Klinische Hebammenbetreuung von Eltern bei prä- und perinatalem Kindesverlust

Möglichkeiten und Grenzen

MMag. Dr. Gudrun Simmer
St. Josef Krankenhaus Wien

simmer.gudrun@gmail.com

Anspruch

Alltag

Ausblick

Prä- und perinataler Tod – Terminologie/Inzidenz

Fehlgeburt (Abort) unter 500g Körpergewicht

12-19% der klinischen Schwangerschaften (Schwärzler 2008/Knieper 2017)

Totgeburt (IUFT) über 500g Körpergewicht

rund 3 Promille in Ö (Geburtenregister 2017)

Induzierter Abort (Schwangerschaftsabbruch)

bei pränataler Diagnose schwerwiegender Beeinträchtigungen

Persönliches Erleben

„Ich meine, für mich war das Baby mein Baby
vom ersten Moment an.
Und das ist mir egal,
ob es jetzt so klein ist oder so klein. (...)
Das ist mein Kind.“

(Sophie 2570, in Simmer 2017)

Anspruch an klinische Hebammenbetreuung

präpartal	Krisenintervention	Realitätsbezug fördern (Maurer/Gassmann 2006)
	Zeit einräumen	Ermächtigung zur Selbstgestaltung
	Information	Schutzraum aufbauen

Geburt als existentielle Zuspitzung innerhalb des Verlusterlebens

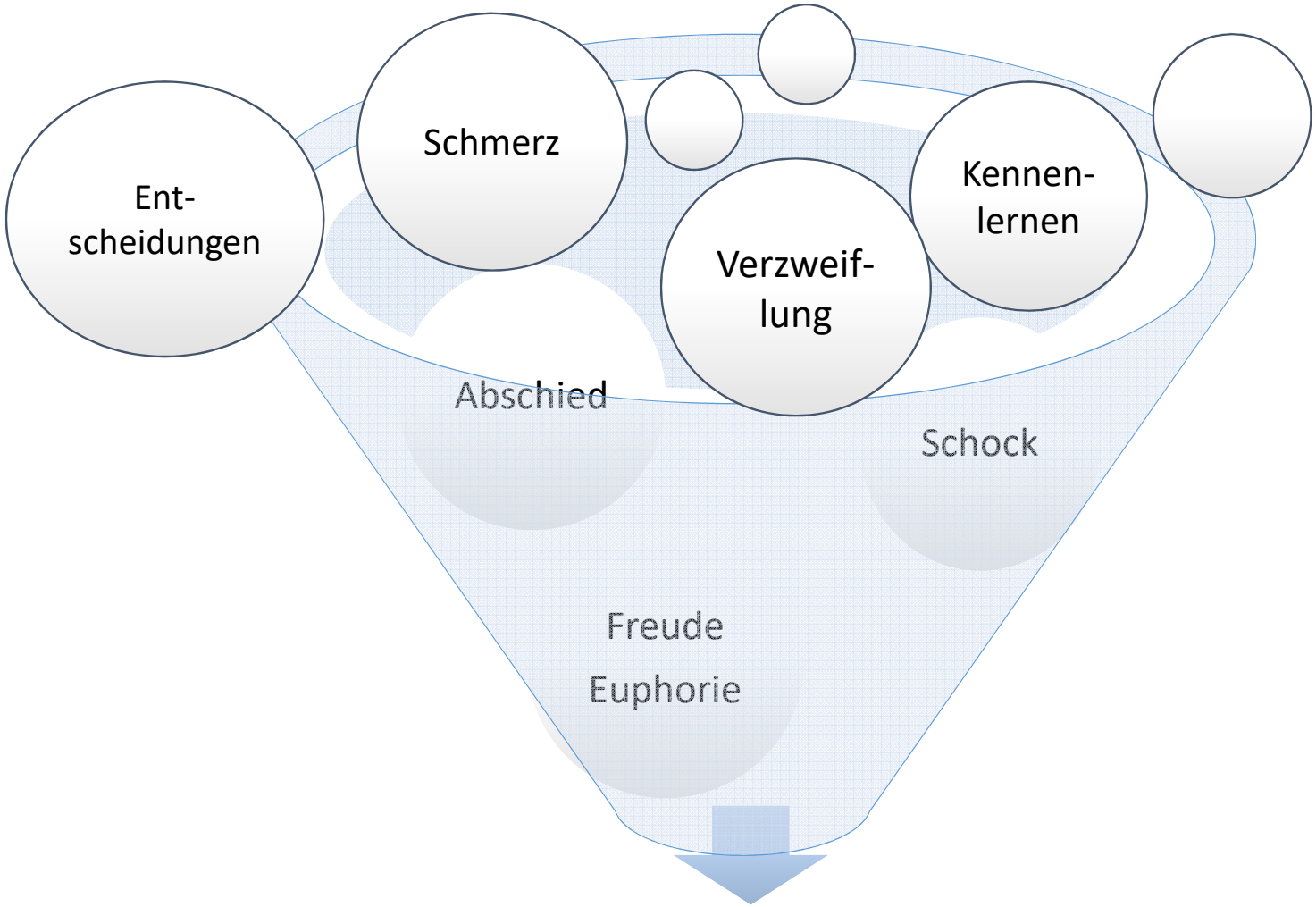
physiologische Geburt	Schmerzmanagement

postpartal	Kennenlernen	Erinnerungen generieren
	Emotionen Raum geben	Beziehung/Elternidentität fördern
	Verabschieden	Vernetzen

Hebammen Ethik-Kodex II/4

„Hebammen gehen bei den Frauen,
die ihre Unterstützung suchen,
auf deren psychologische, physische,
emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein,
wie auch immer die Umstände sein mögen.“

(Internationaler Hebammenverband 2009)



Verlustnarrativ

Geburtsnarrativ Sophia

„Ja irgendwie hab ich nur mehr geschrien und es war alles, es war so furchtbar.“

„Aber sobald sie da war auf der Welt war’s komplett ruhig. Das war, ja es war ganz ganz ganz ruhig. Ich hab dann noch gefragt (...), wie sie ausschaut. Und der Andreas hat gesagt: Ganz friedlich. Und dann haben sie sie mir gleich gegeben. Aber es war dann also, ich war extrem ruhig.“

Sophia 2051/2070, in Simmer 2017

Qualitäten in bedürfnisorientierter und professioneller Betreuung

traumasensibel	empathisch	gendersensibel
zumutend	ressourcenorientiert	vernetzend
zeitreich	räumlich geschützt	interdisziplinär
narrativ	kontinuierlich	reflexiv

Klinischer Alltag

Ressourcen der Hebammen

Engagement

Vorbereitung

Know-How

Klinische Leitfäden

Netzwerk

Frau Mayer

Grav. III, Part I, SSW 21+4, IUFT

ressourcenreich, fürsorglich

alleingelassen, traumatisch

Traumatische Geburtserfahrungen

„Alle heiligen Zeiten hat halt dann mal jemand vorbeigeschaut, wie es ausschaut. Und es war nur, weil ich gesagt hab, es wird halt jetzt doch immer schmerzhafter und schmerzhafter, dass sie mich dann irgendwann mal runtergenommen haben in die Geburtenstation, und ich quasi eine halbe Minute später dann am Klo das Baby bekommen hab. Also da hab ich das Gefühl gehabt: Das hätt jetzt nicht unbedingt sein müssen, dass was übersehen wird, dass das Baby eigentlich schon am Anmarsch ist.“

„Ja, – rein emotional, (...) also ja erstaunlich wie schlecht’s mir halt dabei gegangen ist und vor allem wie lange.“

(Lena 587/890, in Simmer 2017)

Positive Geburtserfahrung

„Ist eine gute Atmosphäre (...) also die Geburt.“

„Die Beate (Hebamme) *hat da sehr gut reagiert. Weil sie hat dann gesagt: ‚Schaut ihn euch halt einmal an.‘ – Und die hat uns da gar nicht gedrängt. Also wir haben da mal geschaut, bevor wir ihn genommen haben.“*

(Regina 712/701, in Simmer 2017)

personelle Überforderung muss teamintern gelöst werden

traumasensibel empathisch gendersensibel

Zeitknappheit

zumutend ressourcenorientiert vernetzend

Parallelbetreuung von Lebend- und Todgeburt

zeitreich räumlich geschützt interdisziplinär

Bürokratismus

narrativ kontinuierlich reflexiv

Informationsflut

Ortlosigkeit

Diskrepanz

Berufsethischer Anspruch

Persönliche Motivation und Qualitätsanspruch der Hebamme

Auftrag des Krankenhauses zu einer „guten“ Betreuung

Ökonomische Systemlogik eines Gesundheits- bzw. Krankenhaussystems

(knappe Personal- und Zeitressourcen, Unpässlichkeit des kindl. Todes in klinische Geburtshilfe)

Ausblick

Kritische Würdigung

Positive Entwicklung in der Betreuung betroffener Eltern in den letzten Jahrzehnten

Entwicklungspotential

Palliative Sorgekultur als qualitative Reflexionsgrundlage
zur Weiterentwicklung bedürfnisorientierter und professioneller klinischer Betreuung

Ihr Gelingen bleibt letztlich eine organisationsethische Frage.

Quellen

IET (Institut für klinische Epidemologie)/Delmarko, I. (2018):Geburtenregister Österreich, Bericht über die Geburtshilfe in Österreich 2017. https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/groe/groe-jahresbericht-2017 Zugriff 9.6.2019

Internationaler Hebammenverband - IMC Council (2009): Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen. http://www.hebammen.at/gremium/ethik-kodex/ Zugriff: 7.6.2019

Knieper, C. (2017): Diagnostik und Therapie bei sporadischen Fehlgeburten. In: Toth, B. (Hg) Fehlgeburten Totgeburten Frühgeburten. Berlin, Heidelberg: Springer

Koopmans, L./Wilson, T./Cacciatore, J./Flenady, V. (2013): Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(6); 1- 22. Doi: 10.1002/14651858.CD000452.pub3.

Maurer, F./Gassmann, M.C. (2006): Perinataler Kindstod. Interventionen durch die Hebamme. *Hebamme.ch,* 5; 4-9

Schwarz, C. (2009): Sehen, halten, verabschieden... *Deutsche Hebammenzeitschrift, Fachzeitschrift für Hebammen*. 09(1), 9

Schwärzler, P. (2008): Konservatives Vorgehen bei spontaner Fehlgeburt im ersten Trimenon. *Österreichische Hebammenzeitung.* 14(1), 7-9

Simmer, G. (2017): Unerhörte Geschichten. Über den Verlust eines Kindes rund um die Geburt nach einer pränatalen Diagnose lebenslimitierender Beeinträchtigungen. *Unv. Diss.* Alpen-Adria Universität Klagenfurt

Universitätsklinikum Bonn: Häufigkeit von Fehlgeburten. https://www.kinderwunsch-uk-bonn.de/wiederholte-fehlgeburten/haeufigkeit-von-fehlgeburten/ Zugriff: 11.6.2019