTG legt: Ja man ist immer so frisch, so auf Leben eingestellt. (...) man denkt gar nicht so weit. Und wenn es bei einem selbst so anfängt: ‚Oh, es könnte ja vielleicht auch so etwas dahinter stecken!‘ – Das ist ganz krass.“ (Hbme 3)

Teilweise sind die Angaben, die bei der Beantwortung der offenen Frage gemacht wurden, in das Kapitel 13 über erhaltene Zusatzinformationen, miteingeflossen.

11.2 Ergebnisse der Interviews mit ÄrztInnen und Hebammen

11.2.1 Allgemeine Fragen

11.2.1.1 Anzahl der Betten auf der Entbindungsstation

Die genaue Bettenanzahl konnte nicht von allen Befragten genannt werden. Nach Angaben der interviewten Personen betrug die Bettenanzahl auf der Geburtshilfe- und gynäkologischen Station zwischen 18 und ca. 70. An diesen Zahlen wird sichtbar, dass sowohl MitarbeiterInnen kleinerer Einrichtungen wie auch ÄrztInnen und Hebammen großer Kliniken befragt wurden.

11.2.1.2 Anzahl der MitarbeiterInnen auf der Station

Auch hier konnten keine exakten Angaben gemacht werden. Es zeigte sich bei dieser Frage ebenfalls, dass die Krankenhäuser von unterschiedlicher Größe waren, da die Zahl der MitarbeiterInnen auf der Entbindungsstation zwischen ca. 25 und 100 lagen. Unter ‚MitarbeiterInnen‘ sind hier Kräfte des medizinischen Betreuungspersonals zu verstehen.

11.2.1.3 Position der befragten Person im Krankenhaus

Die Ergebnisse aus dieser Frage sind in die Tabelle über die interviewten Personen miteingeflossen. (Siehe Abb. 7)

11.2.1.4 Zusatzausbildungen und Fortbildungen zum Thema ‚Totgeburt‘/ ‘Trauerbegleitung‘

Die befragten ÄrztInnen gaben an, dass sie keine Fort- oder Zusatzausbildung zu diesem Themengebiet besucht haben. Eine leitende Hebamme besuchte ein Seminar bei der verstorbenen Autorin Hannah Lothrop. Bei drei befragten Hebammen wurde in der Ausbildung dieses Problemfeld behandelt. Die übrigen Hebammen mussten die Frage nach Zusatzausbildungen oder Fortbildungen verneinen.

11.2.1.5 Anzahl der totgeborenen Kinder in der eigenen beruflichen Tätigkeit

Die Beantwortung dieser Frage fiel den Interviewten schwer. Genaue Zahlen konnten nicht genannt werden, es handelt sich demnach um Schätzwerte. Die ProbandInnen gaben an zwischen zehn bis über 50 tote Kinder entbunden zu haben. Diese Zahlen sind in Abhängigkeit mit der Dauer der Berufstätigkeit zu bewerten.

Von einer Hebamme, die seit zwölf Jahren tätig ist, wurde zu dieser Frage folgende Bemerkung geäußert:

„Es ist dann auch schon so bemerkenswert, wer es dann immer begleitet. Es sind immer so ein bisschen die gleichen von 30 Kolleginnen. Finde ich aber auch in Ordnung!“
(Hbme 4)

11.2.1.6 Fünfhundertgrammgrenze (vgl. hierzu Kap. 3)

Die Frage, wie im eigenen Krankenhaus mit totgeborenen Kindern verfahren wird, die über und unter 500 Gramm wiegen, konnte der Großteil des medizinischen Betreuungspersonals präzise beantworten.

„Bestattung ist ja Pflicht, das Personenstandsgesetz ist ja novelliert worden vor vier oder sechs Jahren, um den Dreh. Von 1000 auf 500 g. Das ist ja Pflicht, dass die bestattet werden müssen über 500 g.

Und bei den totgeborenen Kinder unter 500 g?

Da ist jetzt so etwas installiert worden, dass einmal im Jahr ein Ritual geschieht, auf dem Bergfriedhof in T. Und da sind die Paare dazu eingeladen, die das wollen. (...)Das wäre dann quasi das anonyme Grab oder das anonyme Feld auf dem Bergfriedhof. Wo dann alle [totgeborenen Kinder] zusammen, die werden dann gesammelt, und werden dann bestattet. Aber die Paare wissen auch, dass sie das Kind beerdigen könnten. Jetzt richtig selber, also im Familiengrab, mit Namen und allem.“ (Hbme 4)

„Also die Kinder über 500 g natürlich, die als echte Totgeburten laufen, sind nach dem Bestattungsgesetz zu behandeln. Da wird den Eltern dann freigestellt, was mit den Kindern passieren soll. Ob sie beigelegt werden sollen, bei einer anderen Beerdigung, also namenlos. Oder ob sie eine eigene Beerdigung machen wollen. Das ist das eine. Unter 500 g wird man das mit den Eltern noch mal besprechen, was damit passieren soll. So wie ich das sehe, sind die meisten dann dafür, dass wir das dann irgendwie sachgerecht beseitigen.“ (Arzt 1)

Auch hier wurden wieder die Kosten für eine Beerdigung erwähnt, die viele Eltern abschrecken, das eigene totgeborene Kind, bestatten zu lassen.

„Die [Kinder unter 500 g] sind ja nicht bestattungspflichtig und meistens werden die dann eben, wie das dann so üblich ist, als Organabfall verbrannt und der Verbrennung zugeführt.

Die Eltern wollen die Kinder dann auch in der Regel nicht selbst bestatten?

In der Regel nicht, nein. Weil das meistens eben mit einem sehr hohen finanziellen Aufwand verbunden ist und das schreckt die meisten dann doch ab.“ (Hbme 5)

Eine der professionellen HelferInnen konnte keine genauen Angaben zu dieser Frage machen.

„Aber manchmal haben wir auch so kleine Kinder [unter 500 g], aber eher seltener. Und was danach passiert, keine Ahnung. Das weiß ich wirklich nicht. Also wir gucken halt schon, dass die Eltern die Kinder auch kriegen. Dass das genauso behandelt wird, wie ein Kind, das über 500 g wiegt. (...) Das kommt dann schon bei uns ins Kühlhaus und dann müssen die Eltern halt entscheiden, ob sie eine Obduktion wollen oder nicht. Aber was die danach damit machen? Wahrscheinlich kommt das dann in ein Sammelgrab oder so, aber das weiß ich echt nicht.“ (Hbme 6)

11.2.1.7 Autopsie

Bei der Beantwortung der Frage, ob den Eltern generell zu einer Autopsie geraten wird waren sich alle Befragten einig, dass die Entscheidung hierüber bei den Eltern liegt.

„Wird prinzipiell den Eltern zu einer Autopsie geraten?“

Nein. Also das besprechen wir einfach, wie die Eltern das auch möchten.“ (Arzt 2)

Auch machten zwei der Interviewten darauf aufmerksam, dass durch die Autopsie häufig kein eindeutiger Befund, über die Todesursache des Kindes, erhoben werden kann.

„Wird den Eltern in jedem Fall zu einer Autopsie geraten?“

Nein, nicht in jedem Fall. Also wir versuchen herauszubekommen, ob das für die Eltern sehr wichtig ist oder nicht. Und wir wissen auch, dass sehr viele Fälle eben ohne irgendwelche erklärbaren Ursachen sind. So dass man sich da also auch nicht allzu große Erwartungen machen sollte. Da kommt meistens nichts dabei heraus, sagen wir jetzt immer. Und wenn man das den Eltern dann auch so erklärt, dann gibt es schon einige die dann auch darauf verzichten.“ (Hbme 5)

11.2.1.8 Trauerteam

Die Frage, ob neben Hebammen und ÄrztInnen noch andere Berufsgruppen bzw. Personen im Krankenhaus explizit für die Betreuung und Begleitung betroffener Frauen zuständig ist, musste von den meisten Befragten verneint werden.

In wenigen Fällen wurde, als weitere zuständige Person, der/die Krankenhauseel-sorgerIn genannt. Ein Trauerteam (vgl. hierzu Kap. 9) war in keiner Klinik installiert.

„Wer ist bei Ihnen zuständig für die Betreuung betroffener Frauen, neben den Hebammen und Ärzten?

Ja, das ist unser Krankenhaus-Seelsorger, der Herr S., der ist Pfarrer.“ (Arzt 2)

Nur in einem Fall wurde die Sozialarbeiterin des Krankenhauses in diesem Zusammenhang erwähnt.

„(...) die Seelsorge, wenn (...)der Wunsch ist, der Bedarf ist, dass da auch jemand kommt. Und das machen die auch gut. Und das ist auch ein Schwerpunkt von denen. Eine Sozialarbeiterin haben wir auch da, aber es ist dann eher so, dass dann die Hilfsmöglichkeiten (...), jetzt auch finanzielle Hilfe, da die Themen sind. Um das geht es da. Aber jetzt nicht unbedingt so eine ganz nahe psychische Begleitung, da sind die Seelsorger dann eher Ansprechpartner.“ (Hbme 4)

Es ist demnach davon auszugehen, dass in den meisten deutschen Krankenhäusern die emotionale Begleitung betroffener Frauen und Paare in der Regel von Hebammen und ÄrztInnen geleistet wird und hierfür kein zusätzliches Personal abgestellt wird. Bei Betroffenen ist der Wunsch nach einem speziellen Team, das für die Begleitung zuständig ist, allerdings vorhanden.

„Welche Berufsgruppen könnten nach Meinung der befragten Person, bei der Verbesserung der Situation helfen?

Ja das können sehr wohl Hebammen sein, die sich mit der Thematik mehr auseinander setzen. Ja Sozialpädagogen. Dann so seelsorgerisch. Ja, ich denke, es ist auch ein großer Bereich. Ärzte durchaus. [Es] wäre wünschenswert, finde ich, dass das am besten wirklich so eine Kombination ist. Dass es eine ganze Gruppe gibt, die sich dann wirklich drum bemüht, dann auch so Verbesserungen durchzuführen. Ja so eine Art ‚Trauerteam‘. Wenn es von allen Seiten kommt ist es, denke ich, auch viel leichter (...) sich gegenseitig zu unterstützen.“ (SHG 1)

11.2.2 Der Umgang mit Frauen/Paaren, die ein totes Kind erwarten

11.2.2.1 Tod in der Geburtsvorbereitung

Sechs der professionellen HelferInnen betreiben Geburtsvorbereitung. Zur Fragestellung, ob das Thema ‚Tod‘ in der Geburtsvorbereitung angesprochen wird, mussten zwei Drittel der Personen verneinen. Als Grund hierfür wurde die besondere Situation der schwangeren Frauen genannt: Man möchte die Schwangeren durch solche Äußerungen nicht verunsichern oder gar verängstigen.

„Sprechen Sie dieses Thema an?

Nee, eigentlich nicht.

Aus welchen Gründen sprechen Sie es nicht an?

Es wäre Glatteis, auf was man sich begeben würde. Weil in der Geburtsvorbereitung hat man zehn Frauen vor sich sitzen, im Durchschnitt. Und wenn das von den zehn Frauen eine oder zwei interessieren würde, würde man die anderen acht damit aber erschrecken. Und viele Frauen sind einfach sowieso mit so vielen Ängsten und Sorgen, die sie sich machen, (...) da. Und wenn ich jetzt noch speziell das Wort ‚Tod‘ in den Mund nehmen würde, dann würden da also etliche einen inneren Ruck kriegen (...).“

(Hbme 1)

Ein Drittel der Interviewten spricht dieses Thema nur an, wenn es von den Teilnehmerinnen der Geburtsvorbereitungskurse in die Runde eingebracht wird.

„Das kommt ganz darauf an. Ob die Frauen fragen. Also ich lege es nicht von vornherein drauf an. Aber dieses Thema ‚gesundes Kind – krankes Kind‘ ist ein Thema. Und je nach Situation.“ (Hbme 3)

Eine der leitende Hebammen hatte einige Tage vor dem Interview ein Gespräch mit mehreren Frauen, die selbst ihre Kinder tot zur Welt gebracht haben, und sich nun um eine Verbesserung der Betreuungssituation in Krankenhäusern bemühen.

„Wird das Thema ‚Tod‘ von Ihnen angesprochen in der Geburtsvorbereitung?

Kaum. Aber (...) dieses Gespräch mit den betroffenen Frauen hat gezeigt, dass es unbedingt erwähnt werden muss. Und in zukünftigen Kursen werde ich es schon machen. Und ich habe das auch hin und wieder mal angesprochen, aber mehr eigentlich, wenn direkt von den Frauen etwas gekommen ist, eine Anfrage und so. Aber es scheint wichtig zu sein. Und ich denke, dass man in diesem Rahmen der Geburts-

vorbereitung sagen kann: ‚Sie haben, wenn eben so etwas passiert, Anspruch darauf, dass eine Hebamme zu Ihnen kommt.‘ (...) Das kann ja hilfreich sein.“ (Hbme 2)

Diese Aussage zeigt, wie wichtig es den betroffenen Frauen anscheinend ist, schon vor der Geburt auf diese Thematik aufmerksam gemacht zu werden, um sich bereits vor Eintritt der Situation gedanklich damit auseinandersetzen zu können. Möglicherweise sind hier die Befürchtungen des medizinischen Betreuungspersonals größer, als die Ängste der Schwangeren in der Realität.

11.2.2.2 Vorbereitung auf die Geburt

Die betroffenen Frauen sprachen bei der Vorbereitung auf die Geburt eines toten Kindes immer wieder die notwendige Bedenkzeit an, die man in einer solchen Situation für die richtigen Entscheidungen benötigt.

„Was ist Ihrer Meinung nach wichtig?

Zeit lassen, Perspektiven aufzeigen, also wirklich auch sagen, was es für Möglichkeiten gibt, in all ihrer Vielfalt. Und wenn es nicht gleich geht, einfach am nächsten Tag nochmal sprechen oder sagen. Ja, dass das immer wieder aufgezeigt wird, welche Möglichkeiten es gibt, dass sich das Paar oder die Frau dann entscheiden kann. Weil wenn die Momente vorbei sind, sind sie verloren, sie sind weg, die kommen auch nie wieder! Und dieses Gefühl, etwas nicht mehr nachholen zu können, was man gerne gemacht hätte – das ist, glaube ich, am allerschlimmsten.“ (SHG 1)

Bei den professionellen HelferInnen zeigte sich, dass meist keine genauen Vorgaben dafür bestehen, wie eine Frau oder ein Paar auf die Entbindung eines toten Kindes vorbereitet werden sollte. Die interviewten Hebammen und ÄrztInnen machen ihr Vorgehen situations- und personenabhängig.

„Das kommt auf die Situation an, wie lange im Vorfeld die Frau weiß, dass sie ein totes Kind bekommt. Ob sie jetzt direkt konfrontiert wird. Manche Frauen kommen mit Wehen, wissen überhaupt nicht, dass das Kind gar nicht mehr lebt und erfahren das jetzt in dem Moment. Es gibt aber auch Frauen, die werden eingewiesen vom Arzt schon mit der Diagnose ‚totes Kind‘. – Also da geht man auch anders mit um. Also ich denke, es ist schwierig. Man muss sich da auf die Situation einstellen. Es gibt da kein spezielles, konkretes Vorgehen. Weil jeder Fall doch irgendwo anders gelagert ist.“ (Hbme 5)

„Das kann man so einheitlich gar nicht sagen, so je nach dem wie die Eltern halt sind und wie die Situation ist. Ob man das eben weiß, dass das ein frisch-totes Kind ist oder ob das ein Kind, wo man weiß, es ist einfach schon lange tot. Deshalb ist es sehr unterschiedlich.“ (Hbme 6)

Zwei der Hebammen äußerten, dass die Vorbereitung auf die Geburt eines intrauterin verstorbenen Kindes abhängig ist von ihrer Menschenkenntnis bzw. dem eigenen Gefühl, mit dem sie die betroffenen Eltern einschätzen.

„Vorbereiten ist da eigentlich schwer. (...) dann ist es eben auch eine Menschenkenntnis von Seitens der Hebamme, wie man jetzt dieses Paar einschätzt. Ob die das jetzt mehr oder weniger für sich alleine über die Bühne bringen wollen. Das man da also möglichst wenig störend dabei ist. Oder ob das eher jemand ist, wo man also auch dann, wenn man begonnen hat mit der Einleitung, permanent noch präsent sein muss. Also im Hintergrund ist man sowieso immer präsent. Aber bei dem einen stehe ich halt näher immer wieder daneben, beim anderen halte ich mich einfach zurück.“ (Hbme 1)

„Also ich kann da jetzt nur von mir ausgehen: Ich habe da kein bestimmtes Schema, ich mache das aus dem Bauch heraus.“ (Hbme 2)

11.2.2.3 Einzelzimmer

Die Autorin Grützner nennt als eine Aufgabe der Krankenpflege Ruhe und Ungestörtheit für Frauen zu ermöglichen, die ein Kind tot zur Welt bringen. „Fehl- und Totgeburt sind traumatische Ereignisse. Die äußeren Umstände, unter denen eine Frau ihr totes Kind zur Welt bringt, sollten so beschaffen sein, dass sie sie nicht noch zusätzlich und unnötig belasten. Die Umwelt muss daher entsprechend gestaltet werden. Einzelzimmer garantieren Ruhe und Ungestörtheit. Sie schützen die Frau, indem sie sie vor den Blicken und der Neugier anderer abschirmen; quälende Situationen vermieden werden.“ (Grützner 1994, 80)

Diese Sichtweise wurde von den betroffenen Frauen bestätigt.

„Und ich habe zum Schluss auch ein Einzelzimmer gehabt, für mich. Das fand ich auch sehr gut. Ich habe da viel Ruhe gebraucht, um meinen Gedanken nachgehen zu können.“ (SHG 1)

Der Großteil der befragten ÄrztInnen und Hebammen sah die Notwendigkeit der Unterbringung von betroffenen Frauen in einem Einzelzimmer. Bei der Mehrzahl wird

dies auch (in Abhängigkeit von der Belegungssituation) realisiert, selbst wenn hierfür organisatorische Schwierigkeiten bewältigt werden müssen.

„Ja. Also soweit es eben vom Räumlichen her möglich ist. Aber das ist auch in unserem Konzept drin, dass es möglich sein muss. Da muss auch zur Not mal eine Privatpatientin im Einbettzimmer eben jemanden dazukriegen. Weil da ist das dann einfach wichtiger.“ (Arzt 2)

„Auf Station kommt es immer drauf an, wie die Belegungssituation ist. Wenn die gut ist, dann können die auch alleine liegen, aber das ist nicht immer gewährleistet.“ (Hbme 3)

11.2.2.4 Feststellung des intrauterinen Fruchttods

(Vergleiche Kapitel 2 zu den folgenden medizinischen Aspekten.)

Zu Vaginalgeburt und Kaiserschnitt

Nach Auskunft aller Befragten wird bei den betroffenen Frauen eine vaginale Entbindung durchgeführt. Nur in Ausnahmefällen erfolgt ein Kaiserschnitt.

„Eine Totgeburt ist das Risiko eines operativen Eingriffs nicht gerechtfertigt. So bitter das jetzt für die Frauen ist. Sie neigen dazu zu sagen: ‚Einen Kaiserschnitt.‘ Sie wollen nichts mehr davon wissen. Aber ich denke mir auch, die Geburtsarbeit ist vielleicht auch wichtig, um das ganze Thema für die Frau zu bearbeiten oder zu verarbeiten. Also es wird generell kein Kaiserschnitt gemacht, bei einer Totgeburt. Höchstens es wäre definitiv die Mutter in Gefahr.“ (Hbme 2)

Zum Einsatz von schmerzlindernden Medikamenten und Narkose

Alle Befragten sind sich einig, dass der Einsatz von Medikamenten bzw. der Einsatz einer sog. ‚rückenmarksnahen Narkose‘ (PDA), bei der Entbindung eines toten Kindes sinnvoll und notwendig ist.

„Wir setzen Medikamente ein, weil das Bedürfnis danach viel, viel stärker ist, als bei einer normalen Geburt.“ (Hbme 3)

Von drei der Befragten wurde darauf hingewiesen, dass manche Medikamente weniger geeignet sind bei der Entbindung eines toten Kindes da diese das Bewusstsein der Patientin ‚benebeln‘.

„Werden schmerzlindernde Medikamente eingesetzt?“

Ja. Also sicher. Und wie gesagt, die PDA ist dann das Letzte, wenn alles andere nicht geht. Und sonst Puskoban. Das macht ja eher so eine Entspannung des Muttermundes

und dann Tholandin. Da sind wir manchmal nicht so ganz zufrieden. Weil das macht ein bisschen Nebel im Kopf und das, was wir wissen so was Trauerverarbeitung anbelangt, ist es besser, die Frauen erleben das mit klarem Bewusstsein. Und deshalb machen wir halt ab und zu die PDA dann auch. Wenn das gar nicht anders geht, dass die dann klarer sind und die Geburt auch erleben, mehr bei Bewusstsein, als jetzt so in einem Rausch. – Ja Rausch ist das jetzt nicht, aber man ist schon ein bisschen belämmert.“ (Hbme 4)

„Setzen Sie Schmerzmittel ein?

Aber meistens keine Medikamente, die benebeln. Eher großzügig Schmerzmittel, die halt einem normalen Kind vielleicht Schaden zufügen würden, wenn es leben würde; aber was dem Kind ja einfach nichts mehr ausmacht in dem Moment, aber was für die Frauen ein stärkeres Schmerzmittel ist. Und die Frauen kriegen recht frühzeitig alles an Schmerzmitteln, was sie wollen. Aber benebelt sind sie alle nicht.“ (Hbme 6)

Zum Einleitungszeitpunkt der Geburt

Auf die Frage, ob bei Feststellung des intrauterinen Fruchttodes unverzüglich die Geburt eingeleitet wird, gaben alle befragten professionellen HelferInnen an, dass den betroffenen Frauen eine gewisse Zeit bis zur Einleitung bleibt.

Die Mehrheit der Hebammen und ÄrztInnen nannten einen Zeitraum von mehreren Stunden bis die Einleitung vorgenommen wird. Nur in wenigen Ausnahmefällen bestand eine Zeitspanne von mehreren Tagen zwischen Feststellung des Todes und der Einleitung der Geburt.

„Also ich meine, die geht nicht von hier ins Krankenhaus. Das ist ja keine zwingende Notwendigkeit dazu da. Also die kann in Ruhe ihre Sachen packen; kann schauen, dass sie ihre anderen Kinder irgendwo unterbringt; kann ihren Mann in Ruhe verständigen und kann dann ins Krankenhaus kommen. Aber wir machen das schon innerhalb von 24 Stunden, dass sie da erscheinen sollte. Alleine schon wegen der Gefahren, die ja auch theoretisch möglich sind. Aber nicht sofort.“ (Arzt 1)

„Wobei ich mich auch an einen Fall erinnern kann, da war eine Frau in der Praxis bei ihrem Arzt, und er hat (...) festgestellt: Das Kind ist tot. Und die hat eben selbst gleich gesagt, sie braucht da jetzt Zeit dazu. Sie kann sich da jetzt noch zu gar nichts entscheiden und sie muss das jetzt erst mal verarbeiten. Und der [Arzt] hat die [Patientin]

dann aber auch von sich aus heim gehen lassen. (...) Und die Frau kam nach fünf Tagen in die Klinik. Die hat fünf Tage gebraucht, bis sie das akzeptiert hat und kam dann und konnte damit dann aber auch super gut umgehen. Nur das ist also die extreme Ausnahme.“ (Hbme 1)

Vier der professionellen HelferInnen waren der Meinung, dass die Frauen meist gleich nach Feststellung des intrauterinen Fruchttodes eine Einleitung der Geburt wünschen.

„Sie raten zu einer sofortigen Geburtseinleitung?“

Je nach dem, wie auch das Labor ist und wie wichtig das jetzt körperlich ist, dass das Kind gleich kommt. Aber in der Regel erst am nächsten Tag oder übernächsten, habe ich auch schon gehabt. Ja, oder nach drei Tagen(...). Oder halt in Absprache mit dem Paar: Manche wollen dann auch das sofort erledigt und weg. – Nur raus hier. (...) Das ist auch immer wieder der Fall, wo das Entsetzen so groß ist. Und das nicht ausgehalten werden kann, hier zu sein.“ (Hbme 4)

Die Leiterin einer Selbsthilfegruppe sprach jedoch an, für mehrere ihrer Mitglieder sei die Zeit zwischen Feststellung des Kindstods und der Einleitung der Geburt zu kurz gewesen.

„Bei den anderen war die Vorbereitungsphase teilweise sehr kurz. Das heißt sie haben es [den Tod des Kindes] erfahren, wurden sofort ins Krankenhaus überwiesen und hatten überhaupt gar keine Chance mehr, irgendwie irgend etwas nachzudenken, sich auf irgendwas vorzubereiten. Und schon wurde eingeleitet und ‚schwuppdwupp‘ schon war es passiert – so ungefähr. Was eigentlich alle, durch die Bank, die das so erlebt haben als sehr traumatisch empfunden haben. Weil ihnen eben nicht gesagt worden ist, dass die Frucht sie jetzt nicht vergiftet, also das Kind jetzt sie nicht vergiftet, nur weil es tot ist. Das sie sich also wirklich auch tagelang letzten Endes Zeit lassen können. Das wurde ihnen halt nicht gesagt. Sondern gleich: Ab und fort ins Krankenhaus. Teilweise sogar mit Krankenwagen eingeliefert.“ (SHG 3)

11.2.2.5 Angebot an die Eltern, ihr totes Kind zu sehen

Es besteht i.d.R. ein großes Bestreben von Seiten des medizinischen Betreuungspersonals dahingehend, die Eltern von der Wichtigkeit zu überzeugen, ihr totes Kind anzusehen. (vgl. Kap. 7.4.1) Dies bestätigten alle befragten ÄrztInnen und Hebammen.

„Meistens ist es so, dass die Frauen bzw. die Paare sehr unsicher sind, ob sie es [das

Baby] sehen möchten. Und dann mache ich ihnen erst mal deutlich, wie wichtig das ist, das Kind zu sehen. Und ich sage ihnen auch oft, dass sie es sehr schön finden werden.“ (Hbme 3)

„Also ich sage zu den Eltern, dass ich es für sehr wichtig halte. Weil eben hinterher manchmal der Gedanke, dass man [das Kind] nicht gesehen hat (...), das können viele, (Frauen vor allen Dingen) später schlecht verkraften und verarbeiten. (...) die meisten Kinder sind einfach hübsche, nette Kinder, die aus irgendeinem tragischen Schicksal heraus eben

sterben mussten. (...) Also man wird sie schon so versuchen, zu beeinflussen, dass die ihr Kind anschauen. Aber nicht bedrängen.“ (Hbme 2)

Jedoch musste in den Gesprächen mit den Leiterinnen der Selbsthilfegruppen festgestellt werden, dass nicht jede Frau ihr totgeborenes Kind sieht. Es scheint demnach deutschlandweit noch kein Standard im Umgang mit betroffenen Frauen zu sein ihnen ihr eigenes Kind zu zeigen.

„Negativ finde ich (...) dann, dass sehr vielen Frauen auch heute noch, gesagt wird, sie sollen sich lieber das Baby nicht anschauen. Was also aber im Nachhinein, für den Trauerprozess unheimlich wichtig ist, dass man es tun sollte. Ich würde jemanden eigentlich dazu ermutigen, das zu tun. Auch noch einen Tag später.“ (SHG 2)

Bei einer der selbstbetroffenen Frauen lag die Geburt eines ihrer verstorbenen Kinder schon einige Jahre zurück.

„Und dieses andere Kind, das war '89. Das waren ja ganz üble Umstände! (...) dann habe ich es auf dem Untersuchungsstuhl geboren und ich habe das gar nicht richtig mitgekriegt, weil ich von diesen Mitteln noch so voll war. Und ich habe dann gefragt, ob ich es sehen kann. Da hat der Arzt mir von abgeraten und ich habe dann später noch gefragt, was es denn war. Junge oder ein Mädchen? Und dann hieß es: ‚Ist das denn jetzt noch wichtig?‘ Und dann ging es mir überhaupt nicht gut, natürlich.“ (SHG 1)

11.2.2.6 Wiederholung des Angebots an die Eltern

Auf die Frage, ob das Angebot an die Eltern ihr totes Kind anzusehen einige Zeit später wiederholt wird, antworteten alle interviewten ÄrztInnen und Hebammen zustimmend. Fast alle der Befragten thematisierten die Schockreaktion, in der sich die Eltern befinden. Sie nannten diesen Schock als Grund dafür, dass sie es zunächst ablehnen ihr Kind zu sehen.

„Es [das Angebot, das Kind zu sehen] wird auch später wiederholt. Und wir raten auch sehr dazu. Es kommt immer darauf an, wie die Erstreaktion der Frau ist. Also ich versuche dann immer herauszufinden: Vor was hat sie Angst? Und frage dann auch immer. (...) Und dann kommt schon, dass es missgebildet sein könnte. Dann sage ich auch oft: ‚Ja gut, dann machen wir das einfach so: Ich schau mir das Kind an und wenn ich denke, es ist wirklich in Ordnung, dann biete ich es Ihnen noch mal an.‘ Und ich habe noch keine einzige (...) erlebt (auch bei den Kolleginnen) die es nicht sehen wollten.“ (Hbme 5)

„Wiederholen Sie das Angebot?

Ja. Und wir geben den Eltern auch 24 Stunden Zeit, das nachzuholen. Weil sie es vielleicht nach dem ersten Schock, nach der Geburt, nicht machen wollen. Und wir richten die Kinder in einem hübschen Körbchen her. Die werden angezogen, die werden nach Möglichkeit sauber gemacht. (...) die Kinder sehen hübsch aus, wenn ihre Eltern sie anblicken möchten. Und sie dürfen es im Zimmer behalten so lange sie wollen. Oder eben auch nicht sehen. Aber die Möglichkeit haben sie mindestens 24 Stunden, wenn sie es dann auch noch nicht sicher wissen, dann wartet man auch noch eine Weile.“ (Hbme 2)

11.2.2.7 Vorbereitung auf die Begegnung mit dem toten Kind

Bei der Beantwortung der Frage, wie Hebammen und ÄrztInnen die Eltern auf die Begegnung mit dem toten Kind vorbereiten, wurde nur von einem Interviewten geäußert, dass eine besondere Vorbereitung nicht nötig wäre.

„Wie bereiten Sie die betroffenen Frauen auf die Begegnung vor?

Die hat sich ja schon automatisch dadurch ergeben, dass die schon tagelang oder wie auch immer, ein totes Kind erwartet. Ja, da brauchen sie nicht mehr viel vorbereiten. Der drücken sie das in den Arm und sagen: ‚Fassen Sie es mal vorsichtig an. Solange es noch warm ist.‘“ (Arzt 1)

Einem Teil der professionellen HelferInnen fiel die Beantwortung dieser Frage nicht leicht. Es wurde thematisiert, dass die Geburt eines verstorbenen Babys eine schwierige Situation sei und die Vorbereitung auf die Begegnung sich schwer in Worte fassen lässt.

„Und da ist es so, dass man das gar nicht so in einer Beantwortung jetzt reinbringen kann, wie die Frage auch gestellt ist. Weil die Wirklichkeit da auch ganz anders ist. Das Entsetzen ist manchmal so groß, und wenn ich das vorher schon so rational alles bespreche – das geht bei manchen Frauen gar nicht.“ (Hbme 4)

Es wurde auch häufig darauf hin gewiesen, dass man sehr vorsichtig und behutsam vorgehen muss, um die Eltern nicht noch mehr zu verunsichern.

„Ja, also ich ziehe es [das Baby] ja meistens an und das sage ich denen [den Eltern] auch, dass es bei mir schön angezogen wird. Und dann sage ich schon: ‚Ich zeige Ihnen jetzt das Kind.‘ Ja, das kann man irgendwie schwer in Worte fassen. Aber es ist schon einfach etwas sehr behutsames.“ (Hbme 3)

„Ich denke, da muss man ihnen Zeit lassen. Man darf sie nicht überfallen oder sagen: ‚Sie müssen das Kind sehen‘. Sondern da ein bisschen behutsam vorgehen.“ (Hbme 5)

Sieben der acht professionellen HelferInnen, bereiten die betroffenen Frauen auf den ersten Kontakt mit dem toten Baby durch Beschreibungen vor.

„Also ich finde, man kann da sehr wohl da hinführen. Durch beschreiben. Und ich nehme es [das Baby] in Empfang und tu es richten und dann frage ich erneut noch einmal. Aber ganz kurz und einfühlsam auch. Und wenn sie dann noch Zeit brauchen, dann kriegen sie die. Aber bei mir: Ich habe es noch nie erlebt, dass sie [die Eltern] es [das Kind] dann nicht wollten. Und das war sehr berührend dann auch, das zu sehen: Die vorherige Ablehnung und dann das Nehmen. (...) das sind große Momente!“ (Hbme 4)

11.2.2.8 Fotografien vom verstorbenen Baby (vgl. hierzu Kap. 7.4.5)

Bei den befragten Personen die im Bereich der Geburtshilfe tätig sind wurde von einer Interviewpartnerin geäußert, dass Fotos nur dann gemacht werden, wenn die Eltern zustimmen.

„Wir machen Fotos, außer die Eltern lehnen das kategorisch ab. Dann machen wir es nicht.“ (Arzt 2)

Alle anderen der Befragten nehmen generell Bilder von dem totgeborenen Kind auf. Die Mehrheit sprach auch direkt die Bedeutung der Fotografien als Erinnerungsstücke an und äußerte, dass Eltern die Fotos in der ersten Schocksituation häufig ablehnen. Nach Angaben der Befragten wird diese Entscheidung von den betroffenen Müttern und Vätern später häufig bereut.

„Werden grundsätzlich Fotos von den toten Kindern gemacht?“

Ja.

Und die Fotos werden dann auch aufbewahrt?

Genau. (...) Manche Eltern wollen ihre Kinder nicht sehen oder wollen auch das Foto nicht. Und das wird dann bei uns zu den Akten gelegt, weil es sehr häufig passiert, dass die Frauen vielleicht ein, zwei Jahre später drunter leiden, dass sie sich das angetan haben und ihr Kind nicht angeschaut haben.“ (Hbme 2)

„Ja. Es werden automatisch Fotos gemacht, die entweder die Eltern bekommen, weil sie sagen ‚Jawohl, wir wollen das haben‘. Und wenn die Eltern keine Fotos haben wollen, dann werden die trotzdem gemacht und gehen zu den Akten. Falls die ein Jahr später kommen und sagen ‚Jetzt würden wir die [Bilder] doch gerne sehen‘.“ (Hbme 1)

Besonders deutlich wurde die Bedeutung von Fotografien auch in den Aussagen der selbstbetroffenen Frauen.

„(...) Genau das Gleiche ist es mit Bildern machen: Viele [Hebammen und ÄrztInnen] machen gerade mal so eins für die Akte und mehr nicht. Weil das muss halt sein. Und das hat mich jetzt so bei mir ein bisschen geärgert. Wir wollten eigentlich keine Fotos haben, jetzt auch machen lassen oder dass wir halt welche machen. Weil ich mir dachte, so wie ich sie jetzt erlebe, das kann mir kein Foto wieder geben. Und ich habe es dann hinterher bereut, weil einfach die Familie doch ganz gerne gewusst hätte: Wie sehen die zwei [Babys] nun jetzt eigentlich aus? Und dann sind wir dann doch noch mal nach N. gefahren. Weil ich wusste, die haben ein Foto [im Krankenhaus]. Und dieses Foto, das ist dann jetzt so verwackelt und die beiden [Babys] liegen da jetzt so, wie sie von meinem Bauch genommen worden sind, auf einem Handtuch, so liegen sie halt da. Und gar nicht irgendwie - ja, ich sage jetzt mal: Mit Gefühl aufgenommen.

Sie meinen, dass sich ÄrztInnen und Hebammen in gewisser Weise auch über den ersten Wunsch der Eltern hinweg setzen sollten und z.B. trotzdem Fotos machen sollten?

Ja! Auf alle Fälle. Also sei es, dass Kind sich anzuschauen. Oder in den Arm zu nehmen. Sei es das mit den Fotos. Sich wirklich drüber hinweg setzen! Weil später, alle die sich ihre Kinder hinterher nicht angeschaut haben oder keine Fotos gemacht bekommen haben, haben es irrsinnig bereut. Also eigentlich jeden, den ich kenne. Und den ich gesprochen habe. Bei jedem war das eigentlich so.“ (SHG 3)

11.2.2.9 Umgangszeit

Auch bei der Frage nach der Dauer der Umgangszeit gaben alle interviewten Hebammen und ÄrztInnen an, dies variere zwischen einer oder mehrerer Stunden, in Ausnahmefällen auch mehrerer Tage. Von über der Hälfte der Befragten wurde auch hier der Wunsch des betroffenen Elternpaares in den Vordergrund gestellt.

„Wie viel Zeit steht den Eltern nach der Geburt mit dem Kind zur Verfügung?

Schon sehr viel. Also wir drängeln da nicht. So zwei Stunden bleiben die ja generell da. Gut, meistens wird dann, wenn es ein sehr frühes Kind war noch eine Ausschabung gemacht. Dann haben sie noch eine Narkose. Aber oftmals hat der Vater das [Kind] in der Zeit. Und ansonsten sagen wir oft: ‚Wir legen das Baby dahin und wenn die Frau dann kommt, kann sie es auch noch mal sehen.‘ Wir heben es manchmal auch noch einige Stunden auf. Wir hatten auch schon Fälle, wo es tagelang im Kühlschrank aufgehoben wird, weil vielleicht noch Angehörige es sehen wollten.“ (Hbme 5)

„Wie viel Zeit haben die Eltern nach der Entbindung zur Verfügung?

Eigentlich die Zeit, die sie brauchen. Sie sagen dann aber auch: ‚Nehmen Sie es mit, jetzt ist es gut. Wir haben uns jetzt verabschiedet.‘ Aber es ist meistens so, dass man es [das Kind] dann noch mal bringt.“ (Hbme 6)

Doch auch bei der Frage nach der Umgangszeit, wurden Schwierigkeiten von der Leiterin einer Selbsthilfegruppe angesprochen, die sie selbst und die Mitglieder ihrer Gruppe überwinden mussten.

„Also es wurde bislang keinem gesagt, dass man das Kind nach der Geburt nicht nur länger bei sich behalten kann, sondern tatsächlich auch noch einen ganzen Tag lang bei sich behalten kann. Es wurde niemandem gesagt, dass man es sogar einen Tag später noch mal in der Pathologie besuchen kann. Die wenigsten haben ihr Kind selber gewaschen und angezogen. – Das sind alles so Sachen, die hinterher einfach vermisst wurden. Diejenigen, die das haben machen können waren aber auch selber so stark, dass sie darauf selber gedrungen haben. Und gesagt haben: ‚Ich will!‘ Aber jemand, der das nicht ausdrücklich äußert, hat kaum eine Chance.“ (SHG 3)

So kann auch hier vermutet werden, dass es mittlerer Weile in vielen – jedoch leider nicht in allen – deutschen Krankenhäusern zum Standard gehört, den Eltern eine längere Umgangszeit mit ihrem toten Kind zu gewähren.

11.2.2.10 Abschiedsrituale und ‚Mementoes‘

(Zu den folgenden Ausführungen vergleiche Kapitel 7.)

Abschiedsrituale

Die Frage, ob Abschiedsrituale im Krankenhaus angeboten und durchgeführt werden, wurde nur von einer interviewten Person verneint.

„Werden in Ihrem Krankenhaus Abschiedsrituale durchgeführt?

Nein, das eigentlich nicht. Dieses extreme Gekünstelte oder (...) zusätzlicher Aufwand, wie das bei manchen Beerdigungsinstituten abläuft und jemanden auszusegnen, das machen wir eigentlich nicht. Wir geben den Frauen ihre Kinder in den Arm, manche wollen das ja am Anfang gar nicht. Wir führen auch die Hand hin, damit es [die Mutter] das [Kind] mal anfasst. Dann wenn der Abschied, oder wenn wir den Eindruck haben, dass die Frau das ausreichend getan hat und damit mal zufrieden ist: Ja gut, dann wird das Kind dann natürlich auch in die Leichenhalle verbracht und dort können die Angehörigen es noch mal ansehen.“ (Arzt 1)

Die übrigen professionellen HelferInnen gaben an, dass Abschiedsrituale in ihren Kliniken durchgeführt werden. Einige der Befragten äußerten explizit, dass die Wünsche der Eltern bei der Gestaltung der Abschiedsrituale im Vordergrund stehen.

„Führen Sie dann ‚Abschiedsrituale‘ durch?

Ja, richtig.

Was machen Sie in dieser Richtung alles?

Ja, es gibt so Schalen, so Bastkörbchen, wo wir haben, in verschiedenen Größen auch. Und das [Baby] wird dann richtig gerichtet, also wie man jetzt auch verstorbene Erwachsene richtet. Anziehen oder einschlagen in ein Tuch, so ganz kleine, wo dann das Gesicht rausguckt und die Händchen rausgucken. Ich mach das auch mit Blumen. Dass man dann da auch ein Zeichen reinlegt. Wenn es religiös, jetzt in Form vom Christentum, ist: Wir haben da auch ein Kreuz hier, wo man dann reinlegt. Eine Kerze machen wir immer an. Und die brennt dann auch ganz lange. (...) Musik... Also da haben wir schon vieles da.“ (Hbme 4)

„Also wir machen Fußabdrücke in eine Karte rein. Dann mit Fotos. Ja dann halt, wenn die Eltern das Bedürfnis haben, das Kind taufen zu lassen, dann können Sie das Kind taufen lassen. Ansonsten eigentlich, was die Eltern sich vorstellen. Wenn sie wollen, dass wir es baden, dann baden wir es. Wenn sie es [das Baby] einfach so bei sich

haben wollen, dann haben sie es so. Wenn sie Musik haben möchten, wenn sie eine Kerze haben möchten, dann kriegen sie eigentlich alles was sie sich vorstellen. Und manche machen das aber einfach auch ohne das alles. Und verabschieden sich recht schnell und manche möchten einfach viel Zeit haben mit dem Baby.“ (Hbme 6)

„Ja, wir haben so ein Körbchen, genau. Mit selbstgemachtem Deckchen und Kissen. Und da kommt dann das Baby rein. Und da wird es auch den Eltern dann immer gezeigt. Es kriegt etwas angezogen. Wir empfehlen oder wir sagen den Eltern, sie sollen doch von zu Hause etwas mitbringen, was sowieso für das Kind gedacht war. Dass das dann anziehen kann. Und dann gibt es auch alles, also es gibt eine Taufe, wenn die Eltern das möchten. Es gibt Abschiedsfeiern mit Musik und Kerzen. Eigentlich alles, wie die Eltern es gerne haben möchten.“ (Arzt 2)

Eine der befragten Hebammen konnte auch von einer offiziellen Abschiedsfeier für totgeborene Kinder unter 500 Gramm, die jährlich stattfinden soll, berichten.

„Da ist jetzt so etwas installiert worden, dass einmal im Jahr ein Ritual geschieht auf dem Bergfriedhof in T. Und da sind die Paare dazu eingeladen, die das wollen. Also die füllen das schon am Anfang mit aus, wenn sie hier so im stationären Bereich sind, ob sie da angeschrieben werden wollen.“ (Hbme 4)

„Mementoes“

Sieben der acht interviewten ÄrztInnen und Hebammen konnten von ‚Mementoes‘ berichten, die die Eltern in den Kliniken bekommen. Häufig werden den Eltern als Erinnerungsgegenstände Fotografien, Namensbändchen und Hand- oder Fußabdrücke des Kindes mitgegeben.

„Ja, wir haben Fußabdrücke, die wir machen. Oder Handabdrücke. Die kriegen auch ein Kärtchen,(...). Also wir haben (...) da noch ein paar nette Karten gekauft, die wir dann eben mit Schleifchen, Bändchen mit Bild und den gesamten Daten auch mitgeben.“ (Hbme 5)

„(...) wir haben so Karten, wo ein Spruch drauf ist von Saint-Exupéry. Und wo dann das Datum draufsteht, wann das Kind zur Welt gekommen ist, mit Gewicht, Länge, Kopfumfang und wer dabei war. Und da machen wir immer so Abdrücke von den Füßchen. Und machen die auch noch drauf. Und das kriegen die Eltern immer mit.“ (Arzt 2)

„(...) wir machen dann so extra vorbereitete Karten, mit einem Text und da kommt das Bild auch rein. Und ich habe auch oft schon ein Abdruck gemacht von Hand und Fuß. Oder eine Haarlocke. Also das, was die [Eltern] auch möchten.“ (Hbme 4)

11.2.2.11 Taufe des Kindes

Alle Befragten des medizinischen Betreuungspersonals gaben auch hier an, dass der Wunsch der Eltern in dieser Situation oberste Priorität hat und dass eine Aussegnung oder Nottaufe in jedem Fall möglich ist, auch wenn der zuständige Geistliche keine Taufe vornimmt.

„Besteht die Möglichkeit, das Kind taufen zu lassen?

Das macht der Pfarrer nicht mehr. Ich erinnere mich gerade, vor ein paar Wochen wollte ein Ehepaar ein abgestorbenes Kind taufen. Und das macht der Pfarrer nicht. Also das macht man nicht, das gehört irgendwie nicht zu den Regeln. Und er hat glaube ich, nur mit den Eltern gebetet oder so was.(...)“ (Hbme 2)

„Besteht bei Ihnen die Möglichkeit, das Kind taufen zu lassen?

Also ich bin gläubig und man kann da auch andere Worte verwenden. Man kann einfach auch sagen: ‚Ich segne das Kind.‘

Also eine Aussegnung?

Genau.“ (Hbme 3)

Bei einigen der Hebammen konnte man bei der Beantwortung dieser Frage ein großes Engagement für die betroffenen Eltern ‚heraushören‘, das soweit geht, dass sie sich in diesen Fällen über bestimmte kirchliche Vorschriften hinwegsetzen.

„Besteht bei Ihnen die Möglichkeit, das Kind taufen zu lassen? Weil ja die Kirche es eigentlich ablehnt, tote Kinder zu taufen.

Wir setzen uns darüber hinweg. Also ich habe das wirklich schon erlebt. Wir haben auch diese Formulare da für Nottaufen. Ich habe kein Problem auch ein totes Kind zu taufen, wenn den Eltern es daran liegt.“ (Hbme 5)

„Besteht die Möglichkeit einer Taufe?

Ja, wenn die Eltern das wünschen. Vor allem auch so italienische Familien, die wollen das unbedingt und das ist ganz wichtig, dass auch die Familie dabei sind. Und ich denke, wir haben hier viele, auch ‚international gebärende Familien‘ und da müssen wir uns schon drauf einlassen. Ich finde es jetzt völlig in Ordnung, ob das Kind jetzt gelebt hat oder nicht (...).“ (Hbme 6)

11.2.2.12 Namensgebung

Wichtig ist es auch, dass die Eltern von ihren ÄrztInnen und Hebammen gefragt werden, welchen Namen sie ihrem Kind gegeben haben bzw. geben möchten. Denn die Namensgebung symbolisiert die Anerkennung des gestorbenen Kindes als Individuum. (vgl. hierzu Kap. 7.4.2)

Drei der professionellen HelferInnen regen die Eltern nicht dazu an, dem verstorbenen Kind einen Namen zu geben.

„Was heißt anregen? Man fragt die Eltern: ‚Bekommt es einen Namen?‘. Wenn die aber sagen ‚Nein‘, und einen generell schon auch das Gefühl jetzt vermitteln: ‚Eigentlich wollen wir nichts mehr damit zu tun haben.‘ – Dann bohre ich da auch nicht nach.“ (Hbme 1)

Die übrigen Befragten des medizinischen Betreuungspersonals gaben an, dass die Namensgebung für die Eltern ein wichtiger und bewegender Moment ist.

„Werden die betroffenen Frauen angeregt, ihrem Kind einen Namen zu geben?

Ja. Ganz arg. In jedem Fall. Also erst vor kurzem wieder. Ganz arg. Und das kommt dann von innen heraus.“ (Hbme 4)

„Regen Sie die Eltern an dem Kind einen Namen zu geben?

Auf jeden Fall. Also das regen wir nicht an, das machen die von alleine. Also jedes Kind hat einen Namen. Ich fände es schade, wenn nicht. Ich habe es auch noch nie erlebt. Ich habe noch nie erlebt, dass das ein Thema war. Es war eher schön, dass das Kind sofort den Namen hatte. Eher noch, dass dann ein Name in Frage kam, der eigentlich noch nie zur Auswahl stand. Dass sie das Kind gesehen haben und gesagt haben: ‚Genau, so heißt das [Baby] jetzt!‘“ (Hbme 6)

11.2.2.13 Ambulante Nachbetreuung

Die Frage, ob eine spezielle ambulante Nachbetreuung für betroffene Frauen und Paare angeboten wird, wurde von allen befragten ÄrztInnen und Hebammen verneint. Es wurde in der Regel auf die Hebammenhilfe (vgl. Kap. 3.5) und die Nachuntersuchungen durch den Gynäkologen hingewiesen. Allerdings wurde betont, dass die Einforderung dieser Unterstützung bei den betroffenen Frauen liegt. Für die betroffenen Ehegatten bzw. Partner gibt es keinerlei Nachbetreuungsangebote.

„(...) die [Patientinnen] haben Anspruch auf Hebammenhilfe, genauso wie eine Frau,

die ein gesundes Kind geboren hat. Und wenn sie das wollen bekommen sie das, auf jeden Fall.“ (Hbme 3)

11.2.2.14 Weitergabe von Kontaktadressen

Auf die Frage, ob von Seiten der professionellen HelferInnen Kontaktadressen an die Elternpaare weitergegeben werden, gaben sieben der acht Befragten an, dass dies zum Standard ihrer Klinik gehöre.

„Werden auch Kontakte vermittelt zu Selbsthilfegruppen?

Ja.

Werden auch Kontaktadressen zu PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen vermittelt?

Wenn wir das als nötig erachten oder die Frauen das auch wünschen, dann auch, ja klar. Wir sprechen es an zumindest, dass es diese Möglichkeit der Nachbetreuung auch gibt.“ (Arzt 2)

11.2.2.15 Mögliche emotionale Reaktionen

Damit betroffene Eltern auf das Auftreten von, für sie ungewöhnliche, Emotionen (wie z.B. Wut, Aggressionen, Babyneid) vorbereitet sind, ist ein Gespräch mit Fachkräften wichtig. So erfahren die Eltern, dass diese emotionalen Reaktionen zu einem normalen Trauerprozess gehören. (vgl. hierzu Kap. 6) Bei der Frage ob, von Seiten der professionellen HelferInnen mögliche emotionale Reaktionen angesprochen werden, gab es vielfältige Antworten. Nur eine befragte Person gab an, die betroffenen Frauen und Paare nicht auf problematische Empfindungen hinzuweisen.

Vier der Interviewten äußerten, dass sie diesen Themenkomplex ansprechen, wobei aber zum Teil unklar blieb, ob ausdrücklich auf die emotionalen Reaktionen eingegangen wird, oder generell auf die schwierige Zeit, die das Elternpaar nach dem Verlust ihres Kindes durchleben muss.

„Ja, ich mache das schon. Ich weiß nicht, wie es die anderen [Hebammen] machen. Aber in der Form, dass das eine ganz lange Wunde ist, in der Seele für das Paar auch und dass sie sich ganz viel Zeit lassen sollten und sich da auch aushalten sollten gegenseitig. Weil die stehen da immer woanders auch miteinander. Und dass es nicht einfach so nach zwei Monaten geschwind rum ist. (...) und das da ein Jahr ins Land geht, bis vielleicht mal wieder so etwas wie ‚Verkrustung‘ von dieser Seelen-Wunde da

ist. So in etwa, ja. Also ich sage bloß, dass es ein langer Weg ist und dass die Gesellschaft drum herum, - das sie auch darauf gefasst sein müssen, dass das nicht zugebilligt wird, so ein langer Trauerweg.“ (Hbme 4)

Von einer Hebamme wurde, in diesem Zusammenhang, eine Infobroschüre erwähnt, die die betroffenen Eltern im Krankenhaus bekommen.

„Sprechen Sie mögliche emotionale Reaktionen an?

Das kommt darauf an, in wie weit die Frau noch hier längere Zeit bleibt. (...) es gibt auch sehr viele Frauen, die gehen am nächsten Tag schon heim und wenn sie dann keine Nachsorge wollen weil es relativ früh war, dann glaube ich, ist da nicht so unbedingt der Zeitpunkt. Kurz nach der Geburt sind die Frauen nicht unbedingt so, dass man sie auf solche längerfristigen Dinge hinweisen kann. Das wollen die auch gar nicht hören. In dem Moment nicht, später ja. Aber das steht alles auch noch mal in dieser Infobroschüre, die kriegen die dann auch noch mal mit. Und können das auch noch mal nachlesen. Und wir sagen auch oft: ‚Heben Sie die Broschüre auf! Jetzt im Moment hilft die Ihnen vielleicht nicht viel, aber sie können Sie später lesen.‘ Oder: ‚Sie werden später das Bedürfnis haben, das noch mal nachzulesen.‘ Also da ist dann auch angesprochen, was dann auch so für Reaktionen noch kommen können.“ (Hbme 5)

Drei der Befragten antworteten auf diese Frage sehr undifferenziert, so dass nicht deutlich wurde, ob dieses Thema in den Gesprächen mit betroffenen Frauen und Paaren aufgegriffen wird.

„In dem Moment, wo die Geburt ist, da ist alles noch so frisch, das wäre auch nicht der richtige Zeitpunkt. Also da müssen die Eltern schon so viel verkraften, (...). Nach der Geburt ist es ja so, dass wir Hebammen kaum (also die angestellten Hebammen) kaum den Kontakt haben. Höchstens die Frau wünscht das. Also wenn ich so jemanden habe und ich frage sie, ob ich später wieder kommen soll zu ihr, auf Station oder so und sie sagt ja, sie wäre froh drum, dann gehe ich hin. Aber ansonsten mach ich das nicht. Ich denke, dass sind Dinge, die müssen auch nicht in den ersten Stunden gesagt sein. Also das muss ein paar Tage erst alles realisiert werden, man kapiert das vielleicht gar nicht gleich.“ (Hbme 2)

Wie an den hier aufgeführten Zitaten deutlich wird, sind einige der professionellen HelferInnen der Ansicht, dass das Ansprechen von möglichen emotionalen Reaktionen nach der Entbindung fehl am Platz ist, und die betroffenen Frauen dies zu dem Zeitpunkt nicht aufnehmen würden.

11.2.2.16 Das Ansprechen von Partnerschaftsproblematiken

Die theoretischen Hintergründe für die folgenden Fragestellungen werden in Kapitel 6 dargelegt.

Mögliche Veränderungen in der Partnerschaft

„Der Verlust eines Kindes ist oft eine große Probe für eine Beziehung. In manchen Fällen können Partnerschaften in eine schwere Krise geraten“ (Lothrop 1998, 140). Die möglichen Veränderungen in einer Partnerschaft, die nach dem Verlust eines Babys auftreten können, werden nur von drei der professionellen HelferInnen direkt angesprochen, zum Teil bereits im Vorfeld der Entbindung.

„Ja, also solche Sachen spreche ich z.B. im Geburtsvorbereitungskurs an. Bei behinderten Kinder oder Totgeburten, da weiß die Statistik, dass ganz viele Ehen auseinander gehen. Ja, das ist ein ganz wichtiger Punkt, das wird schon angesprochen. Aber nicht bei dem Ereignis direkt.“ (Hbme 2)

Die übrigen Befragten gaben an, dass dies im Rahmen der Entbindung kein Thema sei bzw. direkt nach der Geburt eines toten Kindes andere Aspekte im Vordergrund stehen.

„Ja, so mit diesen Worten: Ich weiß, dass dann viele [Partnerschaften] in die Brüche gehen nach solchen Ereignissen. Schon, dass sie [das Paar] sehr sorgfältig mit einander umgehen sollten und dass es Hilfe gibt. Aber ich bin in einer solchen Dramatik drin, dass ist da manchmal nicht angemessen, dann schon so weit auszuholen. Da ist vor allem dieser momentane Abschied. Das ist so mein Schwerpunkt...“ (Hbme 4)

Eine der befragten Hebammen gab an, dass sie mögliche Veränderungen in der Partnerschaft nicht generell anspricht, sondern in Einzelfällen.

Unterschiede in den Trauerreaktionen

Bei der Beantwortung der Frage, ob auf die Unterschiede im Trauern zwischen Mann und Frau hingewiesen wird, zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei der Fragestellung nach den emotionalen Reaktionen:

Zwei der befragten Personen gab an, dass die Paare Informationen über die unterschiedlichen Trauerreaktionen erhalten, wobei auch hier nicht generell jedes betroffene Paar auf diese Aspekte hin angesprochen wird.

„Also ich habe eine Totgeburt in der eigenen Familie erlebt und seither weiß ich darüber wesentlich mehr. Und es ist so, dass es im Kreissaal direkt selten schon an

diesen Punkt kommt. Aber wenn ich ein Bedürfnis danach spüre [die Unterschiede in den Trauerreaktionen anzusprechen], dann ist das auch kein Thema.“ (Hbme 3)

Von den ÄrztInnen und Hebammen gab die Hälfte an, dass die Unterschiede im Trauern nicht angesprochen werden.

„(...) direkt im Kreissaal ist es eher, glaube ich, ein Thema, was da nicht hinpasst. Weil ich glaube, da ist eher die Situation vorherrschend, das Kind erst mal kennen zu lernen und dann sich von dem Kind auch wieder zu verabschieden, loszulassen und erst mal diesen Schock überhaupt zu akzeptieren, der da da ist. Und ich glaube, da passt das absolut noch nicht hin.“ (Hbme 6)

„(...) es ist jetzt nicht so, dass wir da drauf hinweisen. Ich glaube, da ist auch der Kontakt, den wir dann haben, zu kurz. Das ist doch in der Regel nicht so ein relativ langer Kontakt, zu den Frauen.“ (Hbme 5)

Zwei der Befragten antworteten recht undifferenziert auf die Frage, so dass auch hier nicht deutlich wurde, ob die unterschiedlichen Trauerreaktionen thematisiert werden.

Verringertes sexuelles Interesse

Für betroffene Paare ist es wichtig zu wissen, dass ein verringertes sexuelles Interesse nach einer Tot- oder Fehlgeburt in der Regel ein vorübergehender Zustand ist, der zu einem normalen Trauerverlauf gehört. Deshalb kann ein informatives Gespräch mit einer Fachkraft für die Paare von großem Nutzen sein.

Nur eine der professionellen HelferInnen gab an, ein möglicherweise verringertes sexuelles Interesse anzusprechen.

Einige Befragten des medizinischen Betreuungspersonals waren der Überzeugung, dass Sexualität kein Thema ist, das nach der Entbindung eines toten Kindes Raum finden könnte.

„Nein, spreche ich nicht an. Weil das ist nicht angemessen jetzt in dieser frischen Zeit. Nein, gar nicht. Da komme ich mir auch so deplaziert vor, dann in diesem Moment. Wenn sie gerade bei ihrem Kind jetzt sagen, es ist gut, von Abschied nehmen und ich nehme es dann mit und dann gleich die Sexualität anzusprechen – das finde ich absurd.“ (Hbme 4)

Eine interviewte Person äußerte, dass das zum Aufgabenbereich anderer Fachkräfte gehören sollte.

„Ja, da denke ich mir wieder, dass das vielleicht auch ein Bereich wäre, wo man das mit einem Psychologen oder einem Sozialarbeiter ansprechen könnte. Aber nicht mit uns Hebammen.“ (Hbme 5)

11.2.2.17 Betreuung bei Folgeschwangerschaften

Frauen, die schon einmal ein Kind tot zur Welt gebracht haben oder deren Kind um die Geburt herum verstarb, sind in der Regel bei einer Folgeschwangerschaft mit noch mehr Ängsten und Sorgen belastet als andere Schwangere. Hier ist eine speziell an den Ängsten der betroffenen Frauen ausgerichtete Geburtsvorbereitung hilfreich.

Nach Aussage der befragten professionellen HelferInnen gibt es keine spezielle (Geburts-) Vorbereitung bei einer Folgeschwangerschaft.

Von den interviewten Personen waren drei der Ansicht, dass die Vorbereitung bei einer Folgeschwangerschaft an sich schon dadurch intensiver ist, weil die betroffenen Frauen von sich aus häufiger zu Untersuchungen gehen.

„Also meist ist die Betreuung in der [Folge-] Schwangerschaft intensiver, weil die Frau einfach mehr Angst hat und natürlich auch dann öfter zu den Untersuchungen geht. Und das wird ihr natürlich auch gewährt, klar.“ (Arzt 2)

„Also ich überlege gerade, ob die einfach schon häufiger zur Kontrolle kommen. Ja, damit sie auch ein Stück auch eine Beruhigung darstellt, aber ich glaube darüber hinaus gibt es keine psychische Vorbereitung oder so etwas.“ (Hbme 3)

11.2.2.18 Betreuung von ausländischen Frauen

Ein totes Kind zur Welt bringen zu müssen ist mit Sicherheit für jede schwangere Frau ein sehr tragisches Erlebnis. Ist man in einem Krankenhaus untergebracht, in dem man von Hebammen und ÄrztInnen gut um- und versorgt wird, man Fragen stellen kann und einfühlsame Antworten erhält, kann das die Situation erleichtern. Wie jedoch muss sich eine Frau fühlen, deren Kind intrauterin verstorben ist, und die nicht die deutsche Sprache spricht, die nicht nachfragen kann und die keine aufmunternden Worte versteht?

In vielen deutschen Krankenhäusern gehört es zum Klinik-Alltag, dass ausländische Frauen Kinder entbinden, die wenig oder gar nicht deutsch sprechen können. Hierbei wird dem medizinischen Betreuungspersonal besonderes Engagement abverlangt. Bei

einer ausländischen Frau, die ein totes Kind entbinden wird, ist selbstverständlich noch mehr Einsatzwille und Einfühlungsvermögen von Nöten.

Zwei der professionellen HelferInnen gaben an, dass sie noch nie eine Frau betreut haben, die keine Deutschkenntnisse besaß. Die anderen Befragten sprachen die Schwierigkeiten an, die bei der Betreuung ausländischer Frauen bestehen. Häufig konnte in der Familie oder im Verwandtenkreis der betroffenen Frau ein Dolmetscher gefunden werden. In manchen Fällen ist dies jedoch nicht möglich und die betreuenden Fachkräfte müssen mit Gestik und Mimik versuchen, der Frau den Sachverhalt verständlich zu machen.

„Wenn die Frau noch überhaupt gar nicht weiß so richtig, was da jetzt läuft (...) dann versucht man also mit allen Mitteln einen Dolmetscher zu holen, vorher. Gott sei dank ist da in der Regel, selbst wenn die Frau kein Deutsch kann, der Mann, der ein bisschen versteht. Oder aber in der Verwandtschaft, also irgendeine Nachbarin, im Freundeskreis, irgendwer ist da eigentlich fast immer. Findet sich gar niemand, dann hat man also schon Stellen, wo man einen Dolmetscher holen kann. Es war auch schon öfters so, dass man in der Klinik andere Patientinnen hatte, die die gleiche Nationalität hatten, die dann dolmetschen konnten. Wobei das immer ein zweischneidiges Schwert ist, zwecks Datenschutz. Es ging also, Gott sei dank, immer so, dass man irgendwo doch jemanden gefunden hat, den man mit gutem Gewissen dolmetschen lassen konnte.“
(Hbme 1)

„Kam es auch schon vor, dass eine Frau hier eine Totgeburt entbunden hat, die nicht die deutsche Sprache gesprochen hat?

Ja. Das fand ich ziemlich schwierig. Das ist schon irgendwie nicht ganz einfach. Ich habe es mitgekriegt bei einer afrikanischen Frau und bei einer türkischen Frau. Und da war es bei beiden echt nicht ganz einfach.

Wie haben Sie diese Frauen dann vorbereitet?

Bei der türkischen Frau mit Händen und Füßen. Irgendwie. Und bei der afrikanischen Frau habe ich nur die Fotos [vom verstorbenen Kind] gemacht.“ (Hbme 6)

„(...) wie bereitet man diese Frau darauf vor?

Ja, das ist also durch Gestik mehr usw. Und eben einfach, dass man versucht, dass die Frau spürt, sie ist nicht allein. Aber für die Frauen muss das furchtbar sein! Auch schon eine normale Geburt, wenn man nichts versteht und man hat Schmerzen. – Nicht wünschenswert! Ja, das ist sehr schwierig.“ (Hbme 2)

11.2.3 Eigene Einschätzung der Situation

Die folgenden Fragen sind optionale Fragen und konnten je nach Ermessen der Interviewerin gestellt oder weggelassen werden.

11.2.3.1 Werte, die bezüglich des behandelten Themas vertreten werden

Hier zeigte sich, dass die Befragten zum größten Teil sehr unterschiedliche Ansichten haben. Einer der interviewten Personen vertrat den Standpunkt, den betroffenen Frauen sollte vermittelt werden, sie müssten den Verlust ihres Kindes als Schicksalsschlag hinnehmen.

„Ja, ich sage den Frauen, sie müssen damit einfach mal leben, das anerkennen; so nehmen, wie es ist. Sie können es ja nicht ändern. Ich meine, tröstlich an der ganzen Geschichte ist, dass es ein natürlicher Tod ist. Und kein artifizierter Tod, also das Kind wurde nicht, nach dem es ein oder zwei Jahre gelebt hat, von irgend jemanden vergewaltigt und umgebracht. (...) Sondern es ist eben eine natürliche Geschichte und Leben ist halt auch immer mit Tod verbunden. Und man sollte das eben einfach mal so akzeptieren. Durch Schläge wird man eher reifer im Leben, als das es schlimm ist.“

(Arzt 1)

Respekt und Würde gegenüber den betroffenen Eltern, aber auch gegenüber dem verstorbenen Kind waren vier der befragten Hebammen sehr wichtig.

„Also ich würde es beschreiben mit Würde und Respekt ihr [der Frau] gegenüber. Und einfach Ermutigung und Zuwendung.“ (Hbme 3)

„Also ich denke vielleicht, zu vermitteln, dass jedes Leben – auch wenn es vielleicht nicht gelebt werden konnte – doch ein Stück Leben ist. Das es also nicht einfach nur ein Abgang oder eine Fehlgeburt ist, sondern das es letztendlich doch ein Kind war, was eben aus irgendwelchen Gründen nicht leben durfte. Aber trotzdem Respekt erwartet oder Anerkennung. – Naja, Anerkennung ist vielleicht nicht das richtige Wort, aber das man es trotzdem in irgendeiner Form nicht übergeht. Sondern das [Kind] als Mensch bezeichnet.“ (Hbme 5)

Von einer professionellen Helferin wurde die Frage nach der Schuld am Tod des Kindes thematisiert.

„Und für die Frau finde ich ganz wichtig, das man ihr versucht klar zu machen, dass sie nicht die Schuldige ist am Tod ihres Kindes. (...) Also das beide eigentlich (die Frau sicher noch mehr als der Mann), das beide möglichst bald damit aufhören, die Schuld bei sich selbst zu suchen. Sie haben keine Schuld daran. Das ist Blödsinn. Also das ist,

glaube ich, etwas ganz wichtiges. Weil da manche wirklich nach Jahren noch auf der Suche nach einer Antwort auf die Schuldfrage sind.“ (Hbme 1)

Einer anderen befragten Hebamme ist es wichtig, den Eltern ein Gefühl von Normalität und ‚Nicht-Anderssein‘ zu vermitteln.

„Welche persönlichen Werte haben Sie dazu?

Also als aller erstes mal, dass die Frau das Gefühl hat, dass sie keine andere Frau ist als alle anderen auch. Weil das kommt meist als aller erstes (...) Ich habe schon oft gehört, dass die Frauen dann denken: Jetzt werden sie abgeschoben, in irgendein Kämmerchen, wo sie jetzt ihr totes Kind zur Welt bringen müssen. Und das irgendwie gar nicht mehr als ‚normal‘ angesehen wird. (...) Ich kann jetzt zwar gerade bloß für mich sprechen, aber ich guck’ schon, dass es für die Eltern trotzdem ein schönes Geburtserlebnis werden kann, genauso wie für alle anderen auch. Und eher eigentlich noch besonderer. Eher noch, dass die [Tot-]Geburten, auch die ich erlebt habe zum Teil noch schöner waren, als manche Geburt mit einem lebenden Kind.“ (Hbme 6)

11.2.3.2 Verwirklichung von Wertvorstellungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Bei der Beantwortung der Frage zeigte sich durch die Aussagen einiger Befragter, dass die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen nicht immer problemlos verläuft.

„Werden diese Werte in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen umgesetzt?

Schon, im Umgang mit Klientel schon. Aber wir Berufsgruppen Hebammen und Ärzte: Da kann ich nicht sagen, dass uns das sehr gut gelingt, miteinander so [respektvoll] umzugehen. Das ist ein sehr spannungsreiches Feld. Wo immer wieder Abwertungen geschehen mit uns, mit einander. Aber nach außen sind wir sehr bemüht, dass das nicht so rauskommt. Aber es ist ja immer latent dann auch da. Aber da kann ich nicht sagen, dass es [die Zusammenarbeit] so klasse ist. Nein, das ist sehr schwierig oft.“ (Hbme 4)

„Also in jeder Klinik, (...) ist es so, dass die primäre Bezugsperson die Hebamme ist. Und von den Ärzten her glaube ich eher, dass die sich bei einer Totgeburt wesentlich mehr zurückhalten, als bei jeder anderen Geburt. Dass die einfach, auch wenn es jetzt angestellte Ärzte sind, den Raum, in dem die Frau die eine Totgeburt bekommen muss,

eher meiden, als den Kreissaal, in dem jetzt die lebenden Kinder kommen. Die sich also da zum Großteil, glaube ich, schon eher aus Unsicherheit raushalten.“ (Hbme 1)

Einige der interviewten Personen gaben an, dass in ihren Kliniken die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen größtenteils reibungslos verläuft und deshalb auch die Umsetzung der Wertvorstellungen gelingt.

„Werden die Werte in der Arbeit mit anderen Berufsgruppen umgesetzt?

Also ich denke, unser Hebammen-Team hat einen sehr stark prägenden Charakter den Ärzten gegenüber, was die Werte und die Moral hier im Kreissaal angeht.(...) auch, wenn man mit den einzelnen Ärzten länger arbeitet, dann beobachten wir einfach immer wieder, dass sie sich sehr zum Positiven verändern, was ihre menschliche Qualität betrifft.“ (Hbme 3)

„Also hier würde ich sagen, geht es mehr Hand in Hand. (...), aber ich kenne schon auch Situationen, wo eigentlich die Ärzte – so gibt es auch hier welche – das gerne der Hebamme überlassen, das zu regeln. Aber unsere augenblickliche Kreissaaloberärztin, die ist diesbezüglich sehr engagiert.“ (Hbme 2)

11.2.3.3 Persönlicher Vergleich der eigenen Institution mit anderen Kliniken

Bei dieser Frage ging es um eine subjektive Einschätzung der Interviewten. Es sollte hinterfragt werden, wie der/die ProbandIn das eigene Krankenhaus, im Vergleich zu anderen Kliniken, sieht.

Es kristallisierten sich drei Antwortkategorien heraus.

Drei der Befragten gaben an, keinen Vergleich ziehen zu können, da sie über die Standards anderer Kliniken keine Informationen besitzen.

„Kann ich nicht sagen. Ich habe da absolut keine Vergleichsmöglichkeit.“ (Hbme 6)

Etwa ein Drittel der professionellen HelferInnen sind mit dem Umgang im eigenen Krankenhaus zufrieden, verglichen mit anderen Kliniken.

„Ja, also ich denke, dass wir schon auf einem guten Stand sind. Das wir das aber jetzt irgendwie nicht so publik machen, ja.“ (Hbme 3)

„Ich muss das auch für mich persönlich jetzt sagen, weil ich natürlich nicht für andere Ärzte mitsprechen kann, weil jeder Arzt für sich eigenverantwortlich ist, ich bin ja nicht der Chefarzt (...) Also ich denke, da waren wir unserer Zeit, jedenfalls für die unterfränkische Region schon weit voraus. Also ich mache das jetzt schon seit über 20

Jahren. Also ich weiß noch in den Anfängen, war das eigentlich hier indiskutabel, dass die Mütter ihre Kinder selbst noch mal anfassen durften. (...) Insofern glaube ich, gerade diese Sache hat uns damals outstanding gemacht. Heute ist es glaube ich, schon Allgemeingut. Dürfte sich überall herumgesprochen haben, dass es so gehandhabt werden sollte.“ (Arzt 1)

Von den interviewten Personen äußerten sich zwei kritisch zur Situation im eigenen Haus und können sich eine Optimierung der Situation vorstellen.

„Wir waren eine von den ersten Kliniken, die mit Regenbogen [gemeint ist der SHG-Dachverband ‚Regenbogen‘] Kontakt aufgenommen haben, schon vor 15 Jahren oder so. Bevor ich kam. (...) Also das war aber wie so eine Enklave hier dann im Kreissaal, wo das schon immer gut war. Oder schon lange gut war. Da war das in andern Häusern noch nicht. Aber ich denke, mittlerer Weile haben andere Häuser da bestimmt schönere Räumlichkeiten und auch schon einen Standard erarbeitet, in der Richtung. (...) ich wünsch es mir manchmal noch intimer. Und das ist halt hier ein riesiger Laden. Ja, intimer und konstanter von den Menschen her, wo da noch drum herum sind.“ (Hbme 4)

*„Sind Sie zufrieden mit den Umgang von betroffenen Frauen in ihrem Krankenhaus?
Zufrieden: Jein. Also ich muss sagen, ich habe in mehreren verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet. Und ich muss sagen, hier ist es jetzt da am persönlichsten. Aber optimal war es eigentlich nirgends. Also so, wie ich es mir als optimal vorstellen würde.“ (Hbme 1)*

11.2.3.4 Vorbereitung auf das Thema ‚Totgeburt‘ durch die Ausbildung

Auf die Frage, ob die Interviewten sich durch die eigene (Hoch-)Schulbildung auf das Thema ‚Totgeburt‘ bzw. ‚Umgang mit betroffenen Frauen/Paaren‘ vorbereitet fühlen gab, es wieder ein großes Spektrum an Antworten.

Die Hälfte der befragten ÄrztInnen und Hebammen gaben an, sich durch die eigene Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet zu fühlen.

„Nein. Nur durch eigene Erfahrungen mit dem Tod fühle ich mich darauf vorbereitet. (...) Also durch die Ausbildung überhaupt nicht, nein!“ (Arzt 2)

„Das ist schon so lange her. Kann ich Ihnen jetzt nicht mehr sagen, ob ich da vorbereitet war oder nicht. Aber ja, generell muss man. [Befragte macht eine Gedankenpause.] Nein, vielleicht doch nicht. Weil sonst wüsste man ja eher, wie man

damit umgeht. Das kann ja eigentlich nicht angehen, dass es nur die Lebenserfahrung ist oder das eigene Vermögen, Einfühlung zu haben oder nicht; dass das Maß der Dinge ist. Nein, eigentlich wird man nicht darauf vorbereitet! Ich denke auch heute noch nicht.“ (Hbme 2)

Eine der befragten Hebammen antwortete, dass sie sich durch die Ausbildung befähigt fühlt, mit dieser Problematik umzugehen.

„Fühlen Sie sich durch Ihre Ausbildung vorbereitet?“

Ja, eigentlich schon. Weil wir während der Ausbildung (also in dem Kurs in dem ich war) eigenartiger Weise häufiger totgeborene Kinder hatten. Aber das war nicht die Regel.“ (Hbme 1)

Von den interviewten Hebammen gaben zwei an, man könne nur Grundlagen zu dem Themengebiet lernen, die eigentlichen Kenntnisse erwirbt man durch Erfahrung.

„Also ich denke, das ist ein Prozess. Aber ich denke auch, dass es im Leben immer so ist, dass das, was auf einen zukommt immer noch ein Stückchen eine größere Herausforderung darstellt. Und das man daran ja auch lernt.

Meinen Sie, da könnte in der Ausbildung ein größerer Schwerpunkt gesetzt werden?

Also ich sehe es einfach so, dass Grundlagen schon irgendwie gelehrt werden müssen. Und ich habe es so erlebt.“ (Hbme 3)

11.2.3.5 Notwendigkeit und Nutzen von Supervision bei Hebammen

Diese Frage wurde nur an die Berufsgruppe der Hebammen gestellt, denn i.d.R. betreuen Hebammen schwangere Frauen bereits vor der Geburt in den entsprechenden Vorbereitungskursen. Auch unter der Geburt und im Anschluss daran, durch die Nachbetreuung, sind hauptsächlich Hebammen zuständig für die Frauen. Dies gilt selbstverständlich auch für Frauen, deren Kinder tot zur Welt kommt. Da die Hebamme demnach die primäre Bezugsperson für die betroffene Frau ist und meist mehr in das Geschehen involviert ist, stellt sich die Frage, ob Supervision für Hebammen notwendig und sinnvoll wäre. Die Hälfte der befragten Hebammen würde die Möglichkeit zur Supervision begrüßen.

„Das es das Angebot geben sollte, das wäre mit Sicherheit nicht verkehrt. Weil es sicher Hebammen gibt, die damit wirklich Probleme haben. Und das die die Möglichkeit haben, irgendwo hinzugehen. Weil da gibt es wirklich keine Möglichkeit.“ (Hbme 1)

„Es wäre durchaus nicht verkehrt, sich vielleicht in unregelmäßigen Abständen zu treffen und über diese Dinge zu reden. (...) Wir haben hier jetzt keine Möglichkeit der Supervision, also auch für andere Dinge nicht. Aber ich würde das jetzt durchaus eher begrüßen.“ (Hbme 5)

Zwei der Interviewten sahen aus verschiedenen Gründen keine Notwendigkeit für Supervision.

„Ist Ihrer Meinung nach Supervision für Hebammen zu diesem Thema sinnvoll?

Also nein. Es ist ja nicht so, dass wir jetzt jeden Tag tote Kinder haben. Es kommt, Gott sei dank, nicht so häufig vor und ich habe noch nicht den Eindruck gehabt, dass wegen dem jetzt eine Supervision notwendig wäre, speziell.“ (Hbme 2)

„Sehen Sie einen Bedarf an Supervision, in dem Bereich, gerade was die Begleitung von Frauen mit einer Totgeburt angeht?

Ich eigentlich nicht, weil ich glaube, wir [Hebammen] kommen untereinander so gut zu recht, dass wir untereinander sehr viel auch reden. Und ohne das würde das gar nicht gehen. Also wenn ich wüsste, ich betreue die Frauen und müsste alles für mich behalten und könnte

mit niemanden irgendwie reden, (...) – also ich glaube, dann würde ich das auch nicht aushalten. Ich glaube, es geht meinen Kolleginnen ähnlich. Und es ist zum Glück so ein Team, wo wir reden können. Und für das Thema speziell bräuchte ich keine Supervision.“ (Hbme 6)

11.3 Ergebnisse der Interviews mit den Leiterinnen der Selbsthilfegruppen, Selbstbetroffene

11.3.1 Entstehung und Organisation der SHG

11.3.1.1 Namensfindung der SHG

Zwei der drei interviewten Leiterinnen gaben an den Namen für die Gruppe selbst bzw. zusammen mit anderen Betroffenen ausgewählt zu haben. Es zeigte sich in den Antworten der Befragten deutlich, dass die Wahl des Namens nicht willkürlich geschah, sondern in direkter Verbindung mit dem Verlust des Kindes steht.

„Wie entstand der Name der Selbsthilfegruppe, in Ihrem Fall ‚Pusteblume‘?

Den haben die Frau K. und ich uns eigentlich eher ausgedacht. Ja, die Pusteblume, wenn sie blüht und man bläst hinein, dann weht der Wind diese kleinen Fallschirmchen, die zum Boden fallen und es kann ein Samen daraus aufgehen oder auch nicht. So haben wir uns das gedacht.“ (SHG 2)

11.3.1.2 Entstehungsgeschichte der SHG

Eine der befragten Frauen gründete persönlich eine Selbsthilfegruppe, da sie nach dem Verlust mehrerer Kinder das Bedürfnis verspürte, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen.

„Ja, am Anfang stand so der Wunsch von mir, auch bei meinen früheren Verlusten, dass ich mich gerne mit trauernden Frauen ausgetauscht hätte. Einfach mit Gleichbetroffenen, wollte ich den Austausch, hatte ihn aber nicht. (...) Und den Ausschlag hat ein Seminar gegeben bei der Hannah Lothrop, die ja jetzt auch nicht mehr lebt“ (SHG 1)

Die übrigen Interviewten schlossen sich einer bestehenden Selbsthilfegruppe an und übernahmen nach einiger Zeit die Leitungsfunktion.

„Ich habe im April letzten Jahres Zwillinge tot geboren und da hat man mir, also das war im Südklinikum und da hat mir schon gesagt, ich (...) sollte mich irgendwie einer Selbsthilfegruppe anschließen. Da war jetzt aber nichts vom Raum A. genannt worden oder so. Keine Information. Nur eben, dass es eben eine gute Sache wäre. (...) Ich bin eigentlich kein Mensch, der so was gerne macht oder ja, sagen wir mal: Ich bin nicht so ein ‚Gruppen- oder Herdentier‘, normal. Und dann ging es mir aber im Juni, Juli recht schlecht. Und bei uns im Gemeinderundbrief, der immer an alle Haushalte verteilt wird,

hatte ich schon früher mal gelesen, dass es halt diese Selbsthilfegruppe gibt. Und hab mir dann die Telefonnummer noch mal rausgesucht und habe angerufen. Und ja, bin dann da hingegangen und das war eigentlich ganz okay, sagen wir mal so. Das erste mal nicht so. Das war ziemlich hammer-hart. Aber dann so mit der Zeit wurde es immer besser. Und hat mir auch viel gebracht und deswegen bin ich dann auch dabei geblieben.“ (SHG 3)

11.3.1.3 Informationsquellen zur SHG

Von allen befragten Frauen wurde geäußert, dass sie über Faltzettel auf ihre Gruppe aufmerksam machen. Diese Informationsblätter werden in der Regel an Krankenhäuser, ÄrztInnen- und Hebammenpraxen verteilt. Eine Person gab an, diese Unterlagen auch an Gesundheitsämter und Schwangerenberatungsstellen weiterzugeben.

Von einer Interviewten wird die Problematik angesprochen, ob und wann betroffene Frauen diese Broschüren erhalten.

„Also wir haben an sämtliche Frauenärzte hier (...) so Ordner gegeben. Nicht nur Ordner, sondern auch so kleine Faltzettel. Und die kriegen manche tatsächlich ohne Nachfrage in die Hand gedrückt. Aber die meisten müssen nachfragen.

Liegt das dann auch in der Arztpraxis aus?

Nein, liegt nicht aus. Warum, weiß ich nicht. Aber vielleicht weil sie die anderen nicht beunruhigen wollen.“ (SHG 3)

In einem Fall ist die Selbsthilfegruppe über den Dachverband Regenbogen im Internet vertreten.

Auch der informelle Informationsfluss spielt eine große Rolle.

„Und jetzt auf einmal – warum weiß ich auch nicht – ist es [die Mitgliederanzahl] einfach rapide gestiegen. Ich glaube nicht, dass jetzt die Betroffenen mehr geworden sind hier im Umkreis. Keine Ahnung, ob das jetzt mehr Mund-zu-Mund-Propaganda ist, weil ich auch ziemlich vielen davon erzählt habe, in meinem Bekanntenkreis. Wo ich jetzt halt bin, was ich mache. Und von der Ecke kamen eben auch wieder viele dazu. Wie das dann immer so ist. Das war mehr Mund-zu-Mund-Propaganda eigentlich.“ (SHG 3)

11.3.1.4 Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Selbsthilfegruppe

Nach Aussagen der befragten Frauen ist es sehr unterschiedlich, wann betroffene Eltern mit der Selbsthilfegruppe Kontakt aufnehmen. Es werden Zeiträume von ein paar Wochen bis hin zu einem Jahr nach dem Verlust des Kindes genannt. Von zwei der interviewten Frauen wurde geäußert, dass zwischen erster Kontaktaufnahme mit der Selbsthilfegruppe und dem ersten Besuch eines Treffens, häufig viel Zeit vergeht.

„Wann nehmen betroffene Frauen und Paare mit Ihnen Verbindung auf?

Das ist ganz verschieden! Ich habe viele, die erst nach einem Jahr kommen. Oder schon auch nach zwei Wochen. Also sehr viele rufen vielleicht erst mal kurz nachdem es passiert ist bei mir an und dann kann es noch eine Weile dauern, bis sie dann wirklich kommen“ (SHG 3)

11.3.1.5 Besuch bei betroffenen Frauen im Krankenhaus

Auf die Frage, ob Mitglieder der Selbsthilfegruppe betroffene Frauen im Krankenhaus besuchen um sie so unterstützen zu können gaben alle Interviewten an, dass dieses Angebot gegenüber der Klinik besteht. Allerdings wurde nur in einem Fall davon Gebrauch gemacht.

„Wir haben das angeboten im Krankenhaus. Sind aber bis jetzt noch nicht gerufen worden. (...) weil die halt einfach sagen, sie haben ihren Klinikseelsorger. Den sie da dann halt hinschicken.“ (SHG 2)

11.3.1.6 Regelmäßigkeit der Treffen

Von allen drei Leiterinnen der Selbsthilfegruppen wurde angegeben, dass die Treffen der Gruppen regelmäßig stattfinden, und zwar einmal monatlich.

11.3.1.7 Ablauf der Treffen

Es zeigte sich bei der Beantwortung dieser Frage, dass die Gruppen den Ablauf der Treffen sehr individuell handhaben. Es wurde angegeben, es bestehen zwar feste Bestandteile (wie z.B. Besprechung aktueller Probleme oder organisatorischer Aspekte), aber der Zeitpunkt hierfür wird frei gewählt und ist situationsabhängig.

„(...) da wir eben kein Programm in dem Sinne haben, sondern wirklich eine reine Gesprächsgruppe sind, gibt es keinen festen Ablauf. Manchmal machen wir das Organisatorische vorher, manchmal nachher. Je nach dem, wie es gerade passt.“ (SHG 3)

11.3.1.8 Gestaltung und Leitung der Treffen

Alle drei befragten Frauen gaben an, dass sie für die Gestaltung der Treffen und für die Leitung der Selbsthilfegruppe zuständig sind. Teilweise in Kooperation mit einer anderen mitbetroffenen Frau. Sie sind ebenfalls AnsprechpartnerInnen für neue Mitglieder oder interessierte Personen.

11.3.2 Persönliche und gruppenübergreifende Erfahrungen und Sichtweisen

11.3.2.1 Geschlechterverteilung in den Selbsthilfegruppen

Alle Interviewten äußerten, dass die Selbsthilfegruppen zum Großteil von Frauen besucht werden, obwohl nur in einem Fall das Gesprächsangebot speziell an Frauen gerichtet ist.

Bei den beiden anderen Selbsthilfegruppen richtet sich das Angebot sowohl an Mütter wie an Väter, dennoch sind hier die männlichen Teilnehmer unterrepräsentiert.

„Wie sieht die Geschlechterverteilung bei Ihnen in der Selbsthilfegruppe aus?

Also ich würde sagen: 80 % Frauen.“ (SHG 2)

Als Ursache für dieses ungleiche Verhältnis wurde von allen Befragten die unterschiedlichen Trauermuster von Mann und Frau genannt. Eine der Frauen thematisierte in diesem Zusammenhang auch die Bindungsqualität zum totgeborenen Kind sowie das in unserer Gesellschaft vorherrschende Männerbild. (vgl. hier auch Kap. 6.2)

„Warum besuchen Ihrer Meinung nach mehr Frauen als Männer die Gruppe?

Weil die Männer anders damit umgehen als wir Frauen. Und ich denke auch, oft ist es – nicht bei allen, aber bei vielen – (...) so, dass sie nicht so diese Beziehung gehabt haben zum Kind. Und es eigentlich dann erst gesehen haben und erlebt haben, als es entweder schon tot auf die Welt kam oder eben vielleicht noch lebend auf die Welt kam und dann aber gleich gestorben ist. Und das da die emotionale Bindung nicht so groß ist. Und ich denke auch, dass sie nicht denken, dass sie das für sich jetzt bräuchten. Sagen wir das mal so. Das ist so dieses Männerbild auch in unserer Gesellschaft. So: Ich muss stark sein, ich darf nicht weinen, ich muss jetzt hier der Held sein und alles zusammenhalten.“ (SHG 3)

11.3.2.2 Wiederkehrende Themenschwerpunkte

Es kristallisierten sich mehrere Aspekte heraus, die in den Gruppentreffen immer wieder von betroffenen Eltern thematisieren werden.

Zum einen ist es der Umgang mit dem verstorbenen Kind und den betroffenen Frauen bzw. Paaren durch das medizinische Betreuungspersonal.

„Welche wiederkehrenden Themenschwerpunkte gibt es bei Ihren Treffen?

Ja, das ist oft die Art des Sterbens und wie es danach war. Also bis zur Beerdigung oder wenn keine Beerdigung möglich war, so einfach der Rahmen von der Geburt, wie mit den Kindern umgegangen wurde und mit ihnen [den Frauen/Paaren]. Das ist eindeutig ein Schwerpunkt, der immer wieder kommt.

Also die Behandlung im Krankenhaus?

Ja. Behandlung im Krankenhaus, teilweise auch durch die nachbetreuenden Frauenärzte.“ (SHG 1)

Zum anderen werden im Rahmen der Selbsthilfegruppen immer wieder die Reaktionen des sozialen Umfelds zum Gesprächsgegenstand gemacht.

„Es gibt immer wieder, einfach aus der eigenen Betroffenheit heraus, die Schwerpunkte oder die Themen wie die Verwandtschaft oder die Freunde mit uns umgehen danach. – Was teilweise (ich sage mal) recht beeindruckend ist. Dann auch die Erlebnisse im Krankenhaus, die man gemacht hat. Was sehr lange an einem arbeitet teilweise. Je nach dem, was für Erfahrungen man gemacht hat. Je besser sie sind, desto weniger arbeitet es an einem. Aber je schlechter die waren, desto heftiger arbeiten die auch an einem. Und das sind eigentlich so mit die Hauptthemen, die immer wieder kehren.“ (SHG 3)

Von einer befragten Leiterin wurde in diesem Zusammenhang auch geschildert, dass man als betroffene Mutter bzw. betroffener Vater oft nicht die Kraft hat, auf Mitmenschen zuzugehen, dies aber häufig erwartet wird.

„Auf einmal fängt so unser ganzes soziales Umfeld an, sich zu verändern. Und die wenigsten um uns herum, merken eigentlich, dass sie auf uns zugehen müssten. (...) in dieser Situation, da kann man auf niemanden mehr zugehen. Da ist man so am Boden und so zerschlagen und so zerstört, da hat man nicht mehr die Kraft da auf irgendwen zuzugehen. Und da bräuchte man eigentlich die Leute, dass sie auf einen zugehen. Aber die erwarten halt, dass man auf die zugeht. Und wenn man das nicht macht, dann sind sie eventuell noch beleidigt und so. Und das ist einfach so mit das Hauptthema eigentlich.“ (SHG 3)

11.3.2.3 Eigene Erlebnisse der befragten Frauen

Aus der eigenen Betroffenheit heraus konnten die interviewten Frauen von positiven und negativen Erlebnissen in der Klinik berichten.

Als vorteilhaft sahen zwei Befragte die schnelle und unkomplizierte Entbindung des intrauterin verstorbenen Kindes.

„Also ich hatte Glück im Unglück und bin an einen sehr guten Arzt gekommen. Ich hatte auch Glück, dass es sehr schnell gegangen ist. Ich bin ja hingekommen und die haben keinen Herzton mehr gefunden und dann wurde das eingeleitet und das hat zwei Stunden gedauert und dann wurde das Kind geboren. Und es ging alles so wahnsinnig schnell, das mir durch das Schnelle, glaube ich, auch viel erspart geblieben ist.“ (SHG 2)

„(...) ja, das war eigentlich wichtig. Und dann, dass ich eine ganz normale Entbindung haben konnte. Ich brauchte keinen Kaiserschnitt, ich brauchte keine Medikamente, das lief ganz schön eigentlich. Also die Geburt habe ich als sehr schön noch in Erinnerung.“ (SHG 1)

Die Unterbringung in einem Einzelzimmer und die Anwesenheit des Partners bzw. anderer Bezugspersonen wurde ebenfalls als unterstützend erlebt.

„Und ich habe zum Schluss auch ein Einzelzimmer gehabt, für mich. Das fand ich auch sehr gut. Ich habe da viel Ruhe gebraucht, um meinen Gedanken nachgehen zu können.“ (SHG 1)

„(...) es war schon gut. Auch, dass ich halt Besuch haben konnte, solange ich wollte. Wie ich wollte.“ (SHG 3)

Ein weiterer positiver Aspekt für die betroffenen Frauen war die Betreuung durch die Hebammen und ÄrztInnen, wenn diese einfühlsam und umsichtig mit den Patientinnen umgegangen sind.

„Und es waren eigentlich alle sehr bemüht um mich. Und die Hebamme, die ich hatte, die war einfach nur lieb. Also die war wirklich super! Und war richtig für uns beide da. Also für meinen Mann und mich.“ (SHG 3)

Eine der befragten Frauen musste beim medizinischen Betreuungspersonal sehr unterschiedliche Erfahrungen machen, die zeigen, dass das Einfühlungsvermögen bei dem Klinikpersonal recht ungleich ausgeprägt ist:

Von einem Professor der Klinik fühlte sich die Interviewte in ihrer Trauer angenommen.

„(...) die Visite kam ja dann rein und der Professor hat dann noch zu mir gesagt, dass ich jetzt viel Kraft brauche und das es lange dauert. Und das hat mir auch gereicht, ja? Mehr hat der gar nicht sagen müssen, da habe ich mich angenommen gefühlt und das war in Ordnung.“ (SHG 1)

Bei einer Stationsschwester konnte sie diese Erfahrung nicht machen.

„Was schlimm für mich war, (...) dass ich wirklich noch von Hebammen oder auch von Schwestern auf der Station zu hören bekommen habe... Also eine hat mir allen Ernstes gesagt: ‚Sie können ja noch Kinder kriegen!‘ – Wirklich dieser Spruch, wie man ihn im Buch liest, so platt, wie er ist – heute noch! Aber da ist man so ohnmächtig, weil man eben in dem Schmerz und diesem Schock so gefangen ist. Ich habe gedacht, dass darf nicht wahr sein! Wenn die weiß, dass ich acht Schwangerschaften hatte und so viele Fehlgeburten, da kann die doch nicht einfach sagen, sie können noch Kinder kriegen! (...) mal abgesehen davon, dass es dieses Kind dann auch nicht wieder herbringt. Geschweige denn ersetzt, ja.“ (SHG 1)

Auch die anderen zwei Befragten machten negative Erfahrungen mit dem medizinischen Betreuungspersonal. Eine der Interviewten erlebte den Umgang des Klinikpersonals mit dem verstorbenen Kind als traumatisierend.

„Das ist das, was mir lange nachgegangen ist: Wenn einem dann einen Tag später das Kind, auf so einem silbernen Essenskarren da hingefahren wird.“ (SHG 2)

Auch wäre emotionaler Beistand durch das Krankenhauspersonal von allen Befragten als hilfreich empfunden worden.

„Die Betreuung war eigentlich von allen sehr gut. Nur das die Schwestern, wie auch die Hebammen (...) teilweise nicht wussten, wie sie mit mir umgehen sollten. Obwohl es im S.-Klinikum alle Nase lang vorkommt. Also da bin ich nicht die Einzige und nicht die Erste und nicht die Letzte. (...) Man hat mich im Bett weinen gesehen und hat die Türe gleich wieder zugemacht. – So ungefähr und das fand ich auf der einen Seite ganz gut, auf der anderen Seite denke ich mir: Ein bisschen Zuspruch hätte ich mir schon auch gewünscht. Und auch: Sie haben keinen Seelsorger gerufen, keinen Pfarrer, nichts. Das hätte ich vielleicht selber sagen müssen. Aber zu so was war ich eigentlich auch nicht im Stande. Und das finde ich auch sehr schade.“ (SHG 3)

„Und was mich noch genervt hat, furchtbar, ist dass die Nachtschwester immer kam und gesagt hat, ich kann Schlaftabletten kriegen und der Arzt hat gesagt, ich kann

*Tabletten kriegen und ich habe aber immer gesagt: ‚Ich will aber keine Tabletten! Das hilft mir jetzt auch nicht. Ich will das so, wie es ist. Und das will ich jetzt so aushalten.‘
(...) Und da habe ich auch gedacht: Hätte sie [die Schwester] sich wirklich mal eine Viertelstunde zu mir hingesezt, und mir einfach zugehört und mich heulen lassen, dann hätte mir das mehr geholfen. Das wäre das mehr wert gewesen, als eine Schlaf-tablette.“ (SHG 1)*

Die Entscheidung treffen zu müssen, die Schwangerschaft abzubrechen oder fortzuführen wurde von einer befragten Frau, die Zwillinge erwartete als sehr belastend empfunden.

„Von der Situation her und von der Behandlung her, das schlimmste für mich war, als ich eingeliefert wurde ins Krankenhaus. Das man mir nahe legte, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Das war in der 24. Woche und das war für mich irre schwer. Weil ich mir nicht vorstellen konnte, wie ich jetzt diesen Schritt machen könnte, meine eigenen Kinder quasi umzubringen. Und das hat mich also schon mal in ziemliche Konflikte gestürzt. Wo ich dann auch nicht mehr klar denken konnte.“ (SHG 3)

11.3.2.4 Berichte aus den Gruppentreffen

Nach den Aussagen der Leiterinnen wurden von den TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppen sowohl positive, als auch negative Erfahrungen im Krankenhaus gemacht.

Zu den positiven Erlebnissen zählten die GruppenteilnehmerInnen den Kontakt zum verstorbenen Baby.

Dies beinhaltete u.a., dass sie das Kind sehen und berühren zu konnten, und dass die Familie die Möglichkeit hatte, das Kind ebenfalls kennen zu lernen. Aber auch Erinnerungsstücke wie z.B. Fotografien sind für die betroffenen Eltern wichtig.

„Was empfanden die Mitglieder Ihrer Gruppe als vorteilhaft?

Also positiv mit Sicherheit, wenn ihnen eine gute Geburt ermöglicht wurde. Und auch, dass sie das Kind dann noch sehen dürfen. Also auch so einfach der entsprechende Rahmen: Ein Zimmer, wo der Mann dann auch kommen kann oder die Geschwisterkinder, Großeltern. – Ja, das so ein Rahmen ermöglicht wird, bis das Kind beerdigt wird, dass man es (...) sehen kann.(SHG 1)

Einige der betroffenen Frauen bekamen bereits im Krankenhaus Informationen über die Selbsthilfegruppen. Dies wurde als hilfreich erlebt.

Bei der Beantwortung dieser Frage wurde deutlich, dass die negativen Erlebnisse in den Gesprächen der Gruppenmitglieder einen größeren Schwerpunkt einnehmen, als die positiven. Dementsprechend konnten die interviewten Leiterinnen von weit aus mehr unglücklichen, ja sogar traumarisierenden, Erfahrungen der TeilnehmerInnen berichten. Alle der befragten Personen sprachen von unangebrachten Äußerungen des medizinischen Betreuungspersonals gegenüber Frauen und Paaren, die ihr Kind vor oder kurz nach der Geburt verloren haben.

„Und ich habe das jetzt erst, gerade letzte Woche wieder gehört, dass Aussagen von Hebammen kamen wie: ‚Ja, jetzt stellen Sie sich nicht so an‘“ (SHG 2)

„Negativ sind immer auch so diese Standardsätze, die man wirklich liest und die sich halten! Sicherlich nicht bei jedem vom Betreuungspersonal, aber ich denke, so schnell auszumerzen, sind die nicht (...): ‚Es kann ja noch ein Kind nachkommen‘. (...) Oder: ‚Sie können ja noch mal schwanger werden!‘“ (SHG 1)

„Sie sagten eben, dass Sie sich gut umsorgt gefühlt haben. War das bei den anderen Mitgliedern auch der Fall?

Nein, bei den wenigsten. Zwei wurden alleine gelassen während der Geburt.

Was bedeutet ‚alleine gelassen‘?

Wurden alleine gelassen. Von der Hebamme und dem Arzt. Nach dem Motto (es wurde bei der einen sogar gesagt): ‚Ich muss mich jetzt um eine richtige Mutter kümmern.‘“ (SHG 3)

Auch andere Frauen aus den Selbsthilfegruppen berichteten, während der Zeit vor der Entbindung von ÄrztInnen und Hebammen alleine gelassen worden zu sein.

„Was empfanden die Mitglieder Ihrer SHG als negativ?

Das die Frauen dann doch sehr viel alleine gelassen werden. Weil es bei sehr vielen ja länger dauert und sie dann wirklich stundenlang mutterseelenallein, möglichst neben dem Kreissaal, wo sie alles mitkriegen, halt dann da liegen.“ (SHG 2)

Das Kind anzusehen, ist für den Trauerprozess der Eltern sehr wichtig. Dennoch wird in manchen Kliniken den Eltern abgeraten ihr Kind anzusehen. In anderen Fällen bekommen die Eltern sehr wenige Informationen darüber, wie lange sie ihr Kind bei sich behalten können.

„(...) Oder dann, dass sehr vielen Frauen, auch heute noch, gesagt wird, sie sollen sich lieber das Baby nicht anschauen, was also aber im Nachhinein, für den Trauerprozess unheimlich wichtig ist, dass man es tun sollte.“ (SHG 2)

„Und das andere ist, dass viele eben die Nachbetreuung als sehr schlimm empfinden. (...) Also es wurde bislang keinem gesagt, dass man das Kind nach der Geburt nicht nur länger bei sich behalten kann, sondern tatsächlich auch noch einen ganzen Tag lang bei sich behalten kann. Es wurde niemandem gesagt, dass man es sogar einen Tag später noch mal in der Pathologie besuchen kann.“ (SHG 3)

Die Zeit im Krankenhaus nach der Entbindung eines intrauterin verstorbenen Babys wurde von zahlreichen Mitgliedern der Selbsthilfegruppen als sehr unangenehm empfunden.

„Und einfach so der Tag danach quasi, oder die Stunden danach haben die meisten als sehr schlimm empfunden. Weil sich entweder überhaupt nicht gekümmert worden ist oder mit Nichtachtung teilweise gestraft wurde.“ (SHG 3)

Auch die Unterbringung der betroffenen Frauen auf der Entbindungsstation erlebten die GruppenteilnehmerInnen als negativ.

„Und wir haben halt immer noch Fälle, wo eben die Frauen dann auf der Wöchnerinnen-Station landen oder neben dem Kreissaal. Wo sie sich alles mit anhören müssen“ (SHG 2)

Eine der befragten Leiterinnen thematisierte die nötige Willenskraft der betroffenen Mütter und Väter, um eigene Wünsche in einer solchen Situation durchsetzen zu können.

„(...) Es wurde niemandem gesagt, dass man es [das Baby] sogar einen Tag später noch mal in der Pathologie besuchen kann. Die wenigsten haben ihr Kind selber gewaschen und angezogen. – Das sind alles so Sachen, die hinterher einfach vermisst wurden. Diejenigen, die das haben machen können waren aber auch selber so stark, dass sie darauf selber gedrungen haben. Und gesagt haben: Ich will! Aber jemand, der das nicht ausdrücklich äußert, hat kaum eine Chance. Und das ist etwas, was ich nicht so ganz verstehe. Weil, ich meine klar: Hebammen wie Ärzte in einer Frauenklinik sind natürlich um das Lebende bemüht. Aber ich meine die Totgeburten, das gehört einfach mit dazu! Und die können mir nicht sagen, dass haben sie noch nie erlebt.“ (SHG 3)

11.3.2.5 Betreuende Berufsgruppen im Krankenhaus

Nach Angaben aller Befragten wurde die Betreuung in der Klinik generell durch ÄrztInnen und Hebammen geleistet. Nur in einem Fall stand ein Seelsorger als Ansprechpartner zur Verfügung.

„Also hier in O. lag ich ja die ersten sechs Wochen [im Krankenhaus], da kam der Pfarrer, den ich auch hier kenne. Der hat mich dann hier betreut. Das fand ich auch sehr schön. Mit dem anderen Pfarrer [der anderen Klinik] hatte ich einmal Kontakt und hatte so das Gefühl: Mit dem komme ich gar nicht klar. Da habe ich dann auch keinen Wert mehr drauf gelegt, muss ich sagen.“ (SHG 1)

Keiner der befragten Frauen wurden die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes als Anlaufstelle genannt.

„Hatten Sie auch Kontakt zum Sozialdienst des Krankenhauses?

Nein.

Ist Ihnen das angeboten worden?

Nein.

Wissen Sie, ob das bei den anderen Mitgliedern aus Ihrer SHG der Fall war?

Nur bei dieser anderen Frau, die auch im S.-Klinikum entbunden hat, bei den ganzen anderen nicht.“ (SHG 3)

11.3.2.6 Generelle Verbesserungen in der Betreuung

Es wurden von den interviewten Frauen vielfältige Vorschläge zur Verbesserung der Situation für betroffene Paare gemacht.

Von einer Leiterin wurde angesprochen wie notwendig es ist, ausreichend Bedenkzeit zu bekommen, um die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Ebenso wichtig erschien ihr die Informationsvermittlung über mögliche Handlungsschritte, die für das betroffene Paar bestehen.

„(...) dass man Zeit bekommt vor allen Dingen. Um Überlegen zu können. Man muss ja nicht sofort die Geburt einleiten, man muss auch bei einer frühen Fehlgeburt nicht sofort ausschaben. Also wirklich die Zeit zugeben, sich damit auseinander setzen zu können. (...) Perspektiven aufzeigen, also wirklich auch sagen, was es für Möglichkeiten gibt, in all ihrer Vielfalt und wenn es nicht gleich geht, einfach am nächsten Tag noch mal sagen. Ja, dass das immer wieder aufgezeigt wird, welche Möglichkeiten es gibt, dass sich das Paar oder die Frau dann entscheiden kann. Weil wenn die Momente vor-

bei sind, sind sie verloren, sie sind weg, die kommen auch nie wieder! Und dieses Gefühl, etwas nicht mehr nachholen zu können, was man gerne gemacht hätte – das ist, glaube ich, am allerschlimmsten.“ (SHG 1)

„Und schön fände ich auch, so vom Dachverband ‚Regenbogen‘ gibt es ja so Broschüren, sowohl für die Kreissäle als auch für die betroffenen Eltern, so Infomaterialien, also dass das wirklich auch so jede und jeder [Betroffene] kennt, auch die Ärzte.“ (SHG 1)

Der Umwelt sichtbar machen zu können, dass das verstorbene Kind existierte, ist für die Eltern wichtig. In diesem Zusammenhang wurden Fotografien und Urkunden, die das Krankenhaus ausstellen kann, angesprochen.

„Also das denke ich, ist ja mittler Weile generell so, dass Bilder gemacht werden, auf jeden Fall. Auch wenn die Eltern das erst mal nicht wollen.“ (SHG 1)

„Und die [der Dachverband ‚Regenbogen‘] haben auch so schöne Blätter, das ist fast so wie eine Geburtsurkunde, also das man einfach auch so etwas mitgeben kann [im Krankenhaus]. Das es konkret geworden ist und dass das Kind wirklich da war. Weil es ja auch sonst niemand kennt. So was ist wichtig, denke ich.“ (SHG 1)

Die Möglichkeit in der Zeit nach der Entbindung professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, wurde von einer interviewten Frau angesprochen.

„Was könnte Ihrer Meinung nach zur generellen Verbesserung der Situation getan werden?

Ich denke zum einen, dass Professionelle (ich sage jetzt auch mal Psychotherapeuten) zur Verfügung stünden, gerade so in der Anfangszeit auch. Obwohl bei den meisten erst mal nach zwei, drei Monaten noch mal so ein richtiges Tief kommt. Wo es zwar noch nicht nachgelassen hat, wo man es aber schon ein bisschen verarbeitet hat, und wo man dann noch mal in so ein richtiges tiefes Loch fällt. Und wo man sich da dann wirklich an jemanden wenden kann, der einem auch (jetzt nicht nur wie wir jetzt als Selbsthilfegruppe) sondern richtig fachkundig zur Seite stehen kann. Seien es Musiktherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Kunsttherapeuten oder was auch immer.“ (SHG 3)

Darüber hinaus wurde ein großer Bedarf an Fortbildungen für das medizinische Betreuungspersonal gesehen.

„Und das was mir wirklich ein Anliegen ist, ist dass die Berufsgruppen, die wirklich damit zu tun haben, Fortbildung zu dem Thema machen! Es muss jetzt nicht unbedingt

eine Totgeburt sein, sondern allgemein mit dem Thema ‚Tod, Sterben, Trauern‘ – dass die wirklich Fort- und Weiterbildung dazu machen.“ (SHG 3)

11.3.2.7 Berufsgruppen, die zur Verbesserung der Situation beitragen können

Einstimmig wurde von allen Befragten die Berufsgruppe der Hebammen genannt, als danach gefragt wurde, welche professionellen Kräfte helfen könnten, die Situation für betroffene Eltern zu erleichtern.

„Also es liegt schon sehr viel an den Hebammen, denke ich mal. Weil die ja vom Anfang bis zum Ende dabei sind.“ (SHG 2)

Zwei der befragten Frauen waren der Meinung, dass u.a. auch SozialpädagogInnen und Geistliche die betroffenen Frauen und Paare unterstützen können.

„Welche Berufsgruppen könnten Ihrer Meinung nach zu einer Verbesserung der Situation beitragen?

Also jetzt im Krankenhaus, da denke ich auf alle Fälle der Pfarrer. Ich meine, jedes Krankenhaus hat einen Krankenhaus-Pfarrer. Die Krankenhäuser, die sich jetzt noch eine Sozialpädagogin leisten können, das wäre natürlich auch schön! (...) Und wie gesagt: Wenn Krankenhäuser sich so etwas leisten können und so jemanden fest angestellt haben, die hier mit zu Rate zu ziehen sind, das wäre schon eine tolle Sache.“ (SHG 3)

In diesem Zusammenhang wurde von einer Befragten thematisiert, dass vor allem im ländlichen Bereich der Zugang zu Unterstützungsangeboten anderer Berufsgruppen erschwert ist.

„(...) so etwas fände ich total genial: Wenn wir einen Musik- und Kunsttherapeuten hier in der Gegend hätten, die sich jetzt auch mit diesem Thema mal auseinander setzen würden, und da was anbieten würden. Aber da ist niemand. Da ist also wirklich niemand. Und die paar die wir haben sind so was von überlaufen, dass die überhaupt gar keinen Kopf dafür haben sich mit so was [Totgeburten] zu beschäftigen.“ (SHG 3)

Eine andere Berufsgruppe, die Kontakt zu Eltern hat die ihre Kinder vor oder während der Geburt verloren haben, sind die Bestattungsunternehmer. Allerdings wird bei diesem Personenkreis von einer befragten Leiterin Aufklärungsbedarf gesehen.

„Das wäre vielleicht noch so einer: Bestattungsunternehmer, der da jetzt mit rein spielt. Aber wenn ich mir dann so die Bestattungsunternehmen angucke, die eigentlich auch nur so 08/15-Bestattungen machen, dann muss man sagen: Die müssten eigentlich auch

wieder eine Menge aufgeklärt werden (...). Wie sie jetzt mit den Trauernden umgehen, was sie denen jetzt für Empfehlungen machen können oder, oder.“ (SHG 3)

11.3.2.8 Die Verwirklichung von Wertvorstellungen im Umgang mit betroffenen

Eltern

Auf die Frage, welche Werte ÄrztInnen und Hebammen in ihrer Arbeit mit betroffenen Paaren verwirklichen sollten, wurde vor allem der Respekt gegenüber dem toten Kind und den trauernden Eltern genannt.

„Welche Werte sollten vom medizinischen Betreuungspersonal hierzu vertreten werden?

Also auf jeden Fall den genügenden Respekt davor. Auch der Respekt vor dem toten Kind. Auch wenn es noch nicht groß ist, also egal welches Alter und egal wie sehr das zu erwarten war oder nicht. Ja, und im Umgang, ich würde mir einfach wünschen, dass mehr vom Personal offen dafür sind, für diese Thematik, weil man damit dann auch automatisch anders umgeht. Jeder der bereit ist, sich mit eigener Trauer auseinander zu setzen, kann es dann auch, wenn ihm Trauernde begegnen. Also das würde ich mir wünschen.“ (SHG 1)

Ein würdevoller und humaner Umgang zwischen Klinikpersonal und betroffenen Eltern wurde von einer der befragten Leiterinnen angesprochen.

„Anstrebenswert wäre eine Art der Kommunikation, die – ich sage jetzt einfach mal – menschenwürdig ist. Will sagen, die einfach das Problem im Hinterkopf hat. Das Problem nämlich, dass da jemand ist, der sein Kind entweder schon verloren hat oder gleich verlieren wird und das zur Welt bringen muss.“ (SHG 3)

11.3.2.9 Wünschenswerte Standards im Umgang mit betroffenen Frauen

Die interviewten Leiterinnen konnten hier verschiedene Aspekte nennen, die im Umgang mit betroffenen Eltern zum Standard gehören sollten.

Zum einen wurden auch bei dieser Frage Informationen angesprochen, die unbedingt an die betroffenen Paare weitergegeben werden sollten.

„Und das Informationen einfach darüber weitergeben werden, was danach passiert. Ich meine, bei uns war das so, wir haben uns schon vorher ein bisschen Gedanken machen können, dürfen, müssen wegen Beerdigung. (...) da denke ich, ist auch noch mal so eine

Lücke einfach. So zwischen Geburt und Beerdigung. So einfach diese Zeit, auch das viele nicht wissen, dass sie sich Zeit nehmen können, so 14 Tage sich locker Zeit nehmen können, bis sie ihr Kind bestattet haben. Und sich dann einfach Gedanken machen können, wie ich das jetzt eigentlich machen will. Und als Standard, denke ich, ist es hauptsächlich diese Informationen weiterzugeben. Gerade auch so über die Zeit danach.“ (SHG 3)

Zum anderen wurde von einer Person angesprochen, dass Hebammen und ÄrztInnen sich teilweise über die Wünsche der Eltern, die diese häufig im ersten Schock äußern, hinwegsetzen sollten.

„Und das andere ist, (was viele wohl mittler Weile auch schon machen), dass sie eben der Mutter das Kind sagen wir mal ruhig ‚aufdrängen‘. Weil viele wollen das Kind ja nicht haben. Die wollen es nicht sehen, nicht haben und doch immer wieder auch nachfragen. Genau das Gleiche ist es mit Bildern machen: Viele machen gerade mal so eins für die Akte und mehr nicht. Weil das muss halt sein. (...)

Sie meinen, dass sich ÄrztInnen und Hebammen in gewisser Weise auch über den ersten Wunsch der Eltern hinweg setzen sollten und z.B. trotzdem Fotos machen sollten?

Ja! Auf alle Fälle. Also sei es, dass Kind sich anzuschauen. Oder in den Arm zu nehmen. Sei es das mit den Fotos. Sich wirklich drüber hinweg setzen! Weil später, alle die sich ihre Kinder hinterher nicht angeschaut haben oder keine Fotos gemacht bekommen haben, haben es irrsinnig bereut. Also eigentlich jeden, den ich kenne und den ich gesprochen habe, bei jedem war das eigentlich so.“ (SHG 3)

Bei der Frage nach den Standards im Umgang mit betroffenen Familien beschrieb eine Leiterin das Vorgehen in einem Krankenhaus aus ihrer Nähe. Sie äußerte, dass in dieser Klinik der Umgang mit den betroffenen Eltern und dem verstorbenen Kind vorbildlich sei.

„Also ich habe eine betroffene Mutter kennen gelernt, die in N. in einem Klinikum war. Und die machen es für mich vorbildlich! Die ziehen dem Baby dann auch etwas an. Das ist das, was mir lange nachgegangen ist. (...) Und die machen das also total schön. Die haben eine kleine Kapelle, wo die wirklich die Babys dann halt anziehen und mit Blumen aufbahren. Also das finde ich toll. Ist aber eigentlich in der ganzen Gegend hier einmalig.“ (SHG 2)

11.3.2.10 Anregung bzw. Durchführung von Abschiedsritualen

Abschiedsrituale helfen den Verlust begreifbarer zu machen. Häufig wird in den Kliniken versäumt, die Eltern zur Durchführung von Abschiedsritualen anzuregen. Nachgeholte Rituale können in dieser Situation ebenfalls hilfreich sein. (vgl. hierzu Kap. 7)

Zwei der befragten Leiterinnen gaben an, die Mitglieder ihrer Selbsthilfegruppe zu solchen Abschiedsritualen anzuregen. Von beiden Personen wird an die TeilnehmerInnen weitergegeben, dass es sinnvoll sein kann, einen Ort im Haus oder Garten zu suchen, der zum Gedenkplatz für das verstorbene Kind wird.

„Regen Sie die Mitglieder Ihrer Gruppe zu Abschiedsritualen an?

So ermutigen wir eigentlich nur, jeden für sich persönlich – egal, ob es jetzt ein Fehlgeburt war oder ob es eine Totgeburt war – sich einfach einen Raum oder eine Ecke in der Wohnung oder auch draußen im Garten, irgendwo zu schaffen. Gerade wenn die Kinder noch nicht beerdigt worden sind. Wo sie einfach trauern können, wo sie Abschied nehmen können, wo sie auch mit den Kindern reden können, wenn ihnen danach ist.“ (SHG 3)

Eine der interviewten Frauen regt zudem die TeilnehmerInnen ihrer Gruppe zu kreativen und schöpferischen Tätigkeiten an, da dies bei der Trauerverarbeitung hilfreich sein können.

„Regen Sie Ihre Gruppenmitglieder zu Abschiedsritualen an, wenn die Eltern diese bei der Entbindung nicht gemacht haben oder nicht tun konnten?

Ja.

Und wird das auch angenommen?

Ja. Also es gibt unterschiedliche Arten. Oft ist es so, dass dann ein bestimmter Platz in der Wohnung genommen wird. Oder wenn jemand einen Garten hat, dann noch einen Rosenstock pflanzt oder so ein Ort, wo klar ist, der ist jetzt so diesem Kind gewidmet. Oder noch mal eine Kerze gestalten für das Kind. Was ich immer sehr anrege ist, in irgendeiner Form kreativ zu sein. Sei es, das jetzt aufzuschreiben oder zu malen, zu töpfeln. Je nachdem welche Richtung, also was diejenige halt gerne macht oder sich vorstellen könnte. Weil das Gestalten hat mir auch immer geholfen. (...) weil dadurch sich auch etwas löst und es ist aber konkret etwas da. Und dadurch kann man auch leichter abgeben. Also dann wirklich loslassen.“ (SHG 1)

11.3.2.11 Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, FrauenärztInnen und anderen Fachkräften

Von allen befragten Leiterinnen wurde angegeben, dass eine gewisse Kooperation mit den umliegenden Kliniken in dem Rahmen besteht. Hierbei wird von den Selbsthilfegruppen Informationsmaterial an die Krankenhäuser weitergegeben wird. In einem Fall konnten durch Gespräche zwischen den Leiterinnen einer Gruppe und dem medizinischen Betreuungspersonal Veränderungen im Umgang mit betroffenen Paaren erreicht werden.

„Haben Sie von Ihrem Krankenhaus auch ein Namens- oder Datenblatt mit Foto, Gewicht usw. bekommen?

Nein, gar nicht. Wurde auch nicht gemacht. Das ist jetzt auch etwas, was jetzt gemacht wird. Bei mir ist das jetzt sechs Jahre her, das machen sie jetzt [in den Krankenhäusern]. Weil die Frau K. und ich, wir haben da sehr viel Arbeit geleistet. Wir waren sehr oft dort in den Kliniken.“ (SHG 2)

Eine Kooperation zwischen den Selbsthilfegruppen und FrauenärztInnen aus der Region, sowie mit anderen Fachkräften wie z.B. SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen oder PsychotherapeutInnen, besteht nicht.

11.3.2.12 Betreuung der Selbsthilfegruppe durch professionelle HelferInnen

Die interviewten Leiterinnen gaben an, dass die Selbsthilfegruppen nicht durch geschulte Fachkräfte betreut oder begleitet werden.

11.4 Ergebnisse der Interviews mit den Mitarbeiterinnen eines krankenhaushausinternen Sozialdienstes

Für die Interviews im Rahmen dieser Diplomarbeit konnten die Mitarbeiterinnen des Psychosozialen Dienstes einer Universitätsfrauenklinik aus Baden-Württemberg gewonnen werden. Das Krankenhaus verfügt über ca. 130 Betten und in den letzten fünf Jahren wurden dort rund 11.620 Kinder geboren. Nach Angaben der Befragten wurden in diesem Zeitraum etwa 55 intrauterin verstorbenen Kinder entbunden. Wobei hier die Spätaborte nicht mit erfasst sind.

Die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes sind jeweils mit 75 % und mit 25 % angestellt. Die 75 %-Stelle hat eine Diplom-Sozialpädagogin inne, die seit zwei Jahren in dieser Position tätig ist. Ihre Kollegin ist als Diplom-Psychologin im Sozialdienst beschäftigt und arbeitet ebenfalls seit zwei Jahren in diesem Bereich.

Zum Befragungszeitpunkt war zudem eine Fachhochschul-Praktikantin im Psychosozialen Dienst der Klinik beschäftigt.

Der Sozialdienst verfügt über einen eigenen Etat im Rahmen des ÄrztInnen-Etats, der u.a. für Weiterbildungen der Mitarbeiterinnen ausgeschöpft werden kann. Allerdings standen auf Grund von klinikinternen Umstellungen, zum Zeitpunkt der Erhebung Veränderungen im Raum. Deshalb konnten die Interviewten nicht angeben, ob der Etat des Sozialdienstes auch nach der strukturellen Umgestaltung vorhanden sein wird.

Der psychosoziale Dienst dieser Frauenklinik stellt eine eigene Abteilung dar, die dem ärztlichen Direktor untergeordnet ist.

Zu den originären **Aufgaben des Sozialdienstes** gehören die *„Beratung, Begleitung, Betreuung und Einleitung von ambulanten Hilfen und Rehabilitationsmaßnahmen“* (SD 2). Nach Angaben der interviewten Mitarbeiterinnen ist die **Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, Hebammen und dem Sozialdienst** *„eng und gut“* (SD 2).

Ungewöhnlich an dem psychosozialen Dienst dieser Universitätsfrauenklinik ist, dass neben einer Sozialpädagogin eine Psychologin beschäftigt ist. In der Regel liegt dieses Aufgabenfeld im Tätigkeitsbereich von SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen. Es zeigte sich, dass diese Zusammenarbeit ein Versuch des ärztlichen Direktors war, der von der sozialpädagogischen Fachkraft teilweise recht kritisch betrachtet wird. *„Also ich denke einfach, vom Themenfeld her ist es schon gut, dass wir hier eine Psychologin haben. Zum anderen war es sicherlich auch die Idee von unserem Chef, dass er eine Psychologin haben wollte, prestige-technisch. Es ist sicherlich nicht gut, dass man*

dieses Viertel vom Sozialdienst weggeknipst hat. Es war ja eine 100 %-Stelle Sozialdienst vorher. Also eigentlich wäre eine 100 % Psychologin und ein 100 % Sozialarbeiterin richtig hier. Das sind so Projekte, die unsere Chefs halt so versuchen.“
(SD 2)

In den Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen wurde deutlich, dass der Sozialdienst nicht immer von einer **bevorstehenden oder stattgefundenen Totgeburt** erfährt und hinzugezogen wird. Es hat sich auch gezeigt, dass die betroffenen Frauen häufig von sich aus auf die Mitarbeiterinnen des psychosozialen Dienstes zugehen müssen.

„Werden Sie generell über Totgeburten informiert und hinzugezogen?“

Nein. Es ist so, wenn Patientinnen von sich aus kommen oder Angehörige. Wenn die Seelsorgerin uns informiert, Ärzte oder Hebammen oder Schwestern. Also sie kommen über verschiedene Kanäle, aber nicht prinzipiell. Wenn eine Patientin sagt, sie braucht uns nicht, dann ist das auch in Ordnung.

Was muss vorliegen, dass z.B. ÄrztInnen sagen, der Sozialdienst soll mit eingeschaltet werden?

Also wenn die den Eindruck haben, dass die psychisch vielleicht nicht ins Gleichgewicht kommt – was ja eigentlich fast nie der Fall ist. (...) Und dann je nach dem: Wenn die Ärzte oder Schwestern den Eindruck haben, es gibt soziale oder psychische Probleme bei der Patientin, dann werden wir gerufen.“ (SD 2)

Die psychologische Fachkraft geht davon aus, dass meistens bei einer Totgeburt der Seelsorger der Klinik hinzugezogen wird und dementsprechend einer der Hauptansprechpartner ist.

„Werden Sie generell über tot geborene Kinder informiert und hinzugezogen?“

Nicht unbedingt. Weil wer hauptsächlich dann mit einbezogen ist, das ist dann die Seelsorge. Und die wird auch bevorzugt dann angesprochen, wenn das stattfindet (...)
(SD 1)

Nach geschätzten Angaben wurden die interviewten Personen während ihrer zweijährigen Tätigkeit jeweils zwischen 10 bis 15 mal eingeschaltet, wenn eine Frau ein Kind intrauterin verloren hat.

Aufgaben, die die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes übernehmen wenn sie im Falle einer Totgeburt benachrichtigt werden, sind die Beratung und Begleitung der Patientinnen.

Auf die Frage, ob zu den Tätigkeiten des Sozialdienstes auch die **Begleitung der betroffenen Frauen bei Feststellung des intrauterinen Fruchttodes** gehört, wurde von den Befragten uneinheitlich geantwortet: Eine Mitarbeiterin gab an, dass dies nicht zum Aufgabenbereich gehört; die Kollegin äußerte, dass dies gelegentlich vorkommt.

Begleitung betroffener Frauen in Form von Nachbetreuung wird durch den Sozialdienst theoretisch angeboten. Allerdings wurde dies noch nie nachgefragt: *„Ich habe es jetzt noch nicht gehört, dass eine Patientin hinterher gekommen ist, aber das Angebot besteht von unserer Seite, dass Patientinnen ambulant kommen können. Wenn sie hier einen guten Kontakt haben und wenn jetzt noch zwei-, dreimal Kontaktbedarf wäre, dann könnten sie dann auch zur Frau A. oder zu mir kommen.“* (SD 2)

Nachdem Frauen bzw. Eltern vom Tod ihres ungeborenen Kindes erfahren haben stehen eine Reihe wichtiger Entscheidungen an. Hierzu gehören z.B. die Fragen, ob das Kind obduziert wird, ob eine Taufe gewünscht wird und natürlich, ob die betroffenen Eltern das Kind sehen möchten oder nicht. Eine emotionale **Begleitung auf dem Weg zur Entscheidungsfindung** ist für viele Betroffene in dieser schwierigen Zeit eine wichtige Hilfe. Nach Aussage einer Mitarbeiterin des psychosozialen Dienstes wird die Art von Unterstützung in Einzelfällen angeboten, wenn solche Fragen im Raum stehen.

„Gehört zu den Aufgaben des Sozialdienstes die Begleitung bei Entscheidungsfindungen?

Kommt auf den Einzelfall darauf an, also es ist nicht generell so, wie ich eben erwähnt habe: Falls wir dazu gerufen werden, wenn es mit eine Frage ist, dann denke ich, dass das in Beratungsgesprächen als Inhalt vorkommt.“ (SD 1)

Die Frage, ob die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes mit betroffenen Eltern **Abschiedsrituale** durchführen, wurde einstimmig verneint. Beide Befragten verwiesen in diesem Fall auf den Seelsorger des Krankenhauses und auf die zuständigen Hebammen.

Nach Angaben der interviewten Personen liegt die **Vorbereitung der Eltern auf die Begegnung mit dem verstorbenen Kind** hauptsächlich bei den Hebammen. Eine Mitarbeiterin äußerte, dass sie dieses Thema im Vorfeld behandelt, wenn die betroffenen Frauen das wünschen und von sich aus ansprechen.

Damit die verschiedenen Professionen (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Hebammen u.a.) gut mit einander kooperieren und betroffene Frauen und Paare angemessen begleiten können, ist es wichtig, über die **Standards** der jeweils anderen Profession informiert zu sein. Auf die Frage, welche Standards ÄrztInnen und Hebammen des eigenen Krankenhauses im Umgang mit betroffenen Eltern verwirklichen, konnte eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes konkrete Angaben machen.

In den Gesprächen mit den Interviewten des psychosozialen Dienstes zeigte sich, dass die sozialpädagogische Fachkraft zum Thema ‚Trauerbegleitung/Totgeburt‘ während ihrer Studienzeit eine Fortbildung besuchte. Weitere **Fort- und Zusatzausbildungen** zu diesen Themengebieten konnte keine der befragten Mitarbeiterinnen vorweisen.

Auf die Frage, ob sich die Mitarbeiterinnen des psychosozialen Dienstes durch die eigene **Hochschulausbildung** auf dieses Aufgabenfeld vorbereitet fühlen, wurde angegeben, dass das „*nicht unbedingt*“ (SD 2) der Fall sei. Die Psychologin sprach an, dass das Thema „Trauerbegleitung“ während ihres Studiums gar nicht behandelt wurde:

„Das Thema ist nicht Standard in Ihrer Ausbildung?“

Nein. Also in der Hochschulausbildung denke ich, schon mal gerade nicht.“ (SD 1)

11.5 Ergebnisse aus dem Interview mit der psychosozialen Beraterin bei Fehl- und Totgeburten

Schwerpunkt bei diesem Interview war der Standpunkt und Blickwinkel der Sozialen Arbeit im Bereich der Begleitung von Eltern, die Kinder durch Fehl- oder Totgeburt verlieren. Zudem ging man auf klinikinterne Trauerteams und lokale Trauernetzwerke ein.

Eine „individuelle Beratung bei Fehl- und Totgeburten für betroffene Frauen und Männer“ (Broschüre 1, 1) bietet die freiberuflich tätige psychosoziale Beraterin an. Seit 1991 begleitet die Befragte u.a. Eltern, die ihre Kinder durch eine Fehl- oder Totgeburt verloren haben. Ihre Ausbildung schloss sie an einer Fachschule für Heim- und Jugenderziehung ab, zudem absolvierte sie eine Reihe von Weiterbildungen im Bereich der Trauerbegleitung. Außerdem ist sie Mitarbeiterin eines lokalen Trauernetzwerks, dass im Raum Köln eingerichtet wurde.

Zu ihren Tätigkeitsbereichen gehören u.a.:

- ◆ Psychosoziale Beratung bei Fehl- und Totgeburt
- ◆ Begleitung von Selbsthilfegruppen (u.a. zum Thema ‚Verlust eines Babys‘)
- ◆ Lehrtätigkeit an Krankenpflege-, Hebammen- und Hochschulen zum Bereich ‚Fehl- und Totgeburten‘
- ◆ Mitarbeiterin in einem klinikinternen Trauerteam einer Frauenklinik
- ◆ Mit-Initiatorin eines regionalen Trauernetzwerks

In der Frauenklinik in der die Befragte tätig ist umfassen die Abteilungen ‚Gynäkologie‘ und ‚Geburtshilfe‘ insgesamt 60 Betten mit ca. 1700 Geburten im letzten Jahr. Nach geschätzten Angaben betreut die Interviewte ca. 30 spontane Fehlgeburten und etwa zehn bis zwölf Totgeburten jährlich. Die psychosoziale Beraterin vertritt die Auffassung, dass diese Zahlen nicht dem Durchschnitt entsprechen und nennt als Grund für ihre Sichtweise den Ruf, den die Klinik mittlerer Weile besitzt.

„Wir betreuen auch noch viele Familien, die in einer Schwangerschaft erfahren, dass ihr Kind nicht lebensfähig ist. Und zu uns kommen, und uns bitten, dass wir ihnen helfen, dass sie ihr Kind austragen können. (...) Und die Kinder dann noch in Ruhe zur Welt kommen dürfen und dann in Frieden sterben dürfen. Und das hat unserer Klinik

natürlich mittler Weile einen Ruf gemacht, so dass wir Leute aus ganz Deutschland kriegen. (...) So im Kreis würde ich mal sagen von 200, 250 Kilometer kommen die Leute auch dann schon mal zu uns. Weil sie über das Buch von Hannah Lothrop oder über Mundpropaganda dann auch von uns hören. Das sind natürlich nicht so viele, aber das verfälscht natürlich auch Statistiken.“ (PB)

Die psychosoziale Beraterin unterstützt betroffene Paare meist schon kurz nach der Feststellung, dass das Kind intrauterin verstorben ist. Sie bietet zu dem eine Nachbetreuung für die Eltern an.

„Also es ist so: Wenn die Frauen zu uns in die Klinik kommen, (...) werden die ja schon angemeldet von den niedergelassenen Gynäkologen (das ist auf jeden Fall immer das Sinnvollste, das die das immer schon so machen). Und dann setzten wir uns im Prinzip als Team zusammen mit der betroffenen Familie. Das ist nicht immer so optimal zu realisieren. (...) Aber im Großen und Ganzen habe ich – bevor überhaupt eine Entscheidung getroffen wird (Geht das Paar jetzt noch mal nach Hause für ein paar Tage? Bleiben die bei uns? Wird die Geburt eingeleitet? Hat die Frau vielleicht schon Wehen?). Also bevor irgendwie weitere Entscheidungen getroffen werden, werde ich mit dazu gezogen.

Und das ist bei jedem Fall so?

Wir versuchen das wirklich bei jedem Fall so einzuhalten. Es funktioniert natürlich nicht immer. Wie gesagt, ich bin halt auch manchmal nicht greifbar, aber ich muss dafür auch nicht mehr dabei sein. Weil das, was ich mit denen anspreche, können sicherlich auch andere. (...) Aber vom Prinzip her geht es darum, dass sich jemand mit viel Zeit und mit viel Idealismus und mit viel Erfahrung um die Familie kümmert. Ihnen ganz viele Möglichkeiten anbietet, was sie tun können.“ (PB)

Im Gespräch zeigte sich, dass die psychosoziale Beraterin „eindeutig“ (PB) einen Bedarf an **Fort- und Zusatzausbildungen für ÄrztInnen und Hebammen** zu den Themen ‚Totgeburt‘/ ‚Trauerarbeit, -begleitung‘ sieht. Sie äußerte, dass diese Aufgaben generell auch von SozialarbeiterInnen geleistet werden können. Allerdings scheint es von Vorteil zu sein, wenn man zuvor praktische Erfahrungen im Klinikbereich sammeln konnte:

„Ich denke schon, dass das Sozialarbeiter und Sozialpädagogen auch übernehmen. Nur ich habe halt so ein bisschen die Erfahrung gemacht, wenn Leute nicht aus dem Bereich

kommen, d.h. jetzt nicht vom Beruf her, sondern nicht konkret mit den Situationen [betroffener Eltern] zu tun gehabt haben im Kreissaal, im Krankenhaus und und und. Das es da einfach auch wenig Klarheit gibt (...) und ganz sicherlich natürlich auch, wenn es um wirklich strukturelle Veränderungen geht. Weil ich kann natürlich in den Köpfen der Menschen etwas verändern, aber ich muss auch diesen klinischen Hintergrund haben. Ich muss klinische Erfahrungen haben und wenn ich die nicht habe, dann kann ich zwar in den Köpfen ganz viel verändern, aber ich laufe natürlich auch in ganz große Gefahr, an den Menschen vorbei zu arbeiten.“ (PB)

Auf die Frage, ob das Thema ‚Begleitung bei Fehl- und Totgeburt‘ in der **Ausbildung von Hebammen** standardmäßig enthalten ist, konnte die Interviewte keine genauen Angaben machen.

„Mit zwei Unterrichtsstunden ist es, glaube ich, im Curriculum enthalten, wenn ich mich nicht irre. Also von der psychischen Seite her.

Ist das generell in ganz Deutschland so?

Das kann ich nicht sagen. Das letzte Curriculum habe ich vielleicht vor vier oder fünf Jahren gesehen. Es gibt natürlich immer Änderungen. Aber ich unterrichte ja in Seminaren an Krankenhäusern Hebammen und die erzählen alle, das hätten sie alles in ihrer Ausbildung nicht gehabt. Sie hätten zwar das, wie man ein totes Kind letztendlich auf die Welt holt, vom Fachlichen her. Aber diese ganzen psychischen Dinge hatten sie nicht in der Ausbildung gehabt.“ (PB)

In der Hebammenschule in der die Befragte tätig ist, wird dieses Themengebiet jedoch ausführlich behandelt.

„Die [Hebammen-] Ausbildung geht drei Jahre lang. Und in allen drei Lehrjahren begleite ich die auch. Zum einen bin ich ansprechbar für Krisensituationen für die Hebamenschülerinnen. Also wenn es um Fehl- und Totgeburten oder um Adoptionen oder um nicht lebensfähige Kinder, die zur Welt kommen, geht. Und ich unterrichte das richtig auch als Fach. Das läuft unter dem Fach Psychologie. Und heißt dann ‚Begleitung von Fehl- und Totgeburten‘.“ (PB)

Personen, die in einer Klinik explizit zuständig sind für die Begleitung betroffener Eltern gibt es i.d.R. nicht. Zu meist wird diese wichtige Arbeit von Hebammen und ÄrztInnen zusätzlich geleistet.

Die Interviewte machte während ihrer beruflichen Tätigkeit auch die Erfahrung, dass die Sozialdienste der Kliniken nur in den wenigsten Fällen die Betreuung betroffener Eltern mitgestalten.

„Die Sozialdienste in den Krankenhäuser, die normalen, die haben oftmals soviel zu tun, nur mit Anträgen und Pflegeheimen usw., dass sie sich um diese Familien eher nicht kümmern.“ (PB)

Aus diesen Gründen befürwortet die Befragte die Gründung von Trauerteams in Krankenhäusern. Unter einem ‚**Trauerteam**‘ sind Personen zu verstehen, die sich mit dem Thema der Trauerbegleitung im besonderen Maße auseinander setzen und hinzugezogen werden können, wenn z.B. Eltern ein Kind durch eine Totgeburt verlieren. (vgl. Kap. 9) Im Interview schilderte die befragte Person, wie die Zusammenarbeit des Trauerteams an ihrer Klinik aussieht:

„(...) ich finde das [den Aufbau eines Trauerteams] ist in jeder Klinik wichtig. Wir haben ja selber auch so ein Trauerteam, das haben wir 1992, glaube ich, gegründet. Zu so einem Trauerteam gehört letztendlich mindestens eine Person aus jeder Berufsgruppe. Angefangen sogar mit den Putzfrauen und den Sekretärinnen. (...) Mittler Weile treffen wir uns auch nicht mehr so oft, weil mittler Weile so ein Status erreicht ist, wo man das nicht mehr braucht. Wir haben letztendlich von den Arzthelferinnen über die Sekretärinnen über Stationshilfen über Seelsorger, Ärzte auch der verschiedenen Kategorien (also Stationsärzte, Oberärzte, Assistenzärzte), Hebammen, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwester – also aus jeder Profession ist mindestens eine Person mit drin, wenn nicht zwei und die im Wechsel. Und wir haben uns anfänglich einmal im Monat getroffen (...) und treffen uns jetzt ca. vier mal im Jahr. Da werden immer Dinge aktualisiert, neu besprochen und daraus entstanden und entstehen natürlich auch so Dinge, das man sich plötzlich Gedanken macht über: Wie gehen wir mit Frauen um, die ihre Gebärmutter verlieren? Wie gehen wir mit Frauen um, die durch Krebs ihre Brust verlieren? Und und und. – Daraus haben sich natürlich viele neue Themen in den Jahren auch entwickelt.“ (PB)

Im Kölner Raum wurde vor ca. zwei Jahren das sog. ‚TrauerNetzwerk Köln‘ (TNK) gegründet. Die befragte Person ist Mitarbeiterin in diesem Zusammenschluss für Trauerarbeit. Die Einrichtung TNK beschreibt die psychosoziale Beraterin folgendermaßen:

„ ‚TrauerNetzwerk‘ ist ein Zusammenschluss von Profitlern (das sind z.B. Leute wie ich, die Trauerbegleitung anbieten oder Bestatter, die halt gegen finanzielle Leistung ihre Dienste erbringen) und Non-Profitlern¹⁵. Die sich zusammengeschlossen haben, um trauernden Menschen Hilfen anzubieten, in Form von: Gesprächskreisen, Seminaren, Selbsthilfegruppen, Einzelbegleitungen, Trauercafés und besonderer Veranstaltungen, wie z.B. eine Pantomime für Kinder und Erwachsene zum Thema ‚Tod und Trauer‘ oder (...) ‚Trauerbewältigung durch Familienaufstellung‘; verschiedene kreative Seminare usw. Und das Bestreben ist halt: Wir haben jetzt in zweiter Auflage eine Broschüre rausgebracht, die in allen öffentlichen Gebäuden, karitativen Einrichtungen (Altenheimen, Kindergärten usw.) ausliegt. Und Ziel ist, dass Profitler und Non-Profitler kooperieren. Und das läuft hier in Köln auch total super gut. (...) Und das wir dann immer versuchen, im Sinne der Betroffenen die möglichst beste Betreuung zu finden. Also z.B. wenn ich halt eine Frau oder ein Paar betreue, und ich merke einfach, ich bin für die nicht die richtige Person – warum auch immer. (...) dann würde ich halt schauen: Wen gibt es Besseren? (...) Und das funktioniert auch wirklich gut.“ (PB)

Auf die Frage, wie viele SozialarbeiterInnen im Trauernetzwerk tätig sind, konnte die Interviewte keine genauen Angaben machen. Sie betonte jedoch, dass sie es „sehr sinnvoll“ (PB) findet, wenn diese Berufsgruppe in einer solchen Institution vertreten ist. Das Trauernetzwerk finanziert sich nach Aussage der Befragten u.a. über Werbeseiten in der erwähnten Broschüre, sowie durch Zuschüsse der katholischen und evangelischen Kirche.

Die Gründung weiterer regionaler Trauernetzwerke befürwortet die Interviewte. Sie berichtete, dass mittlerer Weile auch andere Städte mit der Gründung solcher Zusammenschlüsse begonnen haben.

¹⁵ Anmerkung der Verfasserin:

Unter ‚Non-Profitler‘ sind Berufs- und Personengruppen zu verstehen wie z.B. Geistliche, Selbsthilfegruppen und Laienhelfer, die unentgeltlich in diesem Bereich tätig sind.

Im Verlauf des Gesprächs wurde nach der **Ideal- bzw. Wunschvorstellung** der Interviewten zum Thema ‚Totgeburt‘ gefragt. Die spontane Antwort der Befragten zeigte, dass sie einen großen Informationsbedarf für Fachkräfte verschiedener Professionen sieht, die mit dem Themengebiet beruflich konfrontiert sind:

„Meine Idealvorstellung wäre, dass zu mindestens [das Thema Tot-, Fehlgeburt] an den Fachhochschulen also im Fachbereich Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Psychologie ein Standard wird. Also das wäre echt mein Ideal! Ja, ein riesengroßer Wunsch, sagen wir mal so. Das dann wirklich in den Köpfen aller Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und vor allen Dingen auch Psychologen dieses Thema ganz deutlich wird und dann wird auch sicherlich mehr in den Kliniken geschehen. Ich denke einfach mal, bei vielen SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen in den Sozialdiensten ist es so, wenn die ganz viel zu tun haben, dann lassen sie das weg, was ihnen am unangenehmsten ist. Ja, und wenn ich dann so erlebe, dass die meisten Fachhochschulen für Sozialarbeit/Sozialpädagogik dieses Thema so gut wie gar nicht anschnitten. Und auch, wenn ich mich dann schon mal an Fachhochschulen wende, einfach auch so Reaktionen kriege: „Da haben wir keinen Bedarf.“ Das sind dann immer Einzelleute [die die Interviewte zu Vorträgen an Fachhochschulen einladen], die mich irgendwie kennen und die meine Arbeit kennen und die meinen, das ist ganz wichtig. Und die dann auch ihren Studenten in bestimmten Seminaren einfach auch die Möglichkeit geben, zu mindestens mal einen Vormittag mit mir zu verbringen. Aber das ist einfach selten. Ich finde, da muss es wirklich anfangen und natürlich auch bei den MedizinerInnen. Da wird auch nicht die psychische Seite gesehen, sondern die rein medizinische.“ (PB)