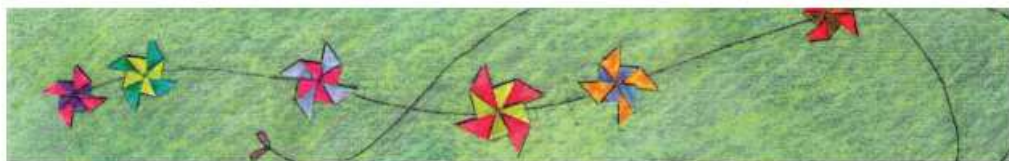


Glück und Leid wohnen Tür an Tür

Welche Prozesse durchlebt die Hebamme in der Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes und welche Möglichkeiten und Strategien zur Verarbeitung hat sie?



Andrea Tschannen
Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF
Bern 2008

Auf den Tod eines kleinen Kindes

H. Hesse

Jetzt bist du schon gegangen, Kind,
Und hast vom Leben nichts erfahren,
Indes in unsern welken Jahren
Wir Alten noch gefangen sind.

Ein Atemzug, ein Augenspiel,
Der Erde Luft und Licht zu schmecken,
War dir genug und schon zuviel;
Du schliefest ein, nicht mehr zu wecken.

Vielleicht in diesem Hauch und Blick
Sind alle Spiele, alle Mienen
Des ganzen Lebens dir erschienen,
Erschrocken zogst du dich zurück.

Vielleicht wenn unsre Augen, Kind,
Einmal erlöschen, wird uns scheinen,
Sie hätten von der Erde, Kind,
Nicht mehr gesehen als die deinen.

Inhaltsverzeichnis

1. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
2. EINLEITUNG	6
3. AUSGANGSLAGE	8
4. DAS ERLEBEN DER HEBAMME	9
4.1 Bindung und Vertrauen	9
4.2 Verlust und Trauer	10
4.2.1 Trauerphasen	10
4.3 Schuldgefühle und Versagensangst	14
4.4 Krise	15
4.5 Burnout bei Hebammen	16
4.6 Posttraumatische Belastungsstörung	17
4.7 Bedeutung für die Hebamme	18
4.8 Bedeutung für die betroffenen Eltern	18
5. DER UMGANG MIT DER PERSÖNLICHEN BETROFFENHEIT	20
5.1 Ungünstige Strategien	20
5.1.1 Distanz	20
5.1.2 Distanzlosigkeit/identifikatorische Trauer	21
5.2 Günstige Strategien	21
5.2.1 Wege des heilsamen Umgangs mit Trauer	21
5.2.2 Selbstreflexion	22
5.2.3 Selbstpflege, Psychohygiene, persönliche Ressourcen	23
5.2.4 Institutionelle Angebote	25
5.2.5 Multidisziplinäre Zusammenarbeit	26
5.2.6 Supervision und kollegiale Beratung	27

6. AKTUELLE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR HEBAMMEN	28
7. SCHLUSSTEIL	29
8. LITERATURVERZEICHNIS	32
9. BIBLIOGRAPHIE	33
ANHANG	34
Anhang 1 Fragebogen für BetreuerInnen nach Lothrop (1998)	

1. Abkürzungsverzeichnis

FKI	Frauenklinik Insel
FS FpK	Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000

2. Einleitung

Der Beruf der Hebamme wird mit sehr vielen schönen Momenten in Verbindung gebracht, denn diese darf teilhaben an einem Ereignis, welches in der Gesellschaft als freudig wahrgenommen wird. Das Miterleben von starken Emotionen erfordert von der Hebamme jedoch viel Kraft. Glück und Leid wohnen oftmals Tür an Tür. Nicht immer verläuft eine Schwangerschaft glücklich, Kinder sterben kurz vor, während oder nach der Geburt. Die Hebamme arbeitet in einem Bereich, in welchem Leben und Tod nahe beieinander stehen.

Die perinatale Sterblichkeit liegt laut Bundesamt für Statistik (2005) bei 6,9 ‰, was bedeutet, dass in der Schweiz im Schnitt jeden Tag ein Kind tot zur Welt kommt. Jeden Tag werden eine Familie und ein geburtshilfliches Team mit dem Tod eines Kindes konfrontiert.

Der Tod eines Kindes gilt allgemein als einer der schwersten Verluste, er passt nicht in unsere Vorstellung vom Leben. Als kollektiver Weltschmerz berührt er den Menschen, ohne dass er damit in Kontakt kommen muss. Mit dem Tod eines Kindes sind nicht nur die Eltern, deren Freunde und Bekannte konfrontiert, sondern auch diejenigen Personen, welche eine professionelle Betreuung gewährleisten sollen. Die Hebamme gehört zu dieser professionellen Berufsgruppe. Sie nimmt auch in den traurigen Momenten ihres Berufes teil am Schicksal der von ihr betreuten Familie. Das Teilnehmen fordert sehr viel von einer Hebamme, die Fähigkeit zur Empathie kann soweit führen, dass die Trauer am eigenen Leib spürbar wird. Auch wenn dieses Extrem nicht erreicht wird, so berührt einen der Tod eines Kindes immer persönlich. Fürsorge für andere stellt sich dabei oft einfacher dar als die Sorge um sich selbst. Diese Umstände bergen die Gefahr des Ausbrennens. Um einem Burnout vorzubeugen, muss langfristig eine individuelle Umgangsform gefunden werden. Damit dies geschehen kann, braucht es Wissen um die Vorgänge aber auch konkrete Strategien zum Umgang mit der persönlichen Betroffenheit in der Begleitung von Betroffenen vom perinatalen Kindstod.

In einem ersten Teil der vorliegenden Arbeit möchte ich bewusst machen, was die Hebamme in der Betreuung von Frauen und ihren Familien miterlebt. Angefangen bei der Bindung, welche die Hebamme eingeht, über die verschiedenen Stationen wie Trauer und Krise bis hin zu den möglichen Folgen der belastenden Arbeitssituationen wie Burnout und posttraumatische Belastungsstörung. Methodisch wird jeweils eine These den verschiedenen Theorien vorangestellt, diese wird danach an der Hebammenarbeit reflektiert. Weiter möchte ich aufzeigen, welche Bedeutung die Hebamme, mit ihrer persönlichen Trauer und der Bewältigung, für die betreuten Frauen und ihr soziales Umfeld hat.

Im zweiten Teil ist es mir wichtig, mögliche günstige und ungünstige Umgangsstrategien zur Prävention der schwerwiegenden Folgen zu beschreiben. Ich gehe auch auf aktuelle Unterstützungsangebote für Hebammen ein. Abschliessend werden im Schlussteil alle relevanten Aspekte nochmals aufgegriffen und Konsequenzen für die Praxis aufgezeigt.

Ziel der Arbeit ist eine systematische Herleitung des Gefühls der Betroffenheit mit anschließenden Möglichkeiten zum Umgang damit. Die günstigen Umgangsstrategien sollen der Leserin oder dem Leser die Selbstreflexion erleichtern und mögliche Hilfestellungen bieten. Nicht zuletzt soll mit dieser Arbeit ein Beitrag zur optimalen Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes geleistet werden.

Eingrenzungen des Themas

Das Thema des perinatalen Kindstodes ist sehr weitreichend, ich möchte mich im Rahmen dieser Arbeit einzig auf den Umgang der Hebamme mit ihrer eigenen Betroffenheit beschränken. Ich bin mir bewusst, dass die Eltern und Angehörigen eines verstorbenen Kindes ein ganz anderes Erleben haben, doch dies zu beschreiben hat schon viele Bücher gefüllt und würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ich werde kurz auf die Bedeutung der Trauer der Hebamme für die Frauen und ihr soziales Umfeld eingehen, auch um die Wichtigkeit des Themas zu unterstreichen. Ich möchte jedoch nicht auf die Betreuung der Hinterbliebenen eingehen, einzig da, wo es für die persönliche Verarbeitung der Hebamme wichtig ist, erwähne ich Möglichkeiten für die Betreuung.

3. Ausgangslage

OHNMACHT – AUSGELIEFERT SEIN – KONTROLLVERLUST – GENERALZWEIFEL AN GEBURTS-
HILFLICHEN FÄHIGKEITEN – ÜBERFORDERUNG DES BERUFSALLTAGES – FLUCHT – WAS WÄRE
WENN – LEERE – AMNESIE – SINN – WUT – KRISE – SPRACHLOS – FLASHBACK – TRAUER

Diese Gefühle und Gedanken beschreibt Kirchner (2007) in einem Artikel mit dem Titel „Tod- und Trauererfahrungen eines Kreissaalteams“. Es sind Gefühle und Gedanken von Hebammen, welche sie im Rahmen von Supervisionen betreut hat. Beim Lesen der Begriffe wird klar, dass die Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes bei der Hebamme Spuren hinterlässt.

Gassmann und Maurer (2005) beschreiben, dass Mangel an Fachwissen, Fremdheit des Themas und fehlendes Bewusstsein der eigenen Trauergeschichte Faktoren darstellen, welche eine Überforderung der Hebamme bewirken und langfristig zum Ausbrennen führen können. Leidtragende sind dabei die betroffenen Eltern, welche schlecht informiert und mangelhaft bis gar nicht betreut werden, es leiden aber auch die Hebammen unter der eigenen, manchmal schwierig einzuordnenden Betroffenheit. Oftmals fehlen zudem günstige Umgangsstrategien sowie institutionelle Angebote.

Mittlerweile gibt es schon einige Arbeiten und Hilfsmittel, welche sowohl Fachwissen als auch Anregungen zur praktischen Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes vermitteln. Die eigene Betroffenheit der Hebamme wird dabei, wenn überhaupt, nur am Rande thematisiert. Meiner Ansicht nach stellt diese jedoch ein ähnlich wichtiges Element in der Kette dar und es gebührt ihr deshalb eine intensivere Auseinandersetzung.

Die Literatur zu diesem Thema ist noch sehr rar, weshalb ich versuchen werde, Parallelen zu ziehen zwischen anderen Berufsfeldern, in welchen bereits mehr in diese Richtung geforscht wurde.

Für eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema stellt sich für mich folgende Frage:

Welche Prozesse durchlebt die Hebamme in der Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes und welche Möglichkeiten und Strategien zur Verarbeitung hat sie?

4. Das Erleben der Hebamme

Um verstehen zu können, welche Prozesse eine Hebamme in der Begleitung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes durchlebt, müssen grundlegende Begriffe und Mechanismen geklärt und Theorien erläutert werden.

4.1 Bindung und Vertrauen

Die Hebamme baut eine Bindung zur Frau und ihrer Familie auf, um eine vertraute Atmosphäre zu schaffen und so der Frau eine positive und selbstbestimmte Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit zu ermöglichen.

Bindung wird in der Psychologie wie folgt definiert:

Erlebnis der körperlichen, seelischen und geistigen Beziehung zu anderen Menschen, auch eine dauerhafte bejahende Beziehung zu bestimmten Normen, Werten oder zu affektiv oder symbolhaft erfahrenen Gegenständen. Die Fähigkeit eines Menschen, Bindungen einzugehen, ist entscheidend für die Persönlichkeitsentwicklung. (Brockhaus 2008:Seitenangaben nicht vorhanden)

Bowlby, ein anerkannter Psychoanalytiker, beschreibt Bindungsverhalten folgendermassen:

Bindungsverhalten wird als jede Form von Verhalten aufgefasst, die darauf hinausläuft, dass eine Person zu einer anderen unterschiedenen und vorgezogenen Person Nähe erlangt und aufrechterhält. (1983:45)

Das Ziel von Bindungsverhalten umfasst nach Bowlby (1983) das Aufrechterhalten von bestimmten Graden an Nähe zu unterschiedlichen Bindungsfiguren oder die Kommunikation mit ihnen.

Vertrauen wird im Brockhaus (2008, online) als emotionale Sicherheit definiert, welche ermöglicht, einem anderen Menschen und dem eigenen Dasein offen gegenüberzutreten und sich hingeben zu können. Vertrauen stellt zudem die Grundlage dar für jegliche nahe zwischenmenschliche Beziehung, die Begegnung mit Fremden und jedes Gespräch.

Bindung und Vertrauen stellen Grundlagen der Hebammenarbeit dar. Durch die Bindung und die Fähigkeit zu Empathie kommt es zu einem intimen Verhältnis zwischen der Frau und der Hebamme. Tritt eine Frau mit ihrer Bezugsperson beispielsweise in den Gebärsaal ein, so versucht die Hebamme mittels verbaler und nonverbaler Kommunikation eine Bindung zur Frau herzustellen und Vertrauen aufzubauen. Die Bindung und das Vertrauen sind stets gegenseitig, was dazu führt, dass die Hebamme starke Gefühle der Frau und ihrer Familie wie Freude, Rüh-

nung aber auch Trauer mitfühlt und diese zu einem gewissen Teil an ihrem eigenen Körper verspürt.

4.2 Verlust und Trauer

Die Hebamme fühlt durch die Bindung zur Frau und ihrer Familie Verlust und Trauer mit und durchlebt so die verschiedenen Trauerphasen.

Laut Zeller-Forster (2004a) gibt es sehr unterschiedliche Formen von Verlusten, doch ist ihnen allen gemeinsam, dass sie starke Stressoren darstellen und zu den belastendsten Ereignissen im Leben eines Menschen gehören. Verluste werden als schmerzhaft wahrgenommen, wirken bedrohlich und lösen Angst aus.

Als eine Hauptreaktion auf Verluste nennt Zeller-Forster (2004a) die Trauer. Trauerreaktionen auf Verluste sind komplexe menschliche Erfahrungen und geprägt von der Lebensgeschichte eines jeden einzelnen Menschen.

Jorgos Canacakis, ein griechischer Psychologe und Psychotherapeut, beschäftigt sich schon seit langer Zeit intensiv mit dem Thema Trauer, Trauerbewältigung und -begleitung.

Canacakis (1990) beschreibt Trauer als eine angeborene Reaktion. Die Fähigkeit zu Trauern bleibt uns bis zum Tod erhalten. Trauern meint das ungehinderte zum Ausdruck kommen von Trauergefühlen und ist eine natürliche, spontane, normale und selbstverständliche Reaktion unseres Organismus. Trauer ist geprägt von unangenehmen Gefühlen wie Angst, Zorn, Schock, Hilflosigkeit und wird oftmals begleitet von körperlichen Empfindungen wie Beklemmung auf der Brust, Herzklopfen, Müdigkeit usw. Wir reagieren mit Trauer auf Verluste, Trennungen und Abschiede und haben so die Möglichkeit, diese zu verarbeiten. Canacakis (1990) unterscheidet zwischen lebensfördernder und lebenshemmender Trauer. Die lebensfördernde Trauer ist ein befreiender, reinigender und unverfälschter Gefühlsausdruck, er unterstützt so unsere Gesundheit nach einem Abschied. Lebensfördernde Trauer ist Voraussetzung für eine spätere Neuorientierung im Leben. Als lebenshemmende Trauer wird eine Trauer beschrieben, welche ihren Weg nicht nach Aussen gefunden hat, ein verdrängtes, verleugnetes, vermiedenes und nicht angenommenes Gefühl, welches eine positive Lebensentwicklung verhindert und sich gar gegen uns richtet. Solche unterdrückten Trauergefühle werden immer wieder, auch gegen unseren Willen, nach Aussen dringen.

4.2.1 Trauerphasen

Es ist bekannt, dass Pflegende in der Begleitung von Trauernden durch die enge Wechselbeziehung die Trauerphasen mehr oder weniger ausgeprägt durchlaufen (Zeller-Forster 2004a).

Ich gehe davon aus, dass auch Hebammen die Trauerphasen durchlaufen, denn auch die Hebamme steht in einem oftmals sehr engen Pflegeverhältnis zu den Frauen und ihren Familien. In der Literatur werden verschiedene Trauermodelle beschrieben. Eines der bekanntesten ist das Phasenmodell von Verena Kast (1999). Kast geht davon aus, dass die Trauer in einem geordneten Rahmen stattfindet und es, zwar in einem individuellen Zeitrahmen, zum Durchlaufen aller vier Phasen kommt. Beutel (2002) beschreibt, in Anlehnung an verschiedene Autoren, drei bis vier Phasen des Trauerprozesses, welche nicht kontinuierlich ablaufen, sondern sich überschneiden und im Wechsel auftreten. Im folgenden Abschnitt werde ich eine Gegenüberstellung der beiden Trauermodelle versuchen und mögliche Situationen, Gefühle und Erlebensformen aus der Hebammenarbeit zuordnen.

Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens – Schock

Kast (1999) beschreibt, dass die *Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens* durch Empfindungslosigkeit charakterisiert ist. Es herrscht nach der Nachricht vom Tod einer nahe stehenden Person Unglaube, der Tod wird nicht als wahr angenommen. Der Gefühlsschock führt zu einer Starre und oftmals auch zur Unfähigkeit zu weinen. Auch Beutel (2002) beschreibt in der *Phase des Schocks*, dass unmittelbar nach der Nachricht Fassungslosigkeit und Betäubung den Verlust als unwirklich erscheinen lassen. Verleugnung kann dabei als Schutz vor dem Schmerz dienen, die Inaktivität oder Lähmung kann aber auch durch heftige Gefühlsausbrüche wie panische Angst oder Wut durchbrochen werden.

Beispiel aus der Hebammenarbeit: Ich habe miterlebt, dass, wenn eine Frau anruft und zu einer Kontrolle kommen möchte, weil sie ihr Kind nicht mehr spürt, im Team der Gedanke auftaucht, dass es sicher „nichts Schlimmes“ sei, die Frau vielleicht nur gestresst war und keine Zeit hatte, auf ihr Kind zu achten.

Beim vergeblichen Suchen der Herztöne zweifle ich persönlich immer (und meist auch zu Recht) zuerst an der Technik, bevor ich an den Tod des Kindes denke oder glaube.

Aus Erzählungen ist mir zudem bekannt, dass die Handlungen nach dem Feststellen des Kindstodes in einer Art tranceähnlichem Zustand nach Schema ausgeführt werden können. Dabei werden teilweise auch Grundbedürfnisse wie Hunger nicht mehr wahrgenommen. Auch unmittelbar nach einer Geburt eines bereits intrauterin verstorbenen Kindes wurde mir berichtet, dass der Gedanke und vielleicht auch der Wunsch aufgetaucht sind, dass es vielleicht doch plötzlich zu schreien oder sich zu regen beginnt.

Phase der aufbrechenden Emotionen / Phase des Suchens und Sich-Trennens – Beschäftigung mit dem Verstorbenen

Die zweite und dritte Phase nach Kast (1999) sind hier zusammengefasst, da sie der zweiten Phase von Beutel (2002) entsprechen.

Nach Kast (1999) folgt der Phase der Empfindungslosigkeit die *Phase der aufbrechenden Emotionen*. Wut, Trauer, Freude, Zorn, Angst und Ruhelosigkeit sind nur einige Beispiele. Schuldige werden gesucht: Ärzte, Pflegepersonen, Täter, auch der Verstorbene selbst kann als solcher für den eigenen Schmerz wahrgenommen werden.

In der dritten Phase, der des *Suchens und Sich-Trennens*, setzen sich die Hinterbliebenen intensiv mit der verstorbenen Person auseinander. Im Alltag werden immer wieder Parallelen zum verstorbenen Menschen gesucht, mit inneren Zwiegesprächen und in Träumen wird der Verstorbene nochmals „gefunden“, in der Folge kann die Trennung stattfinden. Phasen der Verzweiflung und Depression treten zwischendurch immer wieder auf.

Beutel (2002) hat die Emotionen bereits in der ersten Phase erwähnt, in der Phase der intensiven *Beschäftigung mit dem Verstorbenen* kommt es auch bei ihm zur Anerkennung des endgültigen Verlustes. Dies kann in Gedanken, Träumen und Tagträumen geschehen. Vorübergehend können illusionäre Verkennungen, Gefühle der Gegenwart des Verstorbenen und Zwiesprache mit ihm die Beziehung fortsetzen. Die Loslösung vom Verstorbenen geschieht wellenförmig, Traurigkeit, Weinen und auch Selbstvorwürfe über vermeintliche oder reale Versäumnisse, auch das Gefühl der Leere treten auf.

Beispiel aus der Hebammenarbeit: Ich habe erlebt, dass intensive Gefühle bei der Betreuung einer Totgeburt erst nach dem Schichtende oder später ihren Ausdruck finden. Hierbei kann ein einfühlsames Team die Trauer erleichtern und Halt, Raum und Zeit geben für die Emotionen. Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins sowie Kontrollverlust gehören laut Kirchner (2007) zur Anerkennung der Wirklichkeit hinzu. Ich habe selber erlebt und einige Hebammen haben mir auch erzählt, dass die verstorbenen Kinder in Träumen wieder auftauchen, insbesondere, wenn sie Fehlbildungen hatten oder bereits stark mazeriert waren. Auch Buijssen (1997) beschreibt ein Fallbeispiel, bei welchem eine Krankenschwester einen Spätabort betreut und danach von Alpträumen verfolgt wird.

Als eine Form des Abschiedsrituals kann der Besuch bei der Familie oder der Beerdigung eine Möglichkeit darstellen, um sich trennen zu können und die enge Beziehung zu der betroffenen Familie zu lockern und zu lösen, dieses Bedürfnis haben mir gegenüber einige Hebammen erwähnt.

Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs – Auflösung

Kast (1999) beschreibt, dass ein neuer *Selbst- und Weltbezug* erst möglich ist, wenn nicht mehr das ganze Denken und die Phantasie durch die Trauer beansprucht werden. Die verstorbene Person kann zum inneren Begleiter werden und die Hinterbliebenen finden eine neue Rolle, mit welcher Selbstvertrauen und Selbstachtung gewonnen werden. Das Bewusstsein, dass der Tod nicht nur viel genommen, sondern auch etwas gebracht und man sich entwickelt hat, kann der Sinngebung dienen.

Beutel (2002) erläutert, dass die *Auflösung* beginnt, wenn Hinterbliebene Interessen (wieder) gewinnen und neue Bindungen eingehen können. Die Erinnerungen an die verstorbene Person sind nicht mehr mit intensivem Schmerz verbunden, Traurigkeit kann aber noch immer auftreten, beispielsweise an Geburts- oder Feiertagen.

Beispiel aus der Hebammenarbeit: Viele Hebammen erzählen im Nachhinein, dass sie die Begleitung einer Totgeburt sehr friedlich und ruhig erlebt haben. Auch Lothrop (1998) schreibt von einer Ärztin, die das Miterleben einer Totgeburt als schön beschreibt.

Von einigen Hebammen weiss ich auch, dass sie eine eigene Spiritualität entwickelt haben, um den Geschehnissen einen Sinn geben zu können. Kirchner (2007) beschreibt in ihrem Artikel „Tod- und Trauererfahrungen eines Kreissaalteams“, dass auch Hebammen von Flashbacks berichten und sich beispielsweise an Jahrestage erinnern.

Pflege geschieht immer in einer engen Wechselbeziehung zu Trauernden, aus diesem Grund trauert und leidet die Pflegeperson, also auch die Hebamme, mit. Im Umgang mit Menschen, welche einen schweren Verlust betauern, wird auch die Begleiterin oder der Begleiter vor unbeantwortete Fragen gestellt. Es kommt zur Begegnung mit eigenen Verlustängsten, Grenzen und Schwächen und die eigene Hilflosigkeit wird einem gewahr (Zeller-Forster 2004a).

Wird eine Hebamme mit dem Tod eines Kindes konfrontiert, so kann dies beispielsweise Ängste auslösen in Bezug auf eine eigene Schwangerschaft. Der Tod des Kindes kann aber auch ganz allgemeine Verlustängste hervorrufen, denn der er ist immer unerwartet und konfrontiert die Begleiterin mit der eigenen Hilflosigkeit. Der Verarbeitung von Verlusten muss auch bei der betreuenden Hebamme Achtung geschenkt werden. Nur wenn die Hebamme ihre Gefühle frei äussern kann, ist eine lebensfördernde Trauer möglich. Kann die Hebamme ihren Gefühlen keinen Ausdruck verleihen, so können sich diese als lebenshemmend gegen sie richten. Daraus resultieren langfristige, negative Folgen sowohl für die Berufsausübung wie auch für das private Leben.

4.3 Schuldgefühle und Versagensangst

Wenn ein Kind stirbt, wird die Hebamme durch die Reflexion der geleisteten Arbeit zwangsläufig mit Schuldgefühlen und Versagensängsten konfrontiert.

Das diffuse Gefühl, etwas falsch gemacht oder ein schlechtes Gewissen bei einer Handlung zu haben, wird als Schuldgefühl bezeichnet. Bei einem eindeutigen Erkennen einer Schuld oder eines fehlerhaften Verhaltens, welches eine Verhaltensänderung hervorruft, wird dagegen nicht von Schuldgefühlen gesprochen (Brockhaus 2008).

Buijssen (1997) beschreibt, dass (vermeintliche) pflegerische Fehler das Innenleben der Pflegenden heftig durcheinanderbringen können, wobei die entstehenden Schuldgefühle dann einen begünstigenden Faktor für ein Psychotrauma darstellen.

Versagensangst bezeichnet die Angst, etwas nicht richtig oder nicht gut genug zu machen oder gemacht zu haben. Die betroffene Person fühlt sich deshalb als minderwertig und als Versager (Brockhaus 2008).

Culberg (1972, zitiert nach Klaus u. Kennel 1987) machte die Beobachtung, dass Totgeburten und Todesfälle von Neugeborenen bei ärztlichen Mitarbeitern der Entbindungsstation Schuldgefühle auslösen. Er führt dies auf die Erfahrung zurück, dass nach einem Todesfall die Behandlungsgeschichte von Mutter und Kind nochmals aufgerollt wird und in Anbetracht der unzähligen Behandlungsmöglichkeiten eine bessere Kombination möglich gewesen wäre. In Bezug auf die Hebamme stellt sich beispielsweise die Frage, ob in einer Notfallsituation die korrekten Erstmassnahmen ergriffen und alles richtig, wertfrei und genau dokumentiert wurde.

Zeller-Forster (2004a) beschreibt im Kapitel „Verlust/Trauer“, dass auch das Misslingen eines Arbeitsprojektes einen starken Stressor darstellt. Die Funktion vier der sechs Funktionen der Schlüsselqualifikationen, welche vom Schweizerischen Roten Kreuz 1998 formuliert wurden, lautet: „Die diplomierte Hebamme fördert die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie“. Daraus ist abzuleiten, dass es die Aufgabe der Hebamme ist, die Mutter, ihr Kind und die Familie nach der Betreuung in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett, gesund „entlassen“ zu können. Stirbt ein Kind vor, während oder kurz nach der Geburt, kann die Hebamme diese Funktion nicht erfüllen. Schuldgefühle oder Versagensängste der Hebamme kommen in solchen Situationen immer wieder auf. Oft sind diese unbegründet und lassen sich doch nicht einfach unterdrücken. Die Trauer, welche die Hebamme nach der Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes empfindet, kann also zusätzlich von der Tatsache abhängig sein, dass die Funktion vier oder anders gesagt, das „Arbeitsprojekt“, nicht erfüllt werden konnte und

die Hebamme in diesem Sinne „versagt“ hat. Kirchner (2007) beschreibt in einem Fallbeispiel, dass eine betroffene Hebamme auch nach eingehender Besprechung und Rückmeldungen der Kolleginnen, dass nichts falsch gemacht wurde, unter Schuldgefühlen litt.

Der späte selektive Schwangerschaftsabbruch stellt einen besonderen Fall des perinatalen Kindstodes dar, Cignacco (1998) beschreibt in einer qualitativen Studie über Hebammen und deren Verhältnis zum selektiven Schwangerschaftsabbruch bei fetaler Indikation, dass keine andere Situation in der Geburtshilfe mit gleichem Unbehagen, Befangenheit und inneren Widersprüchen erlebt wird. Die mittels Interview erfassten Daten zeigen, dass die Hebammen laut Cignacco (1998) in der Ausführung der Abtreibung viel eigene Trauer und Ambivalenz erleben wobei Schuldgefühle gegenüber dem Kind den Umgang mit diesen Situationen zusätzlich erschweren.

4.4 Krise

Die Begleitung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes kann die Hebamme in eine Krise stürzen.

Die Auseinandersetzung mit den Grunderlebnissen tiefer Unzufriedenheit, Unsicherheit und gesteigerter emotionaler Unruhe kann als Krise bezeichnet werden. Das Wort „Krise“ ist aus dem griechischen Wort „krisis“ abgeleitet und bedeutet „Entscheidung“, „entscheidende Wendung“. Im Alltagsgebrauch wird mit Krise eine entscheidende, schwierige Situation beschrieben. Eine Krise kann als entscheidender Abschnitt eines Entwicklungsprozesses, welcher durch eine hohe Belastung gekennzeichnet ist, angesehen werden. Schwerwiegende berufliche Entscheidungssituationen können sich zu Existenzkrisen ausweiten, wobei sowohl die Persönlichkeit, die Werthaltung, die Lebensauffassung, das Selbstwertgefühl und das Gewissen betroffen sind (Zeller-Forster 2004b).

Eine Krise ist auf der einen Seite immer eine Bedrohung der Identität des Menschen, auf der anderen Seite kann sie jedoch auch eine Chance zur Wandlung und Entwicklung darstellen (Zeller-Forster 2004b). Heim (1980, zitiert nach Zeller-Forster 2004b) beschreibt, dass zur Beurteilung einer Stresssituation nicht die äussere Situation von Bedeutung ist, sondern vielmehr, wie das betroffene Individuum sie verarbeiten kann.

Im Berufsfeld der Hebamme kann eine berufliche Krise, beispielsweise ausgelöst durch die Stresssituation der Begleitung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes, auch als Entscheidungspunkt zwischen einer existentiellen Krise mit Burnout oder posttraumatischer Belastungsstörung als Folge oder Verarbeitung mit Persönlichkeitsentwicklung angesehen werden. Die

körperlichen und seelischen Reaktionen auf eine Krise wirken sich nicht nur auf die Arbeit, sondern auch auf die Lebensqualität der Hebamme aus. Geeignete Verarbeitungsstrategien scheinen daher von zentraler Bedeutung zu sein, um mit Stresssituationen umgehen zu können und eine Existenzkrise abzuwenden.

4.5 Burnout bei Hebammen

Bei ihrer Arbeit erfährt die Hebamme extreme Gefühle, da sie Freude und Leid immer wieder hautnah miterlebt. Fehlen günstige Verarbeitungsstrategien, kann dies zu einem Burnout führen.

Der Begriff „Burnout“ wurde 1975 geprägt vom Psychoanalytiker Herbert Freudenberger (Heinemann 2008). Maslach (1982, zitiert nach Killmer 1999) definiert Burnout als Syndrom mit emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und verminderter subjektiver Leistungsfähigkeit. Das Burnout-Syndrom ist hauptsächlich auf interaktionsspezifische und chronische Belastungen zurückzuführen. Als *emotionale Erschöpfung* kann das Gefühl von ausgelaugt und frustriert sein, aber auch Müdigkeit bereits vor Arbeitsbeginn definiert werden. Die *Depersonalisierung* ist gekennzeichnet durch emotionale Abstumpfung. *Verminderte subjektive Leistungsfähigkeit* wird beispielsweise ausgedrückt durch das Gefühl, die Situation nicht mehr im Griff zu haben, sich nicht mehr in die Klienten hineinversetzen zu können oder bei emotionalen Problemen bei der Arbeit unruhig und unausgeglichen damit umzugehen.

Kirchner (2008) beschreibt, dass die Überbelastung, welche das Burnout verursacht, als Suchtverhalten verstanden werden kann. Anfangs führt dies zu einem Lustgewinn durch das Gefühl, gebraucht zu werden, Herausforderungen zu meistern, die eigene Kompetenz zu erleben und mit hohem Engagement zu arbeiten. Nicht Loslassenkönnen hat immer auch mit der Unfähigkeit, Kontrolle und Macht abzugeben, zu tun. Auf längere Zeit gesehen fließt dabei ein hohes Mass an Lebensenergie in den Beruf. Der Familie, Freunden und Hobbys wird weniger Energie entgegengebracht, auch die eigenen Bedürfnisse geraten in den Hintergrund. Dieses Verhalten kann als altruistisch bezeichnet werden. Altruismus meint die dem Egoismus entgegengesetzte sittliche Einstellung. Altruistisches Handeln bedeutet, für andere zu leben sowie Selbstlosigkeit im Denken, Fühlen und Handeln (Brockhaus 2008).

Ein Burnout ist ein ernstzunehmendes Problem, da die Hebamme nicht nur arbeitsunfähig ist, sondern auch ihr privates Umfeld in Mitleidenschaft gezogen wird. Hebammen sind laut Kirchner (2008) aufgrund ihres gewählten Berufes, welcher oftmals als Berufung angesehen wird, besonders gefährdet und betroffen vom Burnout-Syndrom. Bloemeke (2008) erläutert, dass verschiedene Faktoren im Berufsverständnis der Hebammen ein Burnout-Syndrom begünstigen

können. Die hohen Anforderungen, die Ansprüche der Frauen oder die innere Einstellung, alles ohne Hilfe meistern zu können, führen zu Überbelastung und zur Ausschüttung von Stresshormonen. Über einen kürzeren Zeitraum kann dies als Kraft genutzt werden, langfristig leidet jedoch die körperliche und seelische Gesundheit.

Am Beispiel einer Geburtsstation wird deutlich, dass die oftmals stark gelebte Hierarchie, die mangelnde Stellenbesetzung, die Schichtarbeit und die gleichzeitige Betreuung von mehreren Frauen mit unterschiedlichsten Situationen hohe Belastungen zur Folge haben. Bloemke (2008) beschreibt in ihrem Artikel „Burnout bei Hebammen“ ein Fallbeispiel von einer Hebamme, welche gleichzeitig einen induzierten Spätabort und eine Geburt in der 24. SSW mit voller Reanimationsbereitschaft betreute. Diese Gegensätze zeigen, wie unmittelbar die Hebamme an Glück und Leid teilnimmt. Die innere Abgrenzung ist dabei erschwert und wird als sehr belastend erlebt.

4.6 Posttraumatische Belastungsstörung

Auch Hebammen können betroffen sein von einer akuten Belastungsreaktion oder gar einer posttraumatischen Belastungsstörung, da sie belastenden und traumatischen Situationen ausgesetzt sind.

Die posttraumatische Belastungsstörung gilt nach Mitchell und Everly (1998) als diagnostischer Begriff zur Erklärung von Psychodynamiken, welche als Folge von traumatischen Ereignissen eintreten. Lange galt das Syndrom der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) als Folge von Kampfeinsätzen, heute sind jedoch auch andere auslösende traumatische Ereignisse bekannt. Ein traumatisches Ereignis wird von der DSM-IV-TR (2000) definiert als

unmittelbares Erleben oder Miterleben von Tod oder lebensbedrohlichen Situationen oder schweren Verletzungen sowie das Erleben einer Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit oder der körperlichen Unversehrtheit eines anderen Menschen (2000:Seitenangabe nicht vorhanden).

Dazu kommt, dass die „Reaktion des einzelnen Menschen intensive Angst, Hilflosigkeit und Horror einschliesst“ (2000:Seitenangabe nicht vorhanden). Unter den relevanten Faktoren, welche bei der Entstehung eines PTSD genannt werden, wird sowohl der Tod oder die Verletzung von Kindern genannt als auch die Sorge, in der Verantwortung versagt und dadurch anderen Schaden zugefügt zu haben.

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann nur dann diagnostiziert werden, wenn die Symptome wie wiederholtes Erleben des Ereignisses in Träumen, Bildern etc., Vermeidung, Leugnung und Abstumpfung und ein erhöhtes Erregungsniveau über mehr als einen Monat anhalten.

Treten die genannten Symptome nur kurzzeitig auf, so handelt es sich um eine akute Belastungsreaktion, welche zunächst eine normale und physiologische Reaktion auf ein abnormales Ereignis darstellt.

Das PTSD ist ein anerkanntes Syndrom bei der Rettungssanität und der Feuerwehr. In einer Studie von Ravenscraft (1994, zitiert nach Buijssen 1997) konnte gezeigt werden, dass 52% der Rettungssanitäter in hohem Masse Stress ausgesetzt waren, 15% litten an einem PTSD. Als auslösende Faktoren wurden dabei weniger Aufsehen erregende Katastrophen genannt als schwierige Routinenotrufe.

Es stellt sich die Frage, ob auch Hebammen vom PTSD betroffen sein können, denn auch sie kommen in Kontakt mit dem als besonders traumatisierend beschriebenen Tod von Kindern. Dazu kommt, dass, wie in Kapitel 6.5 beschrieben, auch die Sorge, in der Verantwortung versagt zu haben, nicht selten ist im Bezug auf den perinatalen Kindstod. Buijssen (1997) schreibt, dass auch im Kreissaal mit erschütternden Geschehnissen gerechnet werden muss und nennt diese als Ursache für eine Bedrohung der psychischen Gesundheit der Krankenpflegerinnen.

Mitchell und Everly (1998) deuten darauf hin, dass der Prävention von PTSD bei professionellen Helfern vermehrt Bedeutung geschenkt werden sollte. Eine posttraumatische Belastungsstörung stellt immer eine Bedrohung für die eigene Existenz dar. Prävention in Bezug auf die Hebamme würde bedeuten, dass sowohl in der Ausbildung wie auch in Fortbildungen mögliche traumatisierende Ereignisse genannt und Stressbewältigungstechniken vermittelt würden.

4.7 Bedeutung für die Hebamme

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erläutert wird, beruht die eigene Betroffenheit der Hebamme auf sehr vielen unterschiedlichen Faktoren und Vorgängen. Zusätzlich muss hier nochmals erwähnt werden, dass alle Vorgänge stets abhängig sind von der betroffenen Hebamme und von der erlebten Situation. Es wird jedoch klar, dass günstige Umgangsstrategien gesucht werden müssen, auch um die hier genannten ernstzunehmenden Folgen wie Burnout und posttraumatische Belastungsstörung zu vermeiden.

4.8 Bedeutung für die betroffenen Eltern

Was bedeuten all diese Faktoren und Vorgänge für die betroffenen Eltern? Die Antwort dieser Frage beruht auf den Erwartungen, welche an die Hebamme in der Begleitung von Betroffenen vom perinatalen Kindstod gestellt werden.

Folgendes Ziel ist im Betreuungskonzept „Verlust eines Kindes“ der Frauenklinik Insel Bern formuliert:

Die Eltern und ihr Kind erfahren eine Betreuung und Begleitung, die auf ihre persönliche Situation abgestimmt ist und individuelle, kulturelle und religiös-spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt. (2006:12)

Um diesem Ziel gerecht zu werden, muss die Hebamme persönliche Umgangsstrategien entwickelt haben und ihre eigene Betroffenheit und ihre Reaktionen kennen. Die Hebamme kann nur dann auf die persönliche Situation der Eltern eingehen, wenn sie ihre eigene geklärt hat. Sie erkennt auch nur dann die unterschiedlichen Bedürfnisse der Eltern, wenn sie ihre eigenen beachtet und dadurch Offenheit erlangt für diejenigen der Eltern.

Ist eine Hebamme bereits mit einem Burnout konfrontiert oder leidet sie noch unter einer akuten Belastungsreaktion von einer erst vor Kurzem geleisteten Betreuung, so muss sie selber merken, dass sie im Moment nicht in der Lage sein wird, den betroffenen Eltern eine angemessene Betreuung zukommen zu lassen. Hierfür sollte aber auch das Team sensibilisiert werden, so dass es nicht dazu kommt, dass immer dieselben Hebammen die Betreuung von betroffenen Eltern übernehmen.

Die optimale Betreuung von betroffenen Eltern steht oder fällt durch die Begleitung der betreuenden Personen. Neben der Hebamme sind aber auch die Ärzte, die Seelsorger, die Bestatter oder die Mütter- und Väterberatung gefordert und werden zwangsläufig mit den verschiedenen beschriebenen Faktoren und Vorgängen aus den vorangegangenen Kapiteln konfrontiert. Nur durch multidisziplinäre Zusammenarbeit von kompetenten Fachpersonen, welche sich Gedanken gemacht haben zu ihrer eigenen Haltung und ihrem Umgang, können die betroffenen Eltern profitieren.

5. Der Umgang mit der persönlichen Betroffenheit

Durch den Umgang mit Menschen, welche einen schweren Verlust betauern, werden auch die Begleiter vor viele unbeantwortete Fragen gestellt. Eigene Verlustängste, Grenzen und Schwächen sowie die Hilflosigkeit werden einem bewusst. Auch die Pflegeperson erfährt die Trauerphasen mehr oder weniger ausgeprägt. Für die Pflegepersonen ist es daher sehr wichtig, dass sie sich immer der Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Begleiterrolle bewusst ist (Zeller-Forster 2004b).

Zur Bewältigung der eigenen Betroffenheit sind verschiedene Umgangs- und Reaktionsformen bekannt. Von den im ersten Teil genannten Mechanismen stellt die Trauer die häufigste Reaktionsform dar. Aus diesem Grund gehe ich im zweiten Teil speziell auf die Trauer ein. In den folgenden Kapiteln werden sowohl ungünstige wie auch günstige Umgangsstrategien erwähnt. Sie sollen einen Überblick geben und als Hilfestellung dienen, um eigene Umgangsformen zu reflektieren und gegebenenfalls günstige Strategien zu entwickeln.

5.1 Ungünstige Strategien

5.1.1 Distanz

Emotionale Distanz zum Geschehen kann sich äussern durch fachlich korrektes Verhalten, medizinische Erklärungen und Verrichtungen und das Verweisen auf Zahlen (Gassmann u. Maurer 2005). Nach Kast (1999) ist emotionale Distanz auch Ausdruck der ersten Trauerphase. Zu Beginn muss emotionale Distanz nicht unbedingt hinderlich sein, hält sie jedoch an, so kann für die betroffenen Eltern keine optimale Betreuung geleistet werden und die Hebamme bleibt in ihrem Trauerprozess stehen.

Hemmerich beschreibt die Folgen von Distanz folgendermassen:

Wenn die professionellen Helfer nicht in jedem einzelnen Fall eines solchen Geschehens etwas, und sei es noch so gering, von grundsätzlichen Werten dazulernen, dann haben sie vielleicht sachgerecht gehandelt. Doch begegnet sind sie den Eltern nicht. Das aber wollen viele Techniken ja gerade erreichen: dass man als Helfer aussenvor bleiben kann; dass man nicht als Teilnehmer dieses Prozesses ist, sondern objektiver (das heisst entgegenstehender) Handelnder wird. (2000:13)

Durch emotionale Distanz wird versucht, mit der Ohnmacht umzugehen. Diese Reaktionsform verhindert jedoch eine lebensfördernde Trauer und langfristig wird es zu keiner positiven Persönlichkeitsentwicklung kommen. Bei einer erneuten Begleitung von Betroffenen vom perinata-

len Kindstod kann es zu einem Aufbrechen der unterdrückten Emotionen kommen, was die Begleitung erschwert und einen starken, ungelösten Stressor darstellt.

5.1.2 Distanzlosigkeit/identifikatorische Trauer

Kast beschreibt die identifikatorische Trauer wie folgt:

Die Gefahr bei Menschen, die identifikatorisch trauern – und diese Möglichkeit bietet sich Menschen in helfenden Berufen geradezu an –, ist die, dass sie dann zusammenbrechen, wenn niemand mehr da ist, für den sie Sorge tragen können. Es ist natürlich auch möglich, dass sie in dieser identifikatorischen Trauer den anderen Menschen zu sehr «bemuttern», ihn zu sehr von der selbstständigen Neuordnung seines Lebens abhalten. Die identifikatorische Trauer kann so verstanden werden, dass man die Seiten in sich, die dringend Trauerarbeit bedürften, auf den anderen Menschen projiziert und dort stellvertretend Hilfe gibt. [...] Bei der Trauerarbeit bietet sich diese Verhaltensmöglichkeit besonders an, weil der Helfer, der auch jemanden verloren hat, gern akzeptiert wird, weil er ja auch weiss, wie es einem zumute ist. (1999:102)

Gassmann und Maurer (2005) nennen die identifikatorische Trauer als einen Auslöser für ein Burnout. Durch das stellvertretende Erleben der Trauer kommt es immer wieder zu einer Re-Traumatisierung, was eine chronische Überforderung zur Folge hat.

Auch Herbert und Wetmore (2006) deuten darauf hin, dass es durch eine empathische Betreuung immer auch zu einer stellvertretenden Traumatisierung kommt. Dies lasse sich nicht vermeiden, umso wichtiger sei es, sie zu akzeptieren und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Eigene Trauererfahrungen, beispielsweise aus der Kindheit, welche nicht vollends verarbeitet sind, können zusätzlich erschwerend sein. Durch die Vermischung der Gefühle aus der eigenen Trauer und der mitfühlenden Trauer wird eine angepasste Betreuung der Betroffenen verhindert. Die im folgenden Kapitel genannte Selbstreflexion ist gerade dann besonders wichtig.

5.2 Günstige Strategien

5.2.1 Wege des heilsamen Umgangs mit Trauer

Canacakis (1990) ist der Überzeugung, dass, wenn dem tiefen Schmerz der Trauer Ausdruck verliehen werden kann, diesem ihre Unerträglichkeit und Giftigkeit genommen wird. Dazu müssen jedoch Wege gefunden werden, die ermöglichen, die persönliche Trauer zu verstehen und anzunehmen.

Als erstes benötigt es dazu laut Canacakis (1990) einen ungestörten Raum, in dem die Trauer ihren Ausdruck finden kann und der Platz bietet, um sich wohl zu fühlen. Die Trauer sollte aber nicht allein im stillen Kämmerchen durchgegangen werden. In der Trauer sollte jemand da sein für einen, der bereit ist, den Weg mit anzusehen, mit anzuhören und mit anzufühlen. Es sollte jemand sein, vor dem keine Hemmungen bestehen, der einen in den Arm nehmen kann und die Trauer versteht. Indem dem Körper durch bewusstes Atmen und das Wahrnehmen des Körperflusses „Spüraugenblicke“ gewidmet werden, können Bedürfnisse erkannt werden, ohne sie gleich befriedigen zu müssen. Über das Ereignis zu sprechen hilft danach zu klären, um wen oder was genau getrauert wird. Vielleicht ist die Trauer auch vermischt mit alten Gefühlen, Zorn, Enttäuschungen oder Vorwürfen. Zuletzt ist es wichtig, durch einige Übungen zu spüren, dass einen der Boden trägt. Die Vorstellung, dass der Boden die Urmutter der Erde ist und einen seit der Geburt bedingungslos getragen hat, kann dieses Gefühl verstärken.

5.2.2 Selbstreflexion

Dem geburtshilflichen Verständnis der Hebammenschule Bern (2003) ist zu entnehmen, dass, um als Hebamme die Berufstätigkeit als geburtshilfliche Fachperson ausüben zu können, neben fachlichen und methodischen Kompetenzen auch die Selbst- und Sozialkompetenz geschult werden müssen. Erst die Fähigkeit zur Reflexion ermöglicht es der Hebamme, ihre Aufgaben als Fürsprecherin, Vermittlerin und Hüterin eines ungestörten Gebärdprozesses wahrnehmen zu können.

Um mit den eigenen Gefühlen in Akutsituationen achtsam umgehen zu können, muss die eigene Trauerbiografie geklärt werden. Die Selbstreflexion ist auch nach Gassmann und Maurer (2005) Voraussetzung für professionelles Handeln.

Die Begegnung mit dem Tod lässt oft Gefühle eigener unverarbeiteter Trauer aufkommen oder konfrontiert uns mit der Angst unserer eigenen Sterblichkeit (Lothrop 1998).

Auch Juchli (1997) beschreibt, dass, wenn wir das Sterben als eine unausweichliche Form des Lebens ansehen, die persönliche Auseinandersetzung mit Leben und Sterben notwendig ist und unsere Einstellung gegenüber dem Sterbenden prägt.

Canacakis (1990) schreibt, dass bei der Trauerbegleitung stets geklärt werden muss, wem die Trauer gilt, wer der Trauernde ist und für welche Situation und welchen Zeitpunkt die Trauer gilt. Folgende von Gassmann und Maurer (2005) formulierte Fragen können helfen, die eigene Trauerbiographie zu klären und persönliche Gefühle im akuten Geschehen zu erkennen:

Was gab es für Trauerereignisse in meinem Leben?

Wie habe ich getrauert?

Wie sehen meine Prägungen aus?

Was ist meine Motivation, trauernde Eltern zu begleiten?

Wie ergeht es mir dabei?

Auch Lothrop (1998) hat in Anlehnung an Dr. J. W. Worden und E. Kübler-Ross einen Fragebogen für Betreuer und Betreuerinnen aufgestellt (siehe Anhang). Dieser soll dazu anregen, sich seinen eigenen Gefühlen und Ängsten, den Erfahrungen mit dem Tod, inneren Haltungen und ihren Quellen wie auch unverarbeiteten Verlusten bewusst zu werden.

Nach einer geleisteten Betreuung können laut Gassmann und Maurer (2005) die hier aufgeführten Fragen und Anregungen zur Selbstreflexion beitragen:

Welche Erfahrungen habe ich gemacht?

Welche Massnahmen wirkten sich hilfreich aus für die Eltern? Warum?

Was hat gefehlt?

Was würde ich anders machen? Warum?

Wie ging es mir persönlich?

Was bot mir selbst Unterstützung?

Wie verarbeite ich das Erlebte?

Wie nehme ich Abschied von dieser Familie, von dieser Geschichte?

Das Klären dieser Fragen, die konkrete Evaluation der geleisteten Betreuung und der Austausch mit Berufskolleginnen beispielsweise in einer Intervisionsgruppe tragen neben der persönlichen Verarbeitung auch zur Verbesserung der Qualität der Hebammenarbeit bei (Gassmann u. Maurer 2005).

5.2.3 Selbstpflege, Psychohygiene, persönliche Ressourcen

Um mit den stets persönlich geprägten Belastungen umgehen zu können, bewähren sich eigene Bewältigungsstrategien. Es ist wertvoll, sich Gedanken zu machen, welche Massnahmen und Verhaltensweisen einem zur Entlastung und guter Verarbeitung helfen.

Gassmann und Maurer (2005) haben folgende zwei Fragen aufgestellt, welche helfen können, eigene Bewältigungsstrategien zu erkennen und zu nutzen:

Was hat mir im bisherigen Leben in schwierigen Situationen geholfen?

Welche Rahmenbedingungen sind für mich in belastenden beruflichen Situationen hilfreich?

Hecking und Moser (2006) beschreiben, dass es wichtig ist, sich seinen eigenen Grenzen sowohl in der fachlichen Betreuungskompetenz wie auch emotional bewusst zu sein. Es kann helfen, sich bewusst Zeit zu nehmen mit der Auseinandersetzung der Situation. Im Ausgleich dazu, zur Wahrung der Balance, muss aber auch Zeit eingeplant werden, in welcher der Alltag seinen Platz behält und Zeit für den Rückzug und die Stille bleibt.

Gassmann und Maurer (2005) empfehlen, eine Liste mit bewährten persönlichen Strategien zu erstellen und in Griffnähe zu haben; als Beispiel haben sie folgendes „Notfall-Set“ aufgestellt:

Atmen, Bodenkontakt

Bachblüten Notfalltropfen

Fachliche Nachschlagewerke

Schokolade

Telefonnummer von unterstützenden Fachpersonen (andere Hebamme usw.)

Beruhigungs-Tee

Waldspaziergang zum Regenerieren

Lavendelbadezusatz

Lasogga und Gasch (2000) beschreiben, dass das regelmässige Ausführen von bestimmten Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Meditation, Bewegung in der Natur oder das Hören von Musik positive Wirkungen zeigen. Wichtig ist bei all diesen Methoden, dass sie nicht nur in der akuten Situation eingesetzt werden; denn nur wenn sie regelmässig geübt werden, können sie in der akuten Situation Erleichterung schaffen.

5.2.4 Institutionelle Angebote

Die institutionellen Angebote sind sehr unterschiedlich, als Beispiel ist hier das Angebot der FKI erläutert.

Im Betreuungskonzept „Verlust eines Kindes“ der Frauenklinik Insel Bern, ist folgendes Ziel formuliert:

Die Betreuende sorgt für ihr körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden. Sie wird in der Suche nach Perspektiven und Bewältigungsstrategien unterstützt, um so ihrem Erleben Ausdruck zu verleihen. (2006:30)

Grundsätzlich wird als wichtig befunden, dass die Betreuende um die hohen Anforderungen, welche die Betreuung von Eltern nach Verlust des Kindes an sie stellt, weiss. Die Betreuende muss lernen, sich in Schuldfragen abzugrenzen und eine professionelle Distanz zum Geschehen einzunehmen.

Die Institution der Frauenklinik Insel Bern bietet den Betreuenden verschiedene Möglichkeiten zur Bewältigungshilfe an. Der Austausch im Team und mit Vorgesetzten steht dabei im Vordergrund. Folgende Punkte sind im Betreuungskonzept „Verlust eines Kindes“ der Frauenklinik Insel Bern aufgeführt:

Die Stationsleiterin steht in engem Kontakt mit der Betreuenden und bietet Hilfestellung und Unterstützung.

Die Betreuende kann ihre Ängste, Bedürfnisse und Anliegen äussern, ihre Grenzen aufzeigen und erhält Unterstützung, Bestätigung und Lob.

Bei Schichtwechsel findet die Betreuende Zeit und Raum, ihre Erfahrungen und Gefühle zu äussern. Der Austausch untereinander fördert den natürlichen Umgang mit dem Thema „Tod und Sterben“.

Feedbackrunde. (2006:30)

Zusätzlich bietet die Frauenklinik Insel Bern den Betreuenden Fachpersonen (Trauerbegleitung, Seelsorge, Psychosomatiker) an, welche sie gezielt beiziehen können, um eigene Anliegen wie Schuldgefühle, Überforderung oder Angst zu besprechen. Weiter werden Gespräche mit der ethischen Fachgruppe angeboten, um in schwierigen Situationen Unterstützung und Entscheidungshilfe zu erhalten.

5.2.5 Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Die Betreuung von Frauen und ihren Partnern in Grenzsituationen ist für Hebammen Alltag. Das Aushalten von Krisenreaktionen mit dem Vertrauen in physiologische Prozesse gehört zum Gebären wie auch zum Trauern dazu. Um den betreuten Eltern die bestmögliche Betreuung gewährleisten zu können, ist es von grosser Bedeutung, dass die Hebamme den Zeitpunkt bemerkt, an dem sie überfordert ist und für die Weiterbetreuung Unterstützung braucht (Gassmann u. Maurer 2005).

Je nach dem, in welchem Bereich die Betreuung die Kenntnisse oder Möglichkeiten der Hebamme übersteigen, können weitere Fachpersonen hinzugezogen werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kann immer als bereichernd betrachtet werden und erhöht die Qualität der Betreuung. Ausserdem entlastet die multidisziplinäre Zusammenarbeit die Hebamme in ihrer Betreuungsfunktion.

Seelsorgerinnen und Seelsorger sind Fachfrauen und Fachmänner in der Trauerbegleitung, sie unterstützen die betroffenen Eltern beispielsweise in ihren theologischen Anliegen und bei der Gestaltung von Ritualen und Trauerfeiern.

Psychiater und Psychiaterinnen oder Psychologen und Psychologinnen können bei schwierigen Situationen als zusätzliche Betreuungspersonen miteinbezogen werden und therapeutische Funktionen übernehmen.

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sind Ansprechpersonen, wenn es beispielsweise um finanzielle Notlagen geht oder wenn eine Familie vorübergehend Hilfe benötigt im Haushalt oder bei der Betreuung von Geschwistern.

Die Rolle der Hebamme bei der multidisziplinären Zusammenarbeit besteht darin, die Frauen und ihre Familien in ihrer Bewältigung soweit zu stärken, dass sie selbstbestimmt weitere Ressourcen nützen können. Dies kann nur erreicht werden, wenn sich die Hebamme den Grenzen ihrer eigenen Rolle bewusst ist und sich über die Möglichkeiten und Angebote von anderen Berufsgruppen informiert. Die Hebamme nimmt so die Rolle einer Vermittlungsperson ein wobei die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsfeldern einen wichtigen und zugleich auch kritischen Punkt darstellt. Für die längerfristige Betreuung beispielsweise durch einen Psychologen oder eine Psychologin könnte ein ausführlicher schriftlicher Austrittsbericht mit Informationen zum Trauerprozess hilfreich sein.

5.2.6 Supervision und kollegiale Beratung

In einem Gebärsaalteam bietet sich die Teamsitzung als Möglichkeit an, ungelöste Probleme mittels Supervision oder kollegialer Beratung zu reflektieren und Lösungen zu finden.

Ziel der Supervision ist, sich mit Kolleginnen und Kollegen über berufsbedingte Probleme auszusprechen, hierbei sollte vor allem die eigene Verarbeitung von Erlebnissen im Zentrum stehen. Eine Supervision kann sowohl ohne wie auch mit Moderatorin/Supervisorin stattfinden. Die Moderatorin/Supervisorin kann eine Kollegin oder eine ausgebildete Expertin sein und sorgt für die Rahmenbedingungen der Sitzung (Lasogga u. Gasch 2000).

Kirchner (2007) beschreibt im Artikel „Tod- und Trauererfahrungen eines Kreißsaalteams“ den Ablauf einer Supervision nach einer Geburt mit Schadenfolge.

Laut Kirchner (2007) bietet die Supervision zusätzlich eine Chance für das Team, indem das Verständnis füreinander und die Kommunikation untereinander verbessert werden und so die Qualität der Zusammenarbeit gesteigert wird.

Bei der kollegialen Beratung handelt es sich um eine Möglichkeit, konkrete Praxisprobleme des Berufsalltages in einer Gruppe zu reflektieren und gemeinsam Lösungen zu finden. Bei diesem Konzept beraten sich die Teilnehmenden nach einem feststehenden Ablauf mit verteilten Rollen wechselseitig. Als übergeordnetes Ziel wird die Verbesserung der beruflichen Praxis der Teilnehmer angestrebt. Kollegiale Beratung zeichnet sich zudem aus durch die Reflexion der beruflichen Tätigkeit und der Berufsrolle sowie der Qualifizierung durch den Ausbau von praktischen Beratungskompetenzen (Tietze 2003).

6. Aktuelle Unterstützungsangebote für Hebammen

Die „Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod“ (FS FpK) hat es sich zur Aufgabe gemacht, neben den betroffenen Eltern auch die betroffenen Fachpersonen zu unterstützen und zu begleiten.

Die zentralen Handlungsbereiche der FS FpK umfassen die Konzepterarbeitung in Institutionen und Berufsverbänden, die Optimierung der rechtlichen Rahmenbedingungen, die breite Öffentlichkeitsarbeit sowie die systematische Aus- und Weiterbildung von Fachkräften.

Das konkrete Angebot für die Hebammen besteht aus der Fortbildung sowie der telefonischen Beratung in Akutsituationen bei fachlichen und rechtlichen Fragen und dem Coaching in komplexen Betreuungssituationen. Das Ziel ist es, einerseits die professionelle Begleitung von Betroffenen zu fördern und andererseits ein gutes Outcome der Hebammen zu erreichen.

Im Rahmen eines Studierendenprojektes der Fachhochschule Nordwestschweiz, Studiengang Soziale Arbeit, erstellten Gfeller et al. 2008 eine Bedarfserhebung der „Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod“. Die qualitative Forschungsarbeit untersuchte die Fragen nach dem Bedarf von betroffenen Eltern, den erbrachten Leistungen von Fachpersonen und den Schwierigkeiten bei der Arbeit. Daraus sollten der Stellenwert und die fortwährende Nachfrage nach einer derartigen Fachstelle beurteilt werden. Mit Hilfe einer strukturierten Inhaltsanalyse und qualitativen Interviews wollten die Forschenden die Frage, warum die Fachstelle notwendig ist und welche möglichen zukünftigen Ausrichtungen und Schwerpunkte sinnvoll wären, beantworten. Im Allgemeinen kamen sie zum Schluss, dass die FS FpK benötigt wird, um professionelle Unterstützung bieten zu können. Bei den rechtlichen Rahmenbedingungen, der Öffentlichkeitsarbeit und der Ausbildung sowohl in der Grund- wie auch bei Weiterbildungen wurde Optimierungspotential lokalisiert. Als noch ungenügend wurde der interdisziplinäre Informationsfluss, das Coaching-Angebot für freiberufliche Hebammen sowie die noch immer grösstenteils fehlenden seelsorgerischen und psychologischen Begleitungsangebote für Fachpersonen bezeichnet.

Die FS FpK ist bislang die einzige unabhängige Stelle, welche neben den betroffenen Familien auch Fachpersonen Hilfe und Unterstützung anbietet. Dieses wichtige Angebot ist noch immer abhängig von Spendengeldern. Eine übergeordnete Finanzierung beispielsweise durch den Hebammenverband könnte das Angebot in der ganzen Schweiz zugänglich machen. Die FS FpK konzentriert sich heute auf die Deutschschweiz, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen aus der Romandie und dem Tessin können dadurch kaum profitieren.

Bisher gibt es keine konkreten Zahlen, welche aufzeigen, wie viele Hebammen betroffen sind von schwerwiegenden psychischen Problemen aufgrund belastender Arbeitssituationen. Eine solche Untersuchung würde Sinn machen, um ein Unterstützungsangebot zu erarbeiten und dieses der Nachfrage anpassen zu können.

7. Schlussteil

Welche Prozesse durchlebt die Hebamme in der Betreuung von Betroffenen des perinatalen Kindstodes und welche Möglichkeiten und Strategien zur Verarbeitung hat sie? Diese zu Beginn formulierte Frage lässt sich mit einem Rückblick auf die verfassten Kapitel beantworten.

In der Hebammenarbeit stellt Bindung eine Grundlage dar. Durch Bindung und Beziehung wird ein Vertrauensverhältnis zwischen der Hebamme und den Eltern ermöglicht. Die entstehende enge Wechselbeziehung führt dazu, dass der Verlust der Bindung zwischen den Eltern und dem verstorbenen Kind auch von der Hebamme miterlebt wird. Das Miterleben und Mitfühlen stellt die Hebamme vor unbeantwortete Fragen und konfrontiert sie mit eigenen Verlustängsten, Grenzen und Schwächen.

Verluste sind sehr unterschiedlich in ihrer Form, sie haben jedoch alle gemeinsam, dass sie starke Stressoren darstellen und im Leben eines Menschen als belastende Ereignisse erkannt werden müssen. Die Hauptreaktion auf einen Verlust ist Trauer, welche eine komplexe menschliche Erfahrung darstellt und geprägt ist von der individuellen Lebensgeschichte (Zeller-Forster 2004a). Canazakis (1990) beschreibt Trauer als natürliche, spontane und selbstverständliche Reaktion unseres Organismus, welche geprägt ist von unterschiedlichen Gefühlen wie Angst, Zorn, Schock oder Hilflosigkeit. Oft ist Trauer auch begleitet von körperlichen Empfindungen wie Beklemmung, Herzklopfen oder Müdigkeit. Die individuelle Erfahrung von Trauer ist abhängig von der Lebensgeschichte, familiären, gesellschaftlichen und kulturellen Normen, gelebten Trauerprozessen und herrschenden Rahmenbedingungen wie Raum, Zeit und begleitenden Menschen. Canazakis (1990) unterscheidet grundsätzlich zwischen lebensfördernder und lebenshemmender Trauer, wobei erstere zu einer späteren Neuorientierung im Leben führt und letztere diese verhindert oder sich gar gegen einen richtet.

Durch die enge Wechselbeziehung kommt es auch bei der Hebamme zum Durchlaufen der Trauerphasen. Diese wurden von verschiedenen Autoren beschrieben, die Trauerphasen nach Kast (1999) und Beutel (2002) sind in dieser Arbeit näher beschrieben und verglichen. Die Titel der Trauerphasen (Kast – Beutel) sind dabei selbstredend, weshalb sie hier nur kurz erwähnt sind: Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens – Schock; Phase der aufbrechenden Emotionen /

Phase des Suchens und Sich-Trennens – Beschäftigung mit dem Verstorbenen; Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs – Auflösung. Viele sowohl dokumentierte wie auch erzählte Erlebnisse aus der Arbeit der Hebamme lassen sich den Trauerphasen zuordnen.

Die ausgelöste tiefergehende Auseinandersetzung mit Grunderlebnissen wie beispielsweise emotionale Unruhe kann als Krise bezeichnet werden. Eine Krise kann eine Bedrohung der Identität des Menschen darstellen, sie stellt aber auch eine Chance zur Wandlung und Entwicklung dar.

Schuld- und Versagensgefühle erschweren den Umgang mit belastenden Erlebnissen wie das einer erfolglosen Reanimation. Eine Folge von chronischen Belastungen ist das Burnout-Syndrom. Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und verminderte subjektive Leistungsfähigkeit gelten laut Maslach (1982, zitiert nach Killmer 1999) als Hauptsymptome des Burnouts. Die Zeitschrift „Die Hebamme“ widmete in diesem Jahr dem Burnout bei Hebammen gleich mehrere Artikel, da der Hebammenberuf besonders gefährdet und betroffen ist. Hohe Anforderungen, die Ansprüche der Frauen, die innere Einstellung, alles ohne Hilfe meistern zu können, die gelebte Hierarchie, mangelnde Stellenbesetzung, Schichtarbeit und die Betreuung von mehreren Frauen in unterschiedlichen Situationen sind nur einige Faktoren, welche hohe Belastungen zur Folge haben und die körperliche und seelische Gesundheit gefährden.

Eine weitere schwerwiegende Folge von unverarbeiteten belastenden Erlebnissen ist die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Lange galt die PTSD als Folge von Kampfeinsätzen, bei Rettungssanitätern und der Feuerwehr wird die PTSD heute jedoch auch anerkannt. Die von der DSM-IV-TR (2000) definierten traumatischen Ereignisse enthalten auch den Tod oder die Verletzung von Kindern oder die Sorge, in der Verantwortung versagt zu und anderen Schaden zugefügt zu haben. Ob und inwieweit Hebammen vom PTSD betroffen sind, wurde bisher noch nie untersucht, die Vermutung, basierend auf den beschriebenen traumatischen Auslösern, legt aber nahe, dass das PTSD auch unter Hebammen vorkommt.

Zum Wohle der eigenen Gesundheit, oder dem Outcome der Hebamme, wie es die FS FpK ausdrückt, benötigt es günstige Umgangsstrategien in belastenden Situationen. Dabei profitiert nicht nur die Hebamme, ihre Familie, die Stationsleitung oder das Spital, im Vordergrund steht die optimale Betreuung von betroffenen Eltern. Sie haben das Recht auf eine professionelle Begleitung auf ihrem schwierigen Weg. Diese kann aber nur von Fachpersonen geleistet werden, welche sich selber Gedanken zu ihrer Haltung gemacht und einen individuellen Umgang mit belastenden Situationen gefunden haben. Mit Distanz oder identifikatorischer Trauer kann

dieses Ziel nicht erreicht werden, beide führen schlimmstenfalls zu einer noch grösseren Belastung der begleiteten Eltern. Durch Selbstreflexion, welche nach dem geburtshilflichen Verständnis der Hebammenschule Bern (2003) eine Kompetenz darstellt, die zur Ausübung der Berufstätigkeit als geburtshilfliche Fachperson notwendig ist, können beispielsweise eigene Gefühle in Akutsituationen erkannt und ein achtsamer Umgang mit ihnen gefunden werden. Neben der Selbstreflexion bewähren sich eigene Bewältigungsstrategien. Autogenes Training oder Bewegung in der Natur stellen nur zwei Beispiele für die Selbstpflege und Psychohygiene dar.

Institutionelle Angebote zur Bewältigungshilfe sind noch lange nicht etabliert, die FKI geht mit gutem Beispiel voran und verankert die Angebote im Betreuungskonzept „Verlust eines Kindes“. Den Betreuenden werden Fachpersonen wie beispielsweise Seelsorger zur Verfügung gestellt, mit welchen die Hebamme ihre eigenen Anliegen wie Schuldgefühle, Angst oder Überforderung besprechen können.

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit stellt sowohl für die Hebamme wie auch für die betroffenen Eltern eine Bereicherung dar. Der Hebamme bietet sie Entlastung und den Betroffenen eine ganzheitliche Betreuung.

Zum Schluss stellen Supervisionen und kollegiale Beratungen Möglichkeiten dar, ungelöste Probleme aus der Verarbeitung von Erlebnissen zu reflektieren und Lösungen zu finden.

Schlussfolgernd ist zu bemerken, dass den schwerwiegenden Folgen von belastenden Ereignissen während des Berufsalltages der Hebamme bis anhin wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Die FS FpK stellt zurzeit die Einzige unabhängige Stelle dar, welche auch den Fachpersonen Hilfe und Unterstützung anbietet. Die telefonische Beratung in Akutssituationen erachte ich dabei als besonders wertvoll. Um dieses Angebot und auch alle anderen Angebote ausbauen zu können benötigt es mehr finanzielle Mittel und weitere Untersuchungen über die Folgen von belastenden Erlebnissen der Hebammenarbeit. Es erscheint fast paradox, dass in einer Berufsgruppe wie derjenigen der Hebamme so wenig über die Auswirkungen der eigenen belastenden Arbeitssituationen gesprochen wird. Um langfristige Folgen vorbeugen zu können braucht es daher eine Sensibilisierung, denn nur wenn die Problematik anerkannt wird, können präventive Massnahmen beispielsweise durch die Institution des Arbeitgebers gerechtfertigt und ergriffen werden. Mit den erwähnten günstigen Umgangsstrategien hoffe ich einen offenen Umgang mit den eigenen Gefühlen zu unterstützen.

Es ist mir ein Anliegen, mit dieser Diplomarbeit einen kleinen Beitrag zur Sensibilisierung auf dieses Thema beitragen zu können.

8. Literaturverzeichnis

Bundesamt für Statistik 2008 Perinatale und Säuglingssterblichkeit [online] Verfügbar unter:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/01.html>

[Zugegriffen 30. Mai 2008]

Beutel M 2002 *Der frühe Verlust eines Kindes* 2. Aufl Hogrefe Verlag, Göttingen

Bloemeke V 2008 Die Burnout-Gefahr im Hebammenalltag *Die Hebamme* **21**:6-11

Bowlby J 1983 *Verlust Trauer und Depression* Reinhardt Verlag, München

Brockhaus Enzyklopädie 2008 [online] Verfügbar unter:

http://www.brockhaus-encyklopaedie.de/be21_article.php [Zugegriffen 20. Mai 2008]

Buijssen H 1997 *Wenn der Beruf zum Alptraum wird: Traumatische Erfahrungen in der Krankenpflege* Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Canacakis J 1990 *Ich begleite dich durch deine Trauer* Kreuz Verlag, Stuttgart

Cignacco E 2002 Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy *Nursing Ethics* **9** (2):178-191

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000 4. Aufl [online] Verfügbar unter:

<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/ptsd.htm> [Zugegriffen am 7. März 2008]

Frauenklinik Bern 2006 *Verlust eines Kindes* Frauenklinik des Inselspitals Bern, Bern

Gassmann M-C, Maurer F 2005 *Wochenbett bei Kindsverlust Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze für die Hebammenarbeit* Dossier Hebammen-Qualitätszirkel, Bern

Gfeller H, Hochstrasser T, Kormann S, Suter J, Vitins R 2008 *Bedarfserhebung der Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod Eine qualitative Forschungsarbeit über die Abdeckung des Bedarfs von betroffenen Familien und Fachpersonen in der Deutschschweiz und die Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf ein zukünftiges bestehen der Fachstelle FpK* Unpublizierte Projektarbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz

Hebammenschule 2003 *Geburtshilfliches Verständnis* Hebammenschule Bern

Hebammenschule, Bern

Hecking D, Moser Brassel C 2006 *Wenn Geburt und Tod zusammenfallen Ökumenische Arbeitshilfe für Seelsorgerinnen und Seelsorger* Theologischer Verlag, Zürich

Heinemann HM 2008 Hilfestellung zur Beurteilung der eigenen Burnoutgefährdung *Die Hebamme* **21**:12-15

Hemmerich F H 2000 *In den Tod geboren* Hygias-Verlag, Westheim

Herbert C, Wetmore A 2006 *Wenn Alpträume wahr werden Traumatische Ereignisse verarbeiten und überwinden* Huber Verlag, Bern

Hesse H 2008 *Die Gedichte* Insel Verlag, Frankfurt am Main

Juchli L 1997 *Pflege* Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Kast V 1999 *Trauern* Kreuz Verlag, Stuttgart

- Killmer C 1999 *Burnout bei Krankenschwestern* Lit Verlag, Münster
- Kirchner S 2008 Fallbeispiel: Burnout im Kreissaalteam *Die Hebamme* **21**:16-20
- Kirchner S 2007 Tod- und Trauererfahrung des Kreissaalteams *Die Hebamme* **20**:122-126
- Klaus M, Kennel J 1987 *Mutter-Kind-Bindung Über die Folgen einer frühen Trennung* Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Lasogga F, Gasch B 2000 *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen* 2. Aufl Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey, Edewecht
- Lothrop H 1998 *Gute Hoffnung – jähes Ende* 6. Aufl Kösel Verlag, München
- Mitchell JT, Everly GS 1998 *Stresssbearbeitung nach belastenden Ereignissen* 2. Aufl Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey, Edewecht
- Schweizerisches Rotes Kreuz 1998 *Bestimmungen des Schweizerischen Roten Kreuzes für die Ausbildung der Hebammen* SRK, Wabern
- Tietze K-O 2003 *Kollegiale Beratung Problemlösungen gemeinsam entwickeln* Rohwohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Zeller-Forster F 2004a Verlust/Trauer In: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld Band 1* 4. Aufl Hans Huber Verlag, Bern S 119-132
- Zeller-Forster F 2004b Krise In: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld Band 1* 4. Aufl Hans Huber Verlag, Bern S 45-64

9. Bibliographie

- Cignacco E 1998 *Zwischen beruflicher Pflicht und ethischer Desorientierung* Unpublizierte Forschungsarbeit, Höhere Fachschule für Pflege Zürich
- Langenmayr A 1999 *Trauerbegleitung Beratung – Therapie Fortbildung* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Levine A, Frederick A 1998 *Trauma – Heilung Das Erwachen des Tigers Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren* Synthesis Verlag, Essen
- Maurer F, Gassmann M-C 2006 Der perinatale Kindstod – Hebammenarbeit in Verlustsituationen In: Cignacco E (Hrsg) *Hebammenarbeit* Hans Huber Verlag, Bern S 141-171
- Schmidbauer W 2003 *Hilflose Helfer* Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg
- Singer P 1994 *Praktisch Ethik* Reclam, Ditzingen
- Warburton N 1998 *Was können wir wissen, was dürfen wir tun? Einstieg in die Philosophie* Rohwohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

Anhang

Anhang 1

Fragebogen für BetreuerInnen nach Lothrop (1998)

1. Meine erste persönliche Begegnung mit dem Tod war im Altern von ... Jahren, als ... starb.
2. Ich kann mich an folgende Gefühle von damals erinnern: ...
3. Die erste Beerdigung, der ich beiwohnte, war die von ..., als ich ... Jahre alt war.
4. Meine deutlichste Erinnerung von damals ist: ...
5. Folgender Todesfall liegt am kürzesten zurück (Person, Zeitpunkt, Umstände), und so bin ich damit umgegangen: ...
6. Der Tod, der mir am meisten zu schaffen macht ist der Tod von: ...
7. Es war schwierig für mich, weil: ...
8. Von den Menschen in meinem Leben, die mir etwas bedeuten, würde mir der Tod von ... am schwersten fallen, weil ...
9. Folgende Erfahrungen von Tod habe ich noch nicht wirklich verarbeitet: ...
10. Meine Art, mit Verlusten umzugehen, ist: ...
11. Ich werde wissen, dass meine Trauer nach einem Verlust beendet ist, wenn ...
12. Es ist in Ordnung, mit Klienten/Patienten/Betroffenen über meine eigene Trauerarbeit zu sprechen, wenn ...
13. Als ich klein war und meine Familie über den Tod sprach, dachte/fühlte ich: ...
14. So stellte ich mir als Kind den Tod vor: ...
15. So stelle ich mir heute den Tod vor: ...
16. Meine heutige Einstellung zum Tod ist so entstanden: ...
17. Für mich bedeutet Tod: ...
18. Meine grössten Ängste bezüglich Tod und Sterben sind ... Ich würde mit ... darüber sprechen wollen.
19. Meine Meinung zu lebenserhaltenden Geräten bei zum Tod geweihten Menschen ist folgende: ...
20. Folgende Erfahrungen hatte ich mit dem Tod und Verlust in meiner Arbeit oder Ausbildung: ...
21. Am schwierigsten dabei war für mich: ...
22. Reaktionen von Eltern bei einer Totgeburt oder beim Sterben ihres Kindes machen mir am meisten Schwierigkeiten: ...
23. Dies mag damit zusammenhängen, dass ...
24. Ich möchte mit jemandem über folgende Themen, Gefühle, Fragen, Erfahrungen, unverarbeitete Ereignisse sprechen bzw. mir im Umgang damit Hilfe holen: ...