

Stille Geburt
„Wenn der Anfang gleichzeitig das Ende ist“

Schriftliche Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung Palliative Care

vorgelegt von
Daniel Draeger
Lehrgang AGPACA 20

Betreuer
Jörg Fuhrmann, Msc

Linz, Dezember 2020

Abstract

Problembeschreibung:

Die Stille Geburt beschreibt die Geburt eines Kindes welches bereits intrauterin verstorben ist oder im Rahmen des Geburtsvorganges verstirbt. Dies bedeutet auch eine sehr starke Belastung dieser Eltern. Auch wenn eine Geburt in jeder Geburtsklinik und jedem Perinatalzentrum möglich ist sind die vorhandenen Rahmenbedingungen und der jeweilige Umgang mit diesem Thema sehr unterschiedlich. Dies macht sich auch darin bemerkbar, dass die wenigsten Krankenhäuser auch auf ihrer Homepage über diese Möglichkeit informieren. Aber auch bauliche Gegebenheiten, Personalknappheit sowie fehlendes Wissen über Möglichkeiten in der Betreuung der Betroffenen sind für diese Unterschiede ausschlaggebend. Dadurch besteht die Gefahr, dass den betroffenen Eltern Chancen genommen werden ihr Kind kennenzulernen und mit dieser Situation umzugehen. Dies kann im späteren Verlauf auch anhaltende Problematiken für die Eltern mit sich bringen welche sich zum Großteil durch eine adäquate Begleitung vermeiden lassen hätten.

Fragestellung:

Was ist eine Stille Geburt und wie kann diese ins Krankenhaus integriert werden?
Wie kann der Weg zur Geburt gestaltet werden und welche Möglichkeiten gibt es für das multiprofessionelle Team die Eltern adäquat zu unterstützen?
Welche Chancen bieten eine Stille Geburt für die Eltern?

Zielsetzung:

Das Ziel dieser Arbeit ist es eine Art Leitfaden zu erstellen welcher die Grundzüge der Stillen Geburt erläutert und Möglichkeiten beschreibt wie diese sowohl ins Krankenhaus als auch in die strukturellen Abläufe der einzelnen Abteilungen

integriert werden können. Ebenso soll aufgezeigt werden, dass die Gründung eines perinatalen Palliativteams, welches multiprofessionell und abteilungsübergreifend agiert, sinnvoll wäre, um die betroffenen Eltern schon ab der Diagnosestellung adäquat betreuen und begleiten zu können. Dadurch würden Eltern in dieser schwierigen Situation unterstützt und deren Umgang sowie die Trauerbewältigung von Anfang an gefördert.

Methode:

Diese Arbeit wird größtenteils mittels Literaturrecherche im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2020 erstellt. Dabei wird neben medizinischer und pflegerischer Fachliteratur auch auf Literatur zurückgegriffen, welche speziell für oder von betroffenen Eltern erstellt wurde. Ebenso wird diese Arbeit durch persönliche Erfahrungen und eigene Gedanken sowie Ideen ergänzt, um dieses Thema möglichst praxisnah und empathisch darzustellen.

Ergebnisse und Schlussfolgerung:

Die stille Geburt bietet den Eltern trotz des tragischen Verlustes die Chance, ihr Kind mit denselben Gefühlen wie andere Eltern eines gesunden Kindes kennenzulernen und sich dadurch auch vollends als Eltern zu fühlen. Gemeinsame Erinnerungen zu schaffen und vor allem als Familie zusammen zu wachsen. In dieser Arbeit wird klar ersichtlich, dass ein Verlust des Kindes während der Schwangerschaft unabhängig von deren Dauer eine starke Belastung der betroffenen Eltern bedeutet. Diese wird noch zusätzlich erhöht, wenn damit eine lang gewünschte Schwangerschaft zu Ende geht. Durch die Implementierung der in dieser Arbeit aufgezählten Möglichkeiten, die Einbeziehung der Eltern in alle Entscheidungen sowie eine adäquate Betreuung durch ein multiprofessionelles Team von Anfang an, können Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche es den betroffenen Eltern ermöglichen, gestärkt aus dieser Situation herauszugehen. Am Ende bleiben nur Erinnerungen an das geliebte Kind, und diese können im Falle einer stillen Geburt zum Großteil nur im Krankenhaus erstellt werden. Aus diesem Grund sollte es sich jede Geburtsklinik,

jedes Perinatalzentrum sowie deren Träger zur Aufgabe machen diesen Kindern und deren Eltern ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen. Ebenso wäre die Förderung von Fortbildungen im Bereich der neonatologischen Palliativversorgung für alle Berufsgruppen welche in diesem Bereich tätig sind eine sinnvolle Investition um eine adäquate bedürfnisorientierte Betreuung zu gewährleisten. Am Ende muss einem verstorbenen Kind und dessen Eltern mit derselben Wertschätzung gegenübergetreten werden wie allen anderen.

...und wenn du dich
getröstet hast
wirst du froh sein
mich gekannt zu haben.

(Antoine de Saint-Exupéry

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Einleitung	1
1 Definitionen	2
1.1 Fehlgeburt	2
1.1.1 Mögliche Gründe für eine Fehlgeburt	2
1.2 Totgeburt	3
1.2.1 Mögliche Gründe für eine Totgeburt	3
1.3 Lebendgeburt	3
1.4 Neugeborenenentod	4
1.4.1 Mögliche Gründe für einen Neugeborenenentod	4
1.5 Palliative Geburt	4
1.6 Rechtliche Unterschiede	4
2 Pränataldiagnostik (PND)	6
2.1 Erweiterte Pränataldiagnostik	6
2.2 Methoden der Pränataldiagnostik	7
2.2.1 Nicht invasive Verfahren	7
2.2.2 Invasive Verfahren	8
2.3 Indikationen für die erweiterte Pränataldiagnostik	8
2.4 Aufklärung	9
2.5 Eigene Gedanken zur Pränataldiagnostik	10
3 „Wenn die positive Diagnose negativ ist“	12
3.1 Erster Schock der Eltern – Erkennen von Auffälligkeiten	12
3.2 Diagnosegespräch	13
3.3 Pränatale Beratung	14
3.3.1 Mögliche Wege bei einer lebenslimitierenden Diagnose	15
3.3.2 Die stille Geburt	16
3.3.3 Auch Fehlgeburten sind stille Geburten	17
4 „Wenn der Anfang gleichzeitig das Ende ist“	18
4.1 Die Vorteile einer vaginalen Geburt	20
4.2 Vorbereitung auf die Geburt	21
4.2.1 Geschwisterkinder	24

4.2.2	Familienmitglieder und andere wichtige Personen	26
4.3	Bonding.....	28
4.4	Begegnung mit dem verstorbenen Kind	29
4.4.1	Gynäkologische Station.....	30
4.4.2	Verabschiedungs- und Erinnerungsräume.....	31
4.4.3	Erdengeschwisterchen trifft Sternengeschwisterchen	33
4.5	Einbeziehung von Ritualen	34
4.6	Versorgung des Kindes	36
4.7	Abschied.....	37
4.8	Was kommt danach.....	39
4.8.1	Der Weg zur Bestattung.....	40
4.8.2	Verstehen der unterschiedlichen Trauer	41
4.9	Abstillen, ein Teil des Trauerprozesses	42
5	Erinnerungen – „Wie aus Schmerzen Perlen werden können“.....	44
5.1	Fotos.....	44
5.1.1	Tipps zum Fotografieren.....	46
5.1.2	Sternenkinderfotografen.....	46
5.2	Hand- und Fußabdrücke	48
5.3	Schmuck	48
5.3.1	Tattoos.....	49
5.3.2	Blutschmuck.....	49
5.3.3	Muttermilchschnuck.....	50
5.4	Erinnerungsbox	51
5.5	Erinnerungs- und Tagebücher.....	52
6	Schlusswort.....	53
	Literaturverzeichnis	56

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung sind alle Aussagen in dieser Arbeit als geschlechtsneutral zu verstehen.

Einleitung

Zu erfahren, dass man ein Kind erwartet, egal ob geplant oder nicht, führt bei den werdenden Eltern zu den verschiedensten Reaktionen. Einige sind sichtlich überrascht, andere springen vor Freude in die Luft, und wieder andere verfallen im ersten Moment in einen Schockzustand. Eines bleibt aber bestehen, und zwar, dass egal wie die erste Reaktion aussieht, das Warten und die Vorbereitung auf das neue Familienmitglied Meilensteine im Leben der Eltern sind, welche auch zu persönlichen Veränderungen führen können

Der Weg von der freudigen Nachricht bis hin zur Geburt ist nur in seltenen Fällen entspannt, sondern immer wieder mit Höhen und Tiefen in verschiedensten Bereichen verbunden. Denn körperlichen Veränderungen der Mutter, Probleme in der Beziehung, mögliche Komplikationen während der Schwangerschaft, aber auch die Planung des neuen Familienlebens können das Familiensystem vor große Herausforderungen stellen.

In den nächsten Tagen, Wochen und Monaten, während das Kind im Bauch weiter heranwächst und die Bindung zu diesem weiterwächst, wird auch die Zukunft als Familie geplant. Braucht es eine größere oder gemeinsame Wohnung? Wie sieht es mit dem Familienauto aus?... Voller Freude werden die ersten Kleidungsstücke, Schnuller und Fläschchen besorgt. In der Zwischenzeit haben die Eltern nun auch die ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen hinter sich. Zum ersten Mal können sie Ihr Kind im Ultraschall sehen. Seinen Herzschlag hören. Bewegungen beobachten. Dadurch wird das Kind nach und nach greifbar. Nach neun Monaten beziehungsweise vierzig Schwangerschaftswochen kommt das gemeinsame Kind gesund zur Welt. Wenige Tage später verlassen sie als Familie das Krankenhaus und beginnen gemeinsam diesen neuen Lebensabschnitt.

So die optimale Vorstellung...

1 Definitionen

Jeder von uns wurde mit großer Wahrscheinlichkeit in seinem Leben schon mit Begriffen wie Lebendgeburt, Fehl- und Totgeburt konfrontiert und verwendet diese auch. Doch nicht immer ist die Bedeutung dieser Begriffe jedem bekannt. Für ein besseres Verständnis und für die Vollständigkeit dieser Arbeit werden mit einigen, für dieses Thema relevanten Definitionen und rechtlichen Grundlagen begonnen.

1.1 Fehlgeburt

Als Fehlgeburt wird ein verstorbenes Kind mit einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm bezeichnet (vgl. Huber, Gobara 2019, S. 5). Sie wird auch als „kleine Geburt“ genannt und in zwei Arten eingeteilt. So wird eine kleine Geburt in der Embryonalphase als frühe und in der Fetalperiode als späte Fehlgeburt bezeichnet (vgl. Lothrop 2016, S. 30f).

1.1.1 Mögliche Gründe für eine Fehlgeburt

Die Entstehung eines Menschen ist ein sehr komplexer Prozess, bei welchem schon kleinste Abweichungen zu großen Veränderungen führen können. Dies zeigt auch die große Vielzahl an möglichen Ursachen, welche eine Fehlgeburt begünstigen. Diese reichen von einem bereits vorhandenen Defekt in der Eizelle oder im Spermium, über einen Fehler in der Zellvermehrung und -teilung, bis hin zu schädlichen Faktoren wie etwa bestimmte Medikamente, berufliche Tätigkeiten, welche sich vor allem in der Ontogenese negativ auswirken. Zusätzliche körperliche Gegebenheiten wie eine Verengung oder Entzündung des Uterus, das falsche Einnisten des Embryos im Eileiter oder der Bauchhöhle, sowie Traumen aufgrund eines Schockes oder eines invasiven Eingriffs, können eine Fehlgeburt begünstigen. Einer der bekanntesten Risikofaktoren stellt das Alter der Mutter da.

Dabei steigt das Risiko einer Fehlgeburt progredient mit dem Alter (vgl. Lothrop 2016, S. 30ff).

1.2 Totgeburt

Rechtlich wird von einer Totgeburt gesprochen, wenn das Kind nach der Geburt keine Lebenszeichen aufweist und mindestens 500 Gramm wiegt (vgl. Huber, Gobara 2019, S. 5). Im Jahr 2019 kamen in Österreich 261 Kinder still zur Welt, dies entspricht ~ 0,3 % der Geburten (vgl. Statistik Austria, 2020).

1.2.1 Mögliche Gründe für eine Totgeburt

Auch bei einer Totgeburt gibt es eine Vielzahl an möglichen Ursachen, welche sich zum Teil auch nicht von den möglichen Auslösern einer Fehlgeburt unterscheiden. Weitere mögliche Ursachen können Plazentastörungen, Nabelschnurkomplikationen, Autoimmunerkrankungen, Leberfunktionsstörungen sowie Geburtskomplikationen darstellen (vgl. Wolter 2017, S. 196ff).

1.3 Lebendgeburt

Als Lebendgeborene werden alle Kinder bezeichnet, welche nach der Geburt Lebenszeichen aufweisen. Dazu zählen neben dem Einsetzen der respiratorischen Tätigkeit, der Herzschlag, willkürliche Muskelbewegungen sowie eine Pulsation der Corda Umbilicalis, unabhängig davon ob diese durchtrennt wurde oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen wurde oder nicht. Das Gestationsalter oder das Geburtsgewicht spielt dabei keine Rolle mehr (vgl. Huber, Gobara 2019, S. 5).

1.4 Neugeborenentod

Der Neugeborenentod bezeichnet das Versterben eines Lebendgeborenen Kindes innerhalb der Neonatalperiode, welche die ersten 28 Tage nach der Geburt definiert. Verstirbt das Kind innerhalb der ersten sieben Lebenstage, wird von Frühsterblichkeit gesprochen (vgl. Lothrop 2016, S. 37f).

1.4.1 Mögliche Gründe für einen Neugeborenentod

Die Gründe für den Tod eines Neugeborenen liegen meist in der Frühgeburtlichkeit und der daraus resultierenden Unreife der einzelnen Organsysteme, welche ein Leben trotz intensivmedizinischer Therapie nicht möglich machen. Aber auch pathologische Veränderungen der Organsysteme, Fehlbildungen oder Chromosomenanomalien können zum Tode führen. (vgl. Lothrop 2016, S. 38).

1.5 Palliative Geburt

Viele Fehlbildungen sind im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung feststellbar und müssen auch als in fauste Diagnose gewertet werden, wie etwa die Anencephalie. Entscheiden sich die Eltern gegen nicht einen Abbruch der Schwangerschaft werden diese Kinder lebend geboren, versterben aber kurz nach der Geburt. In solchen Fällen wird eine palliative Versorgung angestrebt. Dies wird auch als Palliative Geburt bezeichnet.

1.6 Rechtliche Unterschiede

Es ist rechtlich von großer Bedeutung, in welchem Wachstums- oder Lebensstadium das Kind verstirbt. So erhalten lebendgeborene Kinder und Kinder, welche in der Neonatalperiode versterben offiziell einen Vor- und Nachnamen und

werden im Geburtenbuch registriert. Es wird auch kostenlos auch eine Geburtsurkunde ausgestellt.

Bei einer Totgeburt wiederum, erhält das Kind nur einen Vornamen und die Eltern eine kostenfreie Bescheinigung. Eine Sterbeurkunde kann aber gebührenpflichtig ausgestellt werden. Weiters wird das Kind nur im Sterbebuch beurkundet. Bei Fehlgeburten gibt es seit 2017 die Möglichkeit eine Urkunde mit dem Namen des Kindes ausstellen zu lassen (vgl. Huber, Gobara 2019, S. 13ff).

Nicht immer lässt sich ein Grund für den Tod eines Kindes finden.

Es scheint so als ob der Himmel seinen geborgten Engel doch wieder benötigt

(vgl. Lothrop 2016, S. 35)

2 Pränataldiagnostik (PND)

Im Jahr 1965 publizierte der schwedische Fotograf Lennart Nilsson das Bild eines achtzehn Wochen alten Feten, welches auf der ganzen Welt für Staunen sorgte. Dies war ein Durchbruch, den noch nie zuvor war es möglich so nahe am Beginn eines menschlichen Lebens dabei zu sein. 1954 war es zudem erstmals möglich mithilfe einer Sonographie das Kind im Standbild darzustellen und anhand des biparietalen Kopfumfangs den Geburtstermin zu bestimmen – zuvor war dies eher eine optische Messmethode (vgl. Frenzel-Beyme). War es früher ein Privileg pränataldiagnostisch untersucht zu werden oder gar ein Bild seines ungeborenen Kindes zu bekommen, ist es im 21. Jahrhundert schon zum Standard geworden. Statt Standbildern können werdende Eltern heute ihr Ungeborenes auf 4D Filmen sehen und dessen Herzschlag hören. Dies zeigt, dass im Bereich der PND in den letzten Jahrzehnten ein großer Fortschritt festzustellen ist, da sich anhand von intrauterinen Untersuchungen der Entwicklungszustand sowie Auffälligkeiten bestimmen lassen (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 23f). Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Schwangerschaftsvorsorge hat sich in den letzten Jahren die PND immer mehr zu einer Routine- statt Zusatzuntersuchung etabliert. Hierbei sei aber zu erwähnen, dass sämtliche gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen sowie Sonographien, welche die werdende Mutter oder deren ungeborene Kinder betreffen, ebenfalls schon als PND gelten.

2.1 Erweiterte Pränataldiagnostik

Mithilfe der erweiterten PND lässt sich das Risiko von Fehlentwicklungen bereits intrauterin diagnostizieren und abschätzen. Hierfür stehen eine Vielzahl an diagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung, welche nicht im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung durchgeführt werden (vgl. Windsperger 2020). Dazu zählen neben Sonographien und diversen speziellen Blutuntersuchung bei der Mutter, auch die Entnahme von Gewebeproben der Plazenta (= Chorionzottenbiopsie), Fruchtwasseruntersuchungen (=

Amniozentese) sowie die Fetalblutentnahmen (= Chordozentese) (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 33ff). Die erweiterte PND stellt ein freiwilliges Angebot dar, welches unabhängig von ärztlichen Anordnungen angenommen werden kann (vgl. Windsperger, 2020).

2.2 Methoden der Pränataldiagnostik

So wie die PND in den letzten Jahren Fortschritt erlebt hat sind auch die Möglichkeiten der Untersuchungen stetig gewachsen. War es vor einigen Jahrzehnten ein medizinisches Wunder das Ungeborene zu sehen, so können wir heute Feten direkt im Bauch behandeln und operative Eingriffe durchführen. Im Groben kann man diese Eingriffe in nicht-invasive und invasive Verfahren unterscheiden, welche im Folgenden kurz erläutert werden.

2.2.1 Nicht invasive Verfahren

Diese beinhalten sämtliche diagnostische Maßnahmen, welche nicht direkt in die Schwangerschaft eingreifen, wozu unter anderem Blutuntersuchungen bei der Mutter zählen. Mit deren Hilfe können Hormone und genetisches Material des Kindes bestimmt werden, um mögliche Veränderungen am Ungeborenen festzustellen. Weiteres gehören Sonographien, welche einen intrauterinen Blick auf das Kind bieten, und auch die bekannte Nackenfaltenmessung, welche auf Chromosomale Veränderungen hindeuten kann, dazu. Auch die Organogenese lässt sich mithilfe des Organscreenings beurteilen. Diese Maßnahmen haben zwar keinen direkten Einfluss auf das Ungeborene, dennoch können sich Ängste und Sorgen der Kindsmutter bereits intrauterin auf das Kind überträgt. Durch diese Verfahren können Stress und Ängste bei der Kindsmutter reduziert bzw. vermieden werden, was sich wiederum auf die optimale Entwicklung des Fötus auswirkt (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 32ff).

2.2.2 Invasive Verfahren

Damit werden Maßnahmen beschrieben, welche direkt in die Umgebung des ungeborenen Kindes eingreifen. Dabei wird meist mit einer Hohlnadel durch die Bauchdecke der Mutter die Fruchtblase punktiert, um Material für die weitere diagnostische Abklärung zu erhalten. Den Eltern muss hier deutlich mitgeteilt werden, dass solch ein Eingriff in das sich entwickelnde Leben, das Risiko einer Fehlgeburt erhöht (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S35f).

2.3 Indikationen für die erweiterte Pränataldiagnostik

Die Beweggründe, dass sich werdende Eltern für eine PND entscheiden, sind vielfältig. Doch einen Hauptpunkt ist hier die Angst um das ungeborene Kind, welches man doch in Sicherheit wissen will – und genau diese Bestätigung der Sicherheit erhoffen sich die Eltern im Rahmen einer PND. Aber auch das vorzeitige Feststellen von Anomalien und dadurch frühestmögliche Eingreifen, spielen für viele eine wesentliche Rolle. Diese Möglichkeit, rechtzeitig auf Anomalien reagieren zu können, bringt aber auch die Pflicht mit sich, Entscheidungen treffen zu müssen, welche Eltern vor große Herausforderungen stellen kann. Dabei muss jedoch stets im Hinterkopf behalten werden, dass sich der hier ermöglichte Handlungsspielraum erst nach dem Feststellen einer Diagnose ergibt. Somit kann das weitere Vorgehen ein therapeutischen Ansatz sein, jedoch auch die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft bedeuten (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S.24).

Neben den persönlichen Beweggründen gibt es auch medizinische Indikationen, bei welchen eine weitere Abklärung empfohlen wird. Häufig spielt hier das Alter der Mutter sowie familiäre Vorbelastungen eine zentrale Rolle. Ein weiterer Grund könnte sein, wenn sich im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchung der begründete Verdacht ergibt, dass genetische sowie körperliche Fehlentwicklungen oder auch vererbliche Erkrankungen vorliegen könnten (Windsperger 2020).

2.4 Aufklärung

Das Resultat der PND kann für werdende Eltern sehr nervenaufreibend sein, denn sie wissen im Vorfeld nicht ob der Befund positiv oder negativ ist. Zeigt sich das Ergebnis unauffällig, das heißt negativ, rückt die Aufklärung über die möglichen bzw. durchgeführten Untersuchungen in den Hintergrund und es ist meist nicht mehr relevant ob und wie eine Aufklärung stattgefunden hat. Bestätigen sich aber Auffälligkeiten am noch ungeborenen Kind wird schnell klar, warum eine vorherige Aufklärung der Eltern so wichtig ist. Die betroffenen Eltern stehen plötzlich da, umgeben von Diagnosen, Auswirkungen, Prognosen sowie medizinischen Fachbegriffen, welche sie meist nicht einmal verstehen. Es sollen bzw. müssen schwerwiegende Entscheidungen für das ungeborene Kind getroffen werden, welche die Eltern in diesem Moment aber nicht treffen können oder wollen. Aus diesem Grund ist es von äußerster Wichtigkeit sich als Pränatalmediziner im Vorfeld ausreichend Zeit zu nehmen um mit den werdenden Eltern über die einzelnen pränataldiagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten, und deren möglichen Ergebnisse sowie die daraus resultierenden Konsequenzen, zu sprechen. Dabei ist es auch notwendig auf mögliche Szenarien wie entdeckte Anomalien Bezug zu nehmen, damit den Betroffenen mögliche Entscheidungs- und Handlungsspielräume sowie Behandlungs- und Versorgungsmethoden näher gebracht werden können und auftretende Fragen, Sorgen sowie Ängste bereits vor der PND Gehör finden (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 24ff).

Allgemein gilt in Österreich, dass die PND eine freiwillige Ergänzung zur gesetzlich vorgeschriebenen Schwangerschaftsvorsorge darstellt, wobei letztere nur Bluttests vorschreibt, die sonografischen Untersuchungen sind wiederum freiwillig. Über diese Freiwilligkeit muss ebenfalls eine Aufklärung erfolgen (vgl. Windsperger 2020). Daraus resultiert, dass von den behandelnden Ärzten akzeptiert werden muss wenn vonseiten der Eltern keine weitere Abklärung erwünscht wird.

Die Aufklärung muss immer im Vorfeld geschehen und auch die gesetzlich vorgeschriebene Schwangerschaftsvorsorge bildet hier keine Ausnahme. Dabei kann abgeleitet werden, dass Betroffene, die im Vorfeld eine gute Aufklärung

erhalten haben, im Ernstfall mit einem klareren Kopf auf die Schocknachricht reagieren werden als jene mit einer unzureichenden oder gar keinen Aufklärung.

2.5 Eigene Gedanken zur Pränataldiagnostik

Die möglichen Auswirkungen einer PND sind vielfältig. Zum einen, da ein positiver Befund, den Eltern die Hoffnung, ein gesundes und unauffälliges Kind zur Welt zu bringen zunichtemacht. Zum anderen sollen sie schwerwiegende Entscheidungen für ihr Kind treffen. Zudem kann es, aufgrund von falsch positiven Befunden, zu einer unnötigen Stressbelastung während der Schwangerschaft kommen, welche sich aber im Rahmen der Geburt nicht bestätigen.

Dies kann im postnatalen Bereich zu einem erschwerten Bindungsaufbau führen, im schlimmsten Fall kann das Ungeborene seines Lebens beraubt werden, da sich die Eltern aufgrund des Befundes womöglich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Die werdenden Eltern müssen bereits im Rahmen der Aufklärung darüber informiert werden, dass die Ergebnisse nicht zu 100 % sicher sind. Schweregrade einer Beeinträchtigung sind nur schwer einzuschätzen, außerdem kann die Entwicklung des Kindes im späteren Leben nicht immer mit absoluter Sicherheit vorhergesagt werden.

Die PND ist ein medizinisches Verfahren, welches heute kaum mehr wegzudenken ist. Dadurch ist es heute möglich, adäquat auf Auffälligkeiten bei Mutter und Kind während der Schwangerschaft zu reagieren. Sie ermöglicht das Leben von Kindern zu sichern, welche vor einigen Jahren aufgrund intrauteriner Anomalien noch verstorben wären. Ein Beispiel zur PND ist die Herzklappensprengung bei den Feten, bei dem durch ein invasives Verfahren, ein Überleben möglich gemacht wird. Auch andere Maßnahmen, die es bereits intrauterin ermöglichen Organfehlbildungen festzustellen und diese dann direkt nach der Geburt zielgerichtet zu therapieren, steigern die Überlebenschancen der ungeborenen Kinder. JA, die erweiterte PND ist sinnvoll doch sollte nicht als Routineuntersuchung

gehandelt werden und nur zum Einsatz kommen, wenn ein begründeter Verdacht besteht.

*„Jedes Leben ist in der Tat ein Geschenk, egal wie kurz, egal wie zerbrechlich.
Jedes Leben ist ein Geschenk, welches für immer in unseren Herzen weiterleben
wird.“*

(Sandra Gould, Washington, zit. aus Huber, Gobara 2019, S. 15)

3 „Wenn die positive Diagnose negativ ist“

„Zwei Wirklichkeiten – ein Bild: Schweigsam fährt der Facharzt für Pränataldiagnostik mit dem Ultraschallkopf im kühlen Gel auf meinem Bauch herum. Ich sehe mein Kind schwarzweiß auf dem Bildschirm: Alles ist dran (...) es gefällt mir, wie es sich bewegt, den Messungen des Arztes ausweicht, ein stiller Einklang. Nachher werde ich aus der Praxis gehen mit der Gewissheit, dass alles in Ordnung ist. Der Arzt antwortet einsilbig auf meine Fragen, vertröstet mich auf später. Ich bleibe arglos. Hinterher erfahre ich, dass der Arzt ein völlig anderes Kind gesehen hat als ich selbst: Er hat einen dem Tod geweihten Fötus untersucht, mit vielfältigen Störungen, wie er sie nur selten diagnostiziert. Im ersten Moment bin ich entsetzt über diese zwei verschiedenen Wirklichkeiten. Im Nachhinein weiß ich: Die beiden unterschiedlichen Sichtweisen sind erhalten geblieben.“ (Katja Baumgarten, 2001, zit. aus Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 37).

3.1 Erster Schock der Eltern – Erkennen von Auffälligkeiten

Sollten sich im Rahmen der gesetzlichen Schwangerschaftsvorsorge oder erweiterten PND, Auffälligkeiten oder aber auch nur der Verdacht darauf ergeben, müssen die Eltern so zeitnah als möglich darüber informiert werden. Die Information sollte dabei möglichst transparent, verständlich und so detailliert wie nötig sein. Es sollte über Vermutungen und die nächsten Schritte gesprochen werden. Für Fragen der Eltern entsprechend Raum gelassen werden. Der Arzt sollte sich hier ausreichend Zeit nehmen und das Besprochene gut dokumentieren. Gerade die notwendige weitere Abklärung führt, aufgrund der Wartezeit auf Ergebnisse, nicht selten zu einer großen psychischen Belastung. Diese Schock- und Angstzustände mit dem eventuellen Verlust der bis dahin unkomplizierten Schwangerschaft, dürfen auf keinen Fall von den behandelnden Ärzten unterschätzt, sondern müssen ernst genommen werden. Die betroffenen Eltern brauchen ein offenes Ohr und sehr viel Empathie, um damit umgehen zu können. Dabei wäre es wichtig den Eltern die

Möglichkeit einer psychosozialen Unterstützung anzubieten. Gleichzeitig muss deren eventuelle Ablehnung akzeptiert werden.

In diesen Gesprächen, ohne gesicherte Diagnose, sollte nur die mögliche Abklärung dieser Auffälligkeiten im Vordergrund stehen. Eine Prognosestellung oder gar eine Entscheidung über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft sollten hier noch zurückhaltend besprochen werden. Auftretende Fragen der Eltern müssen ehrlich und empathisch beantwortet werden. Hierbei ist es wichtig den Eltern klar zu vermitteln, dass eine seriöse Prognose erst im Zuge einer weiteren Abklärung gestellt werden kann und auch ein weiteres Vorgehen schwierig einzuschätzen ist. Auf jedem Fall muss nach der weiterführenden Abklärung ein Gespräch mit den Eltern geplant werden, in welchem mit allem Notwendigen besprochen wird. Unabhängig davon ob die Diagnose negativ oder positiv ist. Ein multiprofessionelles Team berät die Eltern über die Möglichkeiten des weiteren Vorgehens (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 37ff).

3.2 Diagnosegespräch

Im Rahmen des Diagnosegesprächs soll den Eltern die Diagnose sowie deren Prognose möglichst verständlich erklärt werden, weshalb eine sorgfältige Planung unerlässlich ist. Dafür sollte neben einer geschützten Umgebung auch ausreichend Zeit eingeplant werden, gegebenenfalls muss bei möglichen sprachlichen Barrieren ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Eine empathische, wertfreie und ergebnisoffene Haltung ist obligat. Um Missverständnisse zu vermeiden ist es essentiell das bereits vorhandene Wissen der Eltern in Erfahrung zu bringen, und zu eruieren wie detailliert die Aufklärung gewünscht wird. Oft haben sich Eltern schon im Vorfeld über Verdachtsdiagnosen informiert und sich auf die Suche nach den Ursachen begeben. Nicht selten kommt es zu Schuldzuweisungen sich selbst aber auch anderen gegenüber, deshalb ist es sehr wichtig im Rahmen des Diagnosegesprächs auf diese einzugehen und sie zu klären.

Im Idealfall sind mehrere Einzelgespräche mit den einzelnen Spezialisten an einem Tag zu vermeiden, da es aufgrund der damit verbundenen erhöhten

Kommunikationsstruktur, nicht nur zu einem unterschiedlichen Wissensstand und den daraus resultierenden Behandlungsansätzen kommt, sondern auch zu einer erhöhten Belastung der Eltern. Vielmehr hat sich ein Gespräch im multiprofessionellen Team bewährt, welches eine ganzheitliche Einzelbetrachtung des Kindes mit all seinen Auffälligkeiten ermöglicht und somit alle Beteiligten gemeinsam, das weitere Vorgehen besprechen können. Für die Eltern kann hier auch das Gefühl der Sicherheit vermittelt werden, feste Ansprechpartner zu haben. Ziel der Diagnoseeröffnung ist es, dass die Eltern Diagnose und Prognose verstanden haben und wissen wie die nächsten Schritte aussehen werden (vgl. Garten, von der Hude 2019, S. 36ff)

3.3 Pränatale Beratung

Immer wieder wird von Eltern berichtet, dass ihnen nach der Diagnosestellung eine Beendigung der Schwangerschaft empfohlen wird. Die Beweggründe dafür sind in den meisten Fällen aber positiver Natur mit der Absicht, die werdenden Eltern zu schützen und mögliche Traumata zu vermeiden, mit der Annahme ein Abbruch wäre weniger belastend als eine Geburt. Andererseits sind ihnen die Möglichkeiten der neonatologischen Palliativversorgung nicht so geläufig, da sie aufgrund ihrer Profession meist neben ihrem theoretischen Wissen wenig Praxiserfahrung in diesem Bereich haben. Deshalb ist es von Vorteil, wenn bereits zu diesem Zeitpunkt die pränatale Beratung angeboten wird. Die Eltern werden im multiprofessionellen Team ganzheitlich beraten und es werden gemeinsam, neben möglichen Therapieoptionen und Komplikationen auch mögliche Geburtsverläufe besprochen. So wird die spätere Entscheidung der Eltern unterstützt.

Dabei sollte stets eine ergebnisoffene, wertfreie und empathische Gesprächsebene angestrebt werden, in welcher auch die Eltern ihre Sorgen und Ängste äußern können, sowie auftretende Fragen ehrlich beantwortet bekommen. Die Gespräche sollten möglichst gut dokumentiert und der nächste Gesprächstermin geplant werden (vgl. Garten von der Hude 2019, S. 34-36).

Ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Beratung ist jener, bei dem alle möglichen Geburtsszenarien gedanklich durchgespielt werden. Diese Szenarien umfassen neben dem Versterben des Kindes im Mutterleib bzw. im Verlauf der Geburt, auch das Versterben kurz danach oder aber auch erst zu einem späteren Zeitpunkt zu Hause. Aus diesem Grund ist es unverzichtbar den Eltern verständlich zu erklären, dass ein primär angestrebtes palliatives Vorgehen kurative Behandlungsmethoden nicht ausschließt, da die tatsächliche Ausprägung der Diagnose erst postnatal deutlich wird oder sich manchmal trotz guter PND nicht bestätigt. So erhalten die Eltern das Gefühl, dass ihr Kind als Mensch respektiert wird und eine Chance auf Lebenszeit hat und nicht pränatal schon aufgegeben wird.

Im Rahmen der pränatalen Beratung soll sichergestellt werden dass die Eltern mit den vermittelten Informationen und Möglichkeiten eine autonome, ihren Werten und ethnischen Grundprinzipien entsprechende Entscheidung treffen können, welche sie auch gemeinsam in ihre Zukunft gut integrieren und tragen können.

Die pränatale Beratung verfolgt nicht das Ziel, den werdenden Eltern Entscheidungen vorzugeben oder abzunehmen, sondern Möglichkeiten zu eröffnen, und die Eltern unabhängig von ihrem Entschluss zu bestärken und sie auf ihrem Weg zu begleiten (vgl. Garten, von der Hude 2019, S. 37).

3.3.1 Mögliche Wege bei einer lebenslimitierenden Diagnose

Die Entscheidung, welche Eltern im Rahmen der pränatalen Beratung treffen, kann letztendlich eine Beendigung der Schwangerschaft bedeuten oder aber auch das Weitertragen. Beides muss akzeptiert werden. Wichtig ist das die werdenden Eltern ausreichend Zeit haben sich darüber Gedanken zu machen und auch in alle Richtungen neutral beraten werden.

Eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft ist eine sehr individuelle existenzielle Entscheidung, welche von vielen Faktoren beeinflusst wird. Dazu zählen unter anderem die vorliegende Erkrankung des Kindes, fehlende oder falsche Beratung und Aufklärung, aber auch sehr persönliche Beweggründe wie

Ängste, Sorgen oder Wertvorstellungen. Ein entscheidender Punkt ist hier, dass letztendlich die Entwicklung des Kindes nicht vorhergesagt werden kann und anschließend keine Handlungsoption mehr besteht. Darüber müssen sie gut aufgeklärt werden (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, 68ff). Wichtig ist ebenfalls, den Eltern mitzuteilen, dass eine Beendigung nach dem dritten Schwangerschaftsmonat auf natürlichem Weg stattfindet (vgl. Lothrop 2016, S. 76) – daraus lässt sich ableiten, dass auch diese Eltern Ihr Kind still gebären. „Es bleibt letztendlich eine persönliche Entscheidung. Wie stellen wir uns das Leben als Familie vor? Was glauben wir, leisten zu können?“ (Garten, Lars zit. aus Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 88).

Die Palliative Geburt ist im Falle einer Erkrankung mit in fauster Prognose des Kindes, eine gute Alternative zum Schwangerschaftsabbruch. Dabei werden die Eltern von einem perinatalen Palliativteam im Rahmen der Schwangerschaft begleitet und auf eine palliative Geburt vorbereitet. Dies ermöglicht es dem Kind seinen persönlichen Lebensweg, begleitet von seinen Eltern zu gehen, und die Unterstützung zu erhalten welche es benötigt. Dies bedeutet auch, sollte sich die Diagnose nicht so ausgeprägt zeigen wie befürchtet, dass ein kurativer bedürfnisorientierter Behandlungsweg eingeschlagen werden kann. Als Beispiel kann hier die Erkrankung der Trisomie 18 erwähnt werden. Ebenfalls kann die Trauerbewältigung schon in der Schwangerschaft beginnen und wichtige Erinnerungen können geschaffen werden. Auch wenn die Zeit nach der Geburt nur kurz ist, wird sie als Familie verbracht und bietet den Eltern die Möglichkeit ihr Kind noch lebend kennenzulernen (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 74f).

3.3.2 Die stille Geburt

Die stille Geburt ist keine Variante der Geburt, welche sich Eltern für ihr sehnlichst erwartetes Kind aussuchen würden. Sie bietet Eltern, die sich für die Fortführung der Schwangerschaft entschieden haben, die Möglichkeit ihr Kind, auf das sie so sehnsüchtig warten, kennenzulernen auch wenn dieses bereits intrauterin

verstorben ist. Auch ein Versterben des Kindes im Geburtsverlauf wird als Stille Geburt bezeichnet (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 216). Der Gedanke das verstorbene Kind auf natürlichem Wege zur Welt zu bringen ist für die werdenden Eltern meist schwer vorstellbar, weshalb viele Betroffene im ersten Moment eher zu einem Kaiserschnitt tendieren (vgl. Lothrop 2016, S. 76).

3.3.3 Auch Fehlgeburten sind stille Geburten

Auch wenn das Kind bei einer Fehlgeburt schon relativ früh verstirbt - dreiviertel aller Fehlgeburten finden im ersten Trimester statt - ist dieser Verlust schmerzvoll für die Eltern. Aus diesem Grund ist es auch hier essentiell den Eltern die Chance zu geben Ihr Kind zu sehen, sofern es das Erscheinungsbild zulässt. Oft bleibt bei einer Fehlgeburt auch keine Zeit zum Trauern, da sie rechtlich nicht als Geburt gesehen wird und dadurch auch rechtliche Ansprüche, wie der Mutterschutz, wegfallen (vgl. Lothrop 2016, S. 30ff)). Allgemein kann man sagen, dass Eltern welche Fehlgeburten erleiden mussten weniger Beachtung erhalten und die Trauer von anderen oft nicht verstanden oder anerkannt wird. Dies führt zum stillen Trauern der Eltern und dem Gefühl sich niemandem mitteilen zu können. Ein ernst nehmen der Trauer und die Anerkennung dieses schmerzhaften Erlebnisses kann die Verarbeitung positiv beeinflussen. Hier würde es auch eine rechtliche Anpassung brauchen, um auch diese Eltern als solche zu definieren und zu unterstützen.

„Wenn ein Kind tot zur Welt kommt, ist es eine stille Geburt, eine lautlose Geburt, denn dieses Kind verkündet nicht mit einem Schrei seine Ankunft in der Welt.“

(Michaela Nijs zit. aus Huber, Gobara 2019, S. 4)

4 „Wenn der Anfang gleichzeitig das Ende ist“

Die wohl größte Angst der werdenden Eltern im Rahmen der Schwangerschaft stellen mögliche Komplikationen dar.

Wenn sich eine solche Angst bestätigt, sei es durch plötzlich auftretende Blutungen, fehlenden Bewegungen des Babys oder auch nur durch den Instinkt der Mutter, bricht in diesem Moment die Vorstellung von einer geplanten gemeinsamen Zukunft zusammen. Die Eltern fühlen sich hilflos und verzweifelt, machen sich womöglich Vorwürfe. Dabei werden sie in eine Situation gezwungen, in welcher es nicht um die gemeinsame Zukunft geht, sondern sie sich mit dem Verlust ihres Kindes auseinandersetzen müssen. Nicht selten kommt es vor, dass Eltern nach diesem tragischen Vorfall von dem Gefühl geplagt werden, sie seien durch unachtsames oder gar fahrlässiges Handeln selbst die Verantwortlichen und würden die Schuld dafür tragen (vgl. Paschke 2020). Der Verlust eines Kindes, egal zu welchem Zeitpunkt, ist der wohl größte Schmerz den Eltern ertragen müssen, da mit dem Tode des Kindes auch ein Teil der Eltern stirbt (vgl. Lothrop 2016, S. 29f).

In diesem einschneidenden Moment benötigen Eltern viel Unterstützung, Hilfe sowie eine Gesellschaft in welcher sie ihre Trauer sowie ihre Emotionen leben können, ohne dafür verurteilt zu werden. Nichtsdestotrotz kommt es vor, dass gerade das engere Umfeld, wie Familie oder Freunde, aber auch ärztliches und pflegerisches Personal und behördliche Institutionen mit Unverständnis reagieren. Doch häufig geschieht dies nicht, weil es ihnen egal ist, sondern weil ihnen die Worte fehlen und sie unsicher sind was zu tun ist. Aufgrund dieser Unsicherheit wird das Handeln oftmals unterlassen, um ja nichts falsch zu machen. Betroffene Eltern schildern immer wieder, dass Freunde und Bekannte schweigen oder einem gar aus dem Weg gehen, die Trauer nicht ernst genommen und über das Verstorbene Kind nicht mehr gesprochen wird. So gerät es in Vergessenheit. (vgl. Gebel 2013, S. 9).

Solche Aussagen und Verhaltensweisen verletzen die betroffenen Eltern jedoch noch mehr, da sie genau das Gegenteil davon benötigen. Ein offenes Ohr schenken

und emphatisch zuhören, auch wenn sich das Gesagte immer wiederholt, gibt den Eltern die Möglichkeit ihren Schmerz zu teilen und mit der Trauerbewältigung zu starten.

Wenn das Kind bereits vor der Geburt verstirbt stellt dies für die Eltern eine besondere Herausforderung dar. Ihr Kind hat in dieser Welt noch keine Spuren hinterlassen. Es können im Vergleich zu einem gesunden Baby, kaum bedeutende Erinnerungen an eine gemeinsame Zeit geschaffen werden, da sie sich in jenem Moment verabschieden müssen, wo andere Eltern ihr Kind willkommen heißen (vgl. Lothrop 2016, S. 29f).

Wie Eltern das Versterben ihres Kindes im Mutterleib erleben ist individuell. So berichtete eine Mutter davon, dass sie ein plötzliches Auftreten eines Gefühls des Erstarrens verspürte und mit Überzeugung ihrem Partner den Tod ihres ungeborenen Kindes mitteilte. Eine andere träumte von einem Geburtsvorgang, bei dem sie ihr Kind still zur Welt brachte. In beiden Fällen hatte sich diese Vorahnung tatsächlich bestätigt. Andere wiederum verspürten im Vorhinein nichts und erfuhren den Tod des Kindes im Rahmen der Routinekontrolle oder Vorsorgeuntersuchung (vgl. Lothrop 2016, S. 35f).

4.1 Die Vorteile einer vaginalen Geburt

Eine vaginale Geburt ist natürlich und auch evolutionstechnisch vorgesehen. Der mütterliche Körper ist darauf ausgelegt, wodurch das Risiko von geburtstechnischen Komplikationen für die Gesundheit der Mutter drastisch sinkt, im Vergleich zu einem operativen Eingriff.

Im Gegensatz zum Kaiserschnitt, dessen Abläufe fest durchgeplant sind und nur wenig Spielraum für die werdenden Eltern bieten, ermöglicht eine natürliche Geburt den Eltern nicht nur ein aktives miterleben und ihren Wünschen entsprechendes mitgestalten, sondern auch ein rasches Kennenlernen ihres Kindes. Durch die im Rahmen der Geburt physiologisch freigesetzten Hormone, welche die Mutter bei der Geburt unterstützen, werden nicht nur die natürlichen Heilungsprozesse postnatal gefördert (vgl. Wolter 2017, S. 112ff). Die Ausschüttung dieser Glückshormone bewirkt außerdem, dass die Mutter ihr Kind, auch wenn es schon verstorben ist, euphorisch sowie stolz zu sich nehmen und sich erstmal gemeinsam mit ihrem Partner über das Kind freuen kann. Der schmerzliche Verlust rückt vorerst in den Hintergrund. So steht nicht der Abschied, sondern erst einmal das Willkommen im Vordergrund, der Körper kann nach und nach auf die Ereignisse reagieren (vgl. Lothrop 2016, S. 77) und die Geburt bleibt mit einem Gefühl von Glück in Erinnerung. Ebenso zeigt sich, dass eine natürliche Geburt schon frühzeitig einen Weg der Trauerbewältigung ebnet, da die Mutter während des Geburtsvorgangs schon ihre Wut und Trauer über diesen Verlust kundtun kann. Des Weiteren besteht im Rahmen des Kaiserschnitts die Gefahr, dass aufgrund der nötigen Betäubung oder möglichen Komplikationen eine Vollnarkose nötig ist. Auch eine intensivpflichtige Nachbetreuung der Mutter kann notwendig sein. Dadurch kann es passieren, dass die Eltern, aber vor allem die Mutter, wichtige Meilensteine des Eltern-werdens verpassen. Dazu zählt auch der Moment des Auf-die-Welt-kommens des gemeinsamen Kindes. Ein verpassen dieser Momente kann vor allem für die Mutter eine deutliche Belastung darstellen, da die damit verbunden fehlenden Erinnerungen, Verlustängste steigern und letztendlich auch Zeit mit dem Kind verloren geht. Aus diesen Gründen sollte sowohl aus medizinischer als auch

psychosozialer Sicht, primär immer eine natürliche Geburt angestrebt werden (vgl. Wolter 2017 S. 112ff).

Nicht immer ist es möglich sein Kind im Rahmen einer natürlichen Geburt zur Welt zu bringen. Indikationen, die dagegen sprechen umfassen neben medizinischen auch anlage- oder durch die Erkrankung des Kindes -bedingte geburtsmechanische Probleme. Auch starke physische, subjektive oder objektive Belastungen können einen Kaiserschnitt erfordern, wenn die Kraftressourcen der Mutter erschöpft sind (vgl. Garten, von der Hude 2019, S. 45f).

Letztendlich ist nur entscheidend welche Art von Geburtsweg für die Familie in ihrer individuellen Situation als für sie passend erscheint. Die wichtigsten Aspekte hierbei sind, Sie in ihrer Situation so gut als möglich zu unterstützen und die Risiken von Komplikationen so gering wie möglich zu halten (vgl. Wolter 2017, S. 113).

4.2 Vorbereitung auf die Geburt

Wenn das Kind bereits intrauterin verstorben ist, ist nur in seltenen Fällen ein dringender Handlungsbedarf gegeben. Da in der Regel vom Kind keine Gefahr für die Mutter besteht, kann das natürliche Einsetzen der Wehen, und somit des Geburtsvorgangs, abgewartet werden. Dieser Prozess kann Tage oder aber auch Wochen dauern, abhängig vom Fortschritt der Schwangerschaft. Darum sollten die Eltern auch wissen, dass sich ihr Kind in diesem Zeitraum auch intrauterin verändern kann (vgl. Garten, von der Hude 2019, S. 42f). Ihnen bleibt somit Zeit sich seelisch mit dem Verlust der Schwangerschaft auseinandersetzen, aber auch der mütterliche Organismus kann sich Schritt für Schritt auf die bevorstehende Geburt vorbereiten und die natürlichen Hormone bilden und freisetzen. Diese körperlichen Vorgänge können wiederum der Seele den Abschied erleichtern (vgl. Paschke 2020).

Da das Zuwarten auf das Einsetzen des natürlichen Geburtsvorgangs sehr belastend für die werdende Mutter sein kann, besteht auch die Möglichkeit diese medikamentös einzuleiten. Nicht immer kommt es gleich zur Geburt, unter Umständen können, von der Einleitung bis zur Geburt noch Tage vergehen oder weitere medikamentöse Versuche notwendig sein. Der Körper der Mutter ist möglicherweise noch nicht auf die Geburt, sondern auf das Beschützen des Kindes eingestellt, weshalb es auch hier Sinn macht nach der Diagnose etwas Zeit verstreichen zu lassen (vgl. Lothrop 2016, S. 76f).

Eine zügige Einleitung oder gar ein Kaiserschnitt, um das Kind auf die Welt zu bringen, ist nur dann medizinisch nötig, wenn aufgrund des Zuwartens, für die Mutter eine lebensbedrohliche Situation entstehen könnte, wie etwa die Entwicklung einer Gestose (=Schwangerschaftsvergiftung). Wichtig in allen Fällen ist die gewährleisteteste multiprofessionelle Begleitung der Eltern, sie dabei zu unterstützen den für sie passenden Zeitpunkt zu finden (vgl. Garten, von der Hude 2019, S. 45).

Auch bietet dieser Zeitraum bis zur Geburt die Möglichkeit, Erinnerungen zu schaffen. Den Eltern wird die Chance gegeben, Bilder und Videos aus der Schwangerschaft anzufertigen oder aber auch Kleidung und Decken speziell für ihr Kind zu besorgen. Dadurch wird das geliebte Kind, auch wenn es schon verstorben ist, klar als Familienmitglied definiert und hat für immer einen gesicherten Platz. Aus diesem Grund ist es auch wichtig, diesen Zeitabschnitt, trotz des traurigen Schicksals, als Familienzeit zu sehen. (vgl. Garten, von der Hude 2019, S. 40)

Schon bevor die Mutter für die Entbindung ins Krankenhaus aufgenommen wird sollte bedacht werden, dass es unter Umständen sehr belastend für sie sein kann auf einer Station versorgt zu werden, auf welcher andere Mütter mit ihren Neugeborenen untergebracht sind. Für manche ist es aber auch wichtig von anderen Eltern umgeben zu sein, um sich selbst wie normale Eltern zu fühlen (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 216). Auch ein Einzelzimmer ist nicht immer die gewünschte Lösung, da hier schnell das Gefühl des Alleine seins entstehen kann, was ebenso nicht förderlich für die Genesung und Trauerbewältigung ist. Eine normale Gynäkologische Station mit einem Platz in einem Zwei- oder vier Bett

Zimmer kann hier eine Alternative sein. Allgemein gilt, dass so gut wie möglich auf die Wünsche der Eltern eingegangen wird und sie auch mitentscheiden können, wie und wo sie untergebracht werden (vgl. Lothrop 2016, S. 85).

Die Besprechung des geplanten Geburtsablaufes, hat in der Geburtsvorbereitung einen hohen Stellenwert. Der Ablauf unterscheidet sich im Groben nicht von der Geburt eines lebenden Kindes. Einer der größten Unterschiede ist, dass im Rahmen der Stillen Geburt keine Mitarbeit (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 216), und dementsprechend auch keine Körperspannung durch das Kind gegeben ist. Dadurch ist es auch nicht in der Lage, sich wie physiologisch vorgesehen im Geburtskanal zu bewegen, was wiederum den Geburtsprozess beeinflusst (vgl. Wolter 2017, S. 120). Auch Wehenschmerzen welche durch das Fehlen der kindlichen Mitarbeit verstärkt sein können, müssen hier angesprochen werden. Zur Unterstützung können der Mutter hier analgetische Maßnahmen wie etwa eine Periduralanalgesie angeboten werden, um die Schmerzen zu lindern. Keinesfalls jedoch sollten diese routinemäßig durchgeführt werden, da manche Mütter durch den Geburtsschmerz ihren emotionalen Schmerz widerspiegeln, und letzterer dadurch ausgedrückt werden kann (vgl. Lothrop 2016, S. 78f). Alternativ können Hebammen non-pharmakologische Methoden wie etwa Atem- und Entspannungsübungen, Musik, Massagen oder auch aromatherapeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung anbieten. Auch eine ruhige und geborgene Umgebung kann schmerzlindernd sein (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 217). Die optimale Lösung wäre individuell nach den Bedürfnissen der Mutter zu handeln, jedoch zur Sicherheit Analgetika bereitzustellen (vgl. Lothrop 2016, S. 78f). Es ist wichtig das die Mutter weiß, dass sie ihr Kind direkt im Anschluss bekommt, es im Arm halten kann und die nun folgende Zeit ihr und ihrer Familie gehört.

Auch wenn der Ablauf der Geburt gut geplant ist, kann es immer wieder zu unvorhergesehenen Entwicklungen wie einem andauernden Geburtsstillstand oder einer zunehmenden Gefährdung der Mutter kommen, welche letztendlich einen Kaiserschnitt oder gar einen Notkaiserschnitt notwendig machen. Es ist wichtig, dass Eltern darüber aufgeklärt werden und im gegebenen Falle sollte dafür Sorge

getragen werden, dass Mutter und Kind als bald als möglich zusammengeführt werden.

Um die Geburtserfahrung so positiv als möglich zu gestalten, sollten die werdenden Eltern im Vorfeld, neben einer Besichtigung des Kreissaales auch die Möglichkeit erhalten ihre persönlichen Wünsche für die anstehende Geburt zu definieren. Auf diese Wünsche und Bedürfnisse sollte unbedingt eingegangen werden und die Eltern sollten darin unterstützt werden diese auch umzusetzen (vgl. Lothrop 2016, S. 77). Hierfür eignet sich die Erstellung eines Geburtsplans.

Nach der Geburt des Kindes startet die sogenannte „Schleusenzeit“. Diese definiert den Zeitraum vom Kennenlernen bis zum endgültigen Abschied. In dieser Zeit können weitere Begegnungen mit dem geliebten Kind stattfinden bei welchen auch weitere Personen das Kind kennenlernen können. Für die Trauerbewältigung ist dieser Zeitraum essentiell, da dadurch ein weiterer Bindungsaufbau für die Eltern sowie andere Familienmitglieder und Freunde geschehen kann. Somit wird auch die Integration des verstorbenen Kindes in das Familiensystem und persönliche Umfeld gefördert. Denn es ist jene Zeit des Verabschiedens. Ein wesentlicher Aspekt ist hier ebenfalls die professionelle Begleitung und Betreuung der Betroffenen durch ein multiprofessionelles Team. Im Idealfall durch das gleiche Team, welches schon seit der pränatalen Diagnose in dieser Rolle tätig war (vgl. von der Hude 2019, S. 132)

4.2.1 Geschwisterkinder

Der Verlust eines Kindes macht auch die Geschwisterkinder zu Betroffenen. Wenn das Baby intrauterin verstirbt waren diese die ganze Schwangerschaft über dabei. Haben sich schon gefreut, die große Schwester oder der große Bruder zu werden und es kennenzulernen. Doch plötzlich ist alles anders. Das sehnlichst erwartete Geschwisterchen kommt, aber kann nicht bleiben. „Warum?“ ist oft die erste Frage die gestellt wird. Auch der Name und wie es weitergeht sind essentielle Informationen für sie. Erhalten Kinder auf diese wichtigen Fragen keine Antworten

oder wird ihnen die Möglichkeit verwehrt, ihren Bruder oder ihre Schwester zu sehen, weil versucht wird sie von diesem schmerzhaften Geschehen abzuschirmen, hat dies in den meisten Fällen schwerwiegende Auswirkungen zur Folge (vgl. LKH Salzburg 2013, S. 20f). Letztendlich versucht das Kind mithilfe seiner Fantasie die Situation für sich selbst erklärbar zu machen, was zu schrecklichen Vorstellungen führen kann (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 160). Daraus können Schuldgefühle, Ängste, sowie körperliche und seelische Reaktionen, welche den weiteren Weg der Verarbeitung und Realisierung erschweren, entstehen. (vgl. LKH Salzburg 2013, S. 20f).

Je nach Alter des Kindes gehen diese mit Themen die den Tod, die Trauer oder aber auch das Abschiednehmen betreffen, unterschiedlich um. Auch wenn das Kind mit dem Thema Tod noch nicht sehr viel anfangen kann, nimmt es aber sehr wohl die Emotionen und Stimmungen der Eltern wahr. Da diese ohne Aufklärung und intensiver Zuwendung nicht nachvollziehbar sind, werden diese oft als auf sich selbst gerichtet wahrgenommen. Oftmals können von diesen auch kausale Zusammenhänge erstellt werden, welche Schuldgefühle und Ängste weiter stärken (vgl. LKH Salzburg 2013, S. 20f)

„Eine Woche bevor wir erfuhren, daß unser Kind nicht mehr lebt, sprang mein 3-jähriger Sohn auf meinem Schoß herum – ich habe ihn anscheinend ermahnt, daß ich das nicht mag, wegen dem Baby. Als ich nach der Klinik nach Hause kam, schien zunächst alles in Ordnung. Mein Sohn war sehr still, es dauerte Tage, bis er plötzlich damit herausrückte, dass er glaubte, „durchs Bauchspringen das Baby kaputt gemacht zu haben“. Ich war geschockt und gleichzeitig erleichtert, dass er mir das gesagt hat, damit ich es ihm erklären konnte.“ (Selbsthilfegruppentreffen, Mai 1998 zit. aus LKH Salzburg 2013, S. 20)

Dies zeigt wie wichtig es ist die Geschwisterkinder auch in dieser Situation unabhängig von deren Alter, aber deren Alter entsprechend gut einzubinden. Ein behüten stellt sich dementsprechend als kontraproduktiv heraus. Eine frühzeitige Einbindung ab Diagnosestellung kann einen Vorteil darstellen. Um die Geschwister

in dieser Zeit zu unterstützen benötigen sie eine intensive Zuwendung und viele Erklärungen, um auftretende Fragen zu beantworten, Ängste zu erkennen und Schuldgefühle zu beheben. Dazu eignet es sich auch, gemeinsam mit ihnen Trauerplätze zu gestalten, beziehungsweise sie in die Gestaltung von Erinnerungsmaterial, wie etwa Boxen, miteinzubeziehen und so gemeinsam Erinnerungen zu schaffen. Auch Zeichnen kann Kindern helfen ihren Gefühlen und Gedanken einen Raum zu geben (vgl. LKH Salzburg 2013, S. 20f).

Es benötigt eine klare und verständliche Erklärung damit Kinder in der Lage sind den Tod und dessen Endgültigkeit zu verstehen. Für diese muss sich ausreichend Zeit genommen werden. Auf Vergleiche wie „Dein Geschwisterchen ist auf einer Reise“ oder „das Baby schläft“ müssen tunlichst vermieden werden. Ebenfalls ist es wichtig dem Kind zu vermitteln, dass es keine Schuld am Versterben des Geschwisterchens trägt. Diese Ereignisse sind nicht endgültig und bedeuten eine Wiederkehr. Da der Tod jedoch endgültig ist kann so am Beispiel des Satzes „Das Baby schläft“ eine Assoziation entstehen, wodurch es zu ausgeprägten Ängsten vor dem Schlafen gehen kommen kann (vgl. LKH Salzburg 2013, S. 20f).

4.2.2 Familienmitglieder und andere wichtige Personen

Schon während der Schwangerschaft werden die werdenden Eltern von ihren Familienmitgliedern, Freunden und für sie wichtigen Personen begleitet und unterstützt, wodurch auch diese vom Verlust des Kindes betroffen sind und ebenfalls um dieses trauern. Aus diesem Grund sollen auch diese Personen - je nach Wunsch der Eltern - die Gelegenheit erhalten das Kind zu sehen und es kennenlernen zu dürfen. Zudem ermöglicht es ihnen auch zu verstehen um wen die Eltern trauern, und es erhält auch in diesem Umfeld seinen Platz (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 162). Letztendlich bietet sich somit die Möglichkeit, die Trauer, um das geliebte Kind zu teilen, sowie gemeinsame Familienerinnerungen zu schaffen (vgl. Fezer Schadt. Erhardt-Seidl 2018, S. 237). Weiters wird durch die Einbeziehung von für die Eltern wichtigen Personen ein Ausgangspunkt geschaffen,

welcher im späteren Verlauf die Kommunikation fördert. Somit entsteht für Eltern ein Umfeld von Personen, mit welchem sie über ihr geliebtes Kind sprechen können. Es entsteht nicht das Gefühl das Kind könne vergessen werden und niemand spricht darüber. Für viele Eltern ist es schwierig sich vorzustellen ihr verstorbenes Kind anderen zugänglich zu machen. Oftmals aus Angst vor deren Reaktion aber auch um diese nicht mit dem eigenen Verlust und der damit verbundenen Traurigkeit zu belasten sowie diese zu schützen. Um diese Ängste zu lindern ist es notwendig, dass die Eltern gut vom betreuenden Personal unterstützt und beraten werden, sowie mögliche Begegnungszonen mit dem Kind geschaffen werden können. So zeigt sich meist im Laufe der Zeit, dass immer mehr Personen von den Eltern willkommen geheißen werden. Daraus entsteht am Ende ein Personenkreis, welcher die Eltern auf ihrem weiteren Weg der Trauer begleitet und unterstützt (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 162).

Auch Eltern, welche ihr Kind still zu Welt bringen, haben dieselben Bedürfnisse und Gefühle wie alle anderen frischgebackenen Eltern, weshalb sie auch von ihrem Umfeld sowie vom betreuenden Personal als solche wahrgenommen werden müssen. Sie empfinden ebenso Liebe, Stolz und Freude für ihr gemeinsames Kind und möchten diese Gefühle auch mit ihrem Umfeld teilen. Um den Eltern dies zu zeigen sind meist nur Kleinigkeiten notwendig, wie etwa das Ansprechen des Kindes mit dessen Namen und dem zeigen von echtem Interesse (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 237). Ebenso freuen sich die Eltern, wenn andere Personen kleine Details widerspiegeln (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 111). Auch darf den Eltern zur Geburt ihres Kindes auf empathische und mitfühlende Weise gratuliert werden (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 237).

4.3 Bonding

Unter dem Begriff Bonding wird im Allgemeinen der Aufbau beziehungsweise die Förderung der Beziehung zwischen Eltern und Kind verstanden. Im besten Fall sollte das erste Bonding direkt im Anschluss an die Geburt erfolgen, sofern es der Mutter gut geht, und sollte nicht durch Routinemaßnahmen am Kind, wie Erfassen von Länge, Kopfumfang und Gewicht, unterbrochen werden. Die medizinische Versorgung der Mutter, wie etwa das Setzen einer Naht nach einem Dammriss sind natürlich nötig und wichtig, lassen sich aber meist neben dem Bonding durchführen. Eine Dauer von ein- bis zwei Stunden sollte hier als Richtwert gelten, jedoch an die Bedürfnisse der Eltern angepasst werden. Das Bonding ermöglicht, den Eltern ihr Kind das erste Mal zu sehen, es zu berühren und in der Familie willkommen zu heißen. Dabei entstehen schönen Erinnerungen. Weitere Vorteile des Bondings, welche auch wissenschaftlich belegt sind, sind eine Reduktion von Schmerzen, wodurch der Bedarf an Schmerzmittel postnatal sinkt, und eine Stressreduktion bei Kind und Mutter. Bonding umfasst dabei aber nicht nur das Kuscheln, sondern alle Handlungen, welche mit dem Kind stattfinden.

Doch das Bonding ist nicht nur für Eltern eines lebenden Kindes enorm wichtig, sondern auch für jene welche ihr Kind still zur Welt bringen mussten. Es ermöglicht ihnen eine unbeschreibliche Nähe zu ihrem Kind, welches sie nun mit all ihren Sinnen wahrnehmen und kennenlernen können. Am besten eignet sich hier die sogenannte Känguru-Methode, bei welcher das Kind Haut auf Haut auf der Brust der Eltern liegt. So entstehen auch hier wichtige und schöne Erinnerungen welche den späteren Weg der Trauer sowie die anschließende Heilung unterstützen. Aus diesen Gründen sollte das Bonding durch das betreuende Personal unterstützt und gefördert werden (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 221ff).

Sollte ein Bonding aufgrund medizinischer oder mütterlicher Indikationen im direkten Anschluss an die Geburt nicht möglich sein, empfiehlt es sich dieses so bald als möglich nachzuholen. Dies wird auch als Rebonding bezeichnet. Während die Mutter noch medizinisch versorgt wird, kann dem Vater ein Bonding mit dem

Kind ermöglicht werden. Sollte dies nicht gewünscht werden, kann dieser Zeitrahmen genutzt werden um die nötigen Routinemaßnahmen durchzuführen, damit ein späteres Rebonding nicht unterbrochen werden muss.

„Trauer und Abschied setzen eine Bindung voraus. Eine (werdende) Mutter kann dann um ihr Kind trauern, wenn das Kind vorher auch ihr Kind geworden ist,“
(Zernikow 2013 zit. aus Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 223)

Ein Fehlen dieser Bindung kann die Eltern auch Jahre später noch beschäftigen und eine enorme Belastung darstellen. Denn die Bindung zum Kind selbst ermöglicht es am Ende sich von diesem auf allen Ebenen - materiell, emotional und spirituell - zu verabschieden und ist zugleich auch Voraussetzung später wieder neue Beziehungen eingehen zu können. Darum ist es wichtig das Entstehen einer starken Verbindung zum Kind von Anfang an gut zu fördern (vgl. Lothrop 2016, S. 88).

4.4 Begegnung mit dem verstorbenen Kind

Nicht immer ist den werdenden Eltern bewusst, dass auch nach der Geburt und dem anschließenden Bonding weitere Möglichkeiten bestehen ihrem Sternkind zu begegnen. Sprich auf das Willkommen muss nicht augenblicklich der endgültige Abschied folgen. Solche Begegnungen sind im Regelfall jederzeit möglich und können so oft wiederholt werden, wie es die Eltern benötigen. Selbst wenn sich Eltern für eine ambulante Geburt entscheiden, ist in den meisten Fällen eine erneute Begegnung in passendem Ambiente, abseits der Pathologie, möglich. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel auf einzelne Begegnungszonen hingewiesen, und diese werden mit eigenen Gedanken und Ideen ergänzt. Die Begegnung von Geschwistern mit Ihren Sternengeschwisterchen wird ebenfalls behandelt.

4.4.1 Gynäkologische Station

Diese Art der Begegnung eignet sich besonders dann, wenn die Mutter postnatal noch auf der Station behandelt wird. So wird den Eltern frühzeitig die Möglichkeit geboten ihr Kind im privaten Raum kennenzulernen und zu betrachten auch dann, wenn die Mutter von der Geburt noch geschwächt ist, was wiederum eine Entlastung bedeutet da keine Zeit mit ihrem Kind verloren geht. Dabei kann das Kind vom betreuenden Pflegepersonal oder eigenen klinikinternen Transportdiensten gebracht und abgeholt werden, wenn die Eltern das Bedürfnis haben ihr Kind zu sehen. Zur Aufbewahrung des Leichnams kommen hier meist, eigens dafür vorgesehene Kühlräume zum Einsatz. Eine andere Möglichkeit ist das sogenannte Rooming-In, bei welchem auch das verstorbene Kind für längere Zeit ohne Unterbrechung bei den Eltern verbleiben kann. Dabei ist es essentiell das die Kühlung des Leichnams gewährleistet werden kann (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, 145ff).

Der CuddleCot (siehe Abbildung 1) ist ein speziell für diesen Zweck entwickeltes Medizinprodukt und besteht in der Regel aus zwei Bestandteilen. Einer Kühlmatte, welche der Größe des Kindes entspricht, und einem entsprechenden Aggregat in Handtaschengröße. Dieser CuddleCot ermöglicht es, das Kind ästhetisch in einer Wiege zu positionieren und die Kühlung des Körpers aufrechtzuerhalten (Stolpe n.a). Somit kann für die Eltern die Möglichkeit geschaffen werden, ihr Kind während des gesamten Krankenhausaufenthaltes bei sich zu haben. Sprich die Eltern können selbst entscheiden wie und wie lange sie, ihr Baby sehen und bewundern möchten. Wann sie kuscheln oder ihr Sternchen nochmals baden möchten, unabhängig vom diensthabenden Personal und selbstbestimmt. Dies kann die Beziehung zwischen Eltern, Geschwistern und weiteren Angehörigen stärken. Diese Art des Rooming-Ins zu ermöglichen, stellt einen sehr wertschätzenden Umgang des Pflegepersonals gegenüber den Eltern und ihrem Sternkind dar.



Abbildung 1: Cuddle Cot mit Wiege (Stolpe k.A.)



Abbildung 2: Kind liebevoll gebettet (Stolpe k.A.)

Für Eltern kann es eine schlimme Vorstellung und Belastung sein daran zu denken, dass Ihr Kind wie Ware aus dem Kühlschrank geholt wird, wenn sie es sehen wollen. Allgemein gesehen wäre die Schaffung eines Zimmers, in dem verstorbene Kinder mit einem CuddleCot oder ähnlichem gebettet werden (siehe Abbildung 2), dem Aufstellen einer Kühlzelle vorzuziehen, da auch diesen Kindern ein weiches Bettchen an einem liebevoll eingerichteten Platz zusteht. Momentan zeigt dies jedoch nur eine Zukunftsvorstellung.

Wichtig ist, dass bereits im Vorfeld mit der jeweiligen Station, welche die Mutter postnatal betreut, besprochen wird, wie dieser Weg der Begegnung gestaltet werden kann. Dadurch werden etwaige Bedenken von Seiten des betreuenden medizinischen und pflegerischen Personals eruiert und es wird gemeinsam eine Lösung gefunden (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 153).

4.4.2 Verabschiedungs- und Erinnerungsräume

Die Nutzung von Verabschiedungs- und Erinnerungsräumen (siehe Abbildung 3 und 4) ist für Eltern, welche sich für eine ambulante Geburt entscheiden eine gute Alternative abseits des direkten Weges zur Pathologie. Er bietet den Eltern ebenso einen ungestörten und geschützten privaten Rahmen, in welchem sie ihrem Kind jederzeit begegnen und weiter kennenlernen können. Dabei sollte dieser Raum von den Eltern ganz persönlich und individuell mitgestaltet werden können. Auch andere

Personen, welche sich verabschieden möchten, bekommen hier die Gelegenheit dazu (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 155).



Abbildung 3: Verabschiedungsraum als Raum des Gedenkens (Mrazek 2019)



Abbildung 4: Wiege mit Badeplatz (Mrazek 2019)

Eine weitere Möglichkeit wäre es den Eltern ein sogenanntes Familienzimmer – sofern diese vorhanden beziehungsweise die verfügbar sind – anzubieten, in welchem sie mit ihrem Kind Zeit verbringen können. Es ermöglicht ein gemeinsames Kuscheln und schafft auch eine entspannte Atmosphäre, welche die Eltern auch nach ihrem Belieben dekorieren und gestalten können (siehe Abbildung 5).



Abbildung 5: Familienzimmer (Mrazek 2019)

4.4.3 Erdengeschwisterchen trifft Sternengeschwisterchen

Häufig ist es schwierig für die Eltern, ihren anderen Kindern die Möglichkeit zu geben das verstorbene Geschwisterchen zu sehen. Aus Angst, der Anblick könnte eine Belastung darstellen. Für die Geschwister ist es jedoch essentiell diese Möglichkeit zu erhalten, unabhängig von deren Alter. Nur wenn sie Ihr Geschwisterchen kennenlernen dürfen, ist es ihnen möglich es auch als zugehöriges Familienmitglied zu sehen. Sie haben somit die Gewissheit, dass sie trotz allem großer Bruder oder große Schwester bleiben.

Für diesen Besuch empfiehlt es sich den Ablauf mit dem Kind durchzusprechen und eventuell eine zusätzliche Vertrauensperson hinzuzuziehen, welche die Eltern bei der Betreuung und Begleitung des Kindes unterstützen kann. Keinesfalls sollte jedoch ein Besuch ohne die Eltern stattfinden. Dadurch lassen sich Stress und eine zusätzliche Belastung der Eltern in dieser ohnehin schwierigen Situation vermeiden. Außerdem kann auf Anzeichen der Überforderung des Kindes frühzeitig reagiert und gegengesteuert werden. Wichtig ist, dass das Kind in seiner Erkundung nicht eingebremst wird, sondern nur begleitet.

Kinder haben in den meisten Fällen keine Angst vor dem Tod und zeigen ebenso einen natürlichen Umgang in dieser Situation. Neugierde statt Trauer. Sie sind interessiert an ihrem Geschwisterchen und begegnen diesem liebevoll, berühren es, geben ihm einen Kuss und wollen es auch auf den Arm nehmen. Durch die Neugierde und den kindlichem Entdeckungsgeist fallen so auch jene Details auf, welche sonst vielleicht übersehen worden wären. Dieser natürliche Umgang kann die angespannte Situation auch etwas lockern. Fragen der Kinder sollten dabei möglichst einfach, aber ausführlich und für das Kind verständlich erklärt werden, und ihnen auch einmal eine Pause gegönnt werden, um das Erlebte zu verarbeiten (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 160f).

Durch dieses Kennenlernen entstehen oft sehr schöne Momente der Erinnerungen, welche dem verstorbenen Geschwisterchen später mit auf seinen Weg gegeben werden können (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 161). Ein Beispiel hier wäre

ein Bild, welches beide Geschwister zeigt, und die jeweils eine Hälfte bleibt beim jeweils anderen Kind. So trägt jeder immer etwas vom anderen bei sich.

4.5 Einbeziehung von Ritualen

Wenn wir über Rituale nach dem Tod eines Menschen sprechen, kommen uns meist jene aus dem religiösen Bereich in den Sinn. Doch Rituale haben nicht immer einen religiösen Hintergrund, sondern beinhalten auch sehr persönliche, individuell geschaffene Riten, welche für die Eltern ein Werkzeug des Erinnerns entstehen lassen. Vielmehr sind sie symbolhafte Handlungen, die einem festen Ablauf folgen und somit den Eltern helfen sich in schwierigen, komplexen und sehr belastenden Situationen zurecht zu finden und so eine Verarbeitung ermöglichen. Dabei bietet sich auch die Gelegenheit, diese Rituale mit Angehörigen, Freunden und nahestehenden Menschen gemeinsam zu begehen, wodurch auch die Trauer geteilt wird und so die Verarbeitung dieser positiv unterstützt wird.

Als nicht-religiöse Rituale können die Einrichtung von Gedenkecken und -plätzen, die Erstellung von Gedenkbüchern sowie die Schaffung eines Momentes, welcher nur für sie und ihr Kind reserviert ist, gesehen werden. So kann die Verbundenheit zum geliebten Kind gestärkt und bewusst wahrgenommen werden, auch wenn dieses physisch nicht mehr greifbar ist.

Doch auch religiöse Riten haben für viele betroffene Eltern eine wesentliche Bedeutung und sind ein unverzichtbares Bedürfnis. Sie unterscheiden sich je nach Religion, sowie auch darin zu welchem Zeitpunkt das Kind verstorben ist. So zum Beispiel kann im Christentum und im Judentum jedes Kind einen Segen erhalten. Im islamischen Glauben wird jedoch vorausgesetzt, dass das Kind mindestens 120 Tage intrauterin gelebt hat, damit es den Totensegen erhalten kann. Ein weiteres Eingehen auf alle Religionen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen weshalb, nur auf einzelne Möglichkeiten im Christentum eingegangen wird.

Um in die christliche Gemeinschaft aufgenommen zu werden erfordert es den Empfang des kirchlichen Sakraments der Taufe, welches nur einmal empfangen werden kann. Dieser kann jedoch nach theologischem Recht nur von Lebenden empfangen werden – weshalb es für zeitkritische Fälle auch die sogenannte Nottaufe gibt, welche von jedem Menschen guten Glaubens gespendet werden kann. Für Kinder welche still zur Welt kommen gibt es als Ersatz die Möglichkeit eine Segnung, in welcher auch eine sogenannte Namensgebungsfeier eingebunden werden kann. Diese kann ebenso in einem liturgischen Rahmen stattfinden, in welchem dem Kind liebevolle Wünsche und Gedanken mitgegeben werden können. Es erfolgt jedoch kein offizieller kirchlicher Eintritt in die Glaubensgemeinschaft. Vielmehr stellt die Segnung nur eine religiöse Handlung dar, welche das Kind auf seinem Weg begleiten soll. Der Segen kann jederzeit erneuert und wiederholt werden. Neben der Taufe und der Segnung sind auch die Totenwache sowie die Salbung wichtige christliche Rituale.

Es kommt immer wieder vor, dass sich Eltern deren Kind still zur Welt gekommen ist, statt einer Segnung eine Taufe wünschen. Doch wie bereits erwähnt ist dies laut Kirchenrecht nicht vorgesehen. Die Entscheidung ob diesem Wunsch nachgekommen wird, obliegt am Ende dem Pfarrer und so kommt es immer wieder vor, dass auch bereits verstorbene Kinder mit dem Sakrament der Taufe in die Gemeinschaft aufgenommen werden. Dies kann für die Eltern und ihren weiteren Weg sehr wertvoll sein. Es stellt sich die Frage, ob am Ende nicht die jeweiligen Bedürfnisse der Eltern einen höheren Stellenwert haben sollten, als kirchliche Ablaufprotokolle.

Allgemein gilt beim Umgang mit religiösen Ritualen, dass so gut wie möglich ein Raum zur Durchführung geschaffen und individuell für jede Situation eruiert wird, welche Riten für die betroffenen Familien essentiell sind. Am Ende sorgen diese Riten bei den Eltern für ein Gefühl von Sicherheit. Das eigene Kind in einer Gemeinschaft zu wissen, welche es auf der nun folgenden Reise beschützt und ihm am Ende einen Platz in deren Mitte schenkt (vgl. Wolter 2017, S. 166ff).

4.6 Versorgung des Kindes

Sich um das eigene Kind zu kümmern, es zu nähren, es zu kleiden sowie die Durchführung der Körperpflege sind fundamentale Aufgaben des Elternseins und ebenso auch ein Grundbedürfnis dieser. Auch wenn das Kind verstorben ist ändert sich nichts daran. Aus diesem Grund sollten die Eltern die Möglichkeit erhalten, die Körperpflege und das Ankleiden des Kindes selbstständig durchzuführen beziehungsweise dabei Unterstützung erhalten. Somit bekommen die Eltern die Chance aktiv etwas für das geliebte Kind zu tun, die Bindung zueinander wird gestärkt und wertvolle Erinnerungen können entstehen. Ebenso bereits abgepumpte Muttermilch kann so noch dem eigenen Kind zugutekommen, indem sie als Badezusatz verwendet wird. Wenn sich die Eltern für das Baden des Kindes entscheiden sollte bereits im Vorfeld mit ihnen besprochen werden, dass sich das Aussehen des Kindes aufgrund von zu warmem Wasser schneller verändern kann, weshalb eher ein lauwarmes Bad gemacht werden sollte. Dieser Temperaturunterschied, zu den gewohnten 37-38°C, vergegenwärtigt den Eltern nochmals den schmerzlichen und endgültigen Tod des Kindes und macht ihn gleichzeitig fühlbar. Nach dem Bad kann der Körper des Kindes eingecremed oder eingeeölt werden. Das wiederum ermöglicht es das Kind ganzheitlich zu fühlen und zu betrachten und erlaubt auch die Entdeckung einzigartiger Details (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 111). Auch das Kleiden des Kindes ist ein wesentlicher Bestandteil. Deshalb sollten die Eltern ermutigt werden eigene Kleidung zu besorgen, welche das Kind anschließend trägt. Durch diese Individualität in der Versorgung wird es den Eltern ermöglicht, einen ganz eigenen Umgang mit dem Tod ihres Kindes zu finden (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 159).

Grundlegend kann, darf und soll auch das verstorbene Kind wie ein lebendgeborenes von den Eltern gepflegt und umsorgt werden. Die Eltern sollten ermutigt werden mit ihrem Kind zu sprechen, ihm etwas zu erzählen und die gemeinsame Zeit - auch wenn diese begrenzt ist - zu genießen und aktiv zu erleben. Dies bestärkt das Gefühl des Elternseins und gibt ihnen so das Gefühl etwas für das Kind tun zu können, was wiederum den beginnenden Trauerprozess fördert und

die Bewältigung dieses Verlustes durch die gemeinsam verbrachte Zeit als Familie unterstützt. Grundsätzlich sollte die Versorgung von verstorbenen Kindern durch das betreuende Personal mit der gleichen Wertschätzung geschehen wie bei lebendgeborenen.

Die optimale Position des Kindes wäre in Rückenlage mit achsengerechter Kopfhaltung, um Veränderungen durch asymmetrische Ödembildungen zu vermeiden. Weiters ist darauf zu achten, dass es luftdurchlässig gekleidet ist, um Pilzbesiedelungen des Leichnams zu verhindern. So kann die natürliche Veränderung des Leichnams hinausgezögert werden (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 112).

4.7 Abschied

Der Abschied beschreibt in diesem Kapitel jenen Moment in welchem die Eltern bereit sind, ihr Sternenkind loszulassen und den nun folgenden Weg weiterzugehen. Bei einer Begegnung haben sie die Möglichkeit ihre familiäre Zusammengehörigkeit zu stärken, sich kennenzulernen und einmalige und unwiederbringliche Momente zu erleben und Erinnerungen daran festzuhalten, das macht Familie aus. Ebenso wird der Verlust ihres Kindes immer begreiflicher, wodurch schon zu diesem Zeitpunkt ganz persönliche und individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Diese tragen mit Unterstützung durch das betreuende Team, wiederum dazu bei, die Trauer auch heilsam zu erleben und am Ende gestärkt aus dieser tragischen Situation hervorzugehen (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018 S. 266f).

Wesentlich ist es, dass jener Zeitpunkt in welchem die Eltern bereit sind ihr Sternenkind loszulassen und weiterzugehen, ganz alleine von diesen abhängt. Dementsprechend auch ganz individuell ist, und vom Personal nicht geplant werden kann. Die Eltern dürfen auf keinen Fall zu diesem Schritt gedrängt werden. Meist fühlen es die Eltern wann für sie der richtige Zeitpunkt gekommen ist, an dem das

Kind losgelassen werden kann. In jenem Moment sollen die Eltern weiter unterstützt und die nächsten Schritte besprochen werden. Es kann den Eltern ebenso angeboten werden, gemeinsam mit dem betreuenden Team, den Leichnam ihres Kindes auf dem Weg in die Pathologie zu begleiten. Voraussetzung hierfür ist, dass Eltern bereits im Vorhinein erfahren wie es dort aussieht und was sie erwartet (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 155; 164f). Für den Fall, dass die Eltern ihr Kind doch noch einmal sehen wollen, sollten ihnen die Kontaktdaten der Pathologie ausgehändigt werden, damit diese wissen wie sie zu ihrem Kind gelangen.

Daraus wird ersichtlich wie wegweisend es ist, dass auch Eltern, welche ihr Kind still zur Welt bringen, die Gelegenheit erhalten ihr Kind kennenzulernen und gemeinsame Zeit als Familie zu erhalten. In dieser Zeit sollten sich die Eltern wie Eltern fühlen dürfen und dementsprechend behandelt werden.

Der Moment des Loslassens, in welchem der Leichnam des Kindes in die Pathologie überstellt wird, ist auch meist jener Zeitpunkt, an dem die nun verwaisten Eltern aus der geschützten Atmosphäre des Krankenhauses entlassen werden. Sie kehren in die Umgebung zurück, welche sie für ihr Kind und die gemeinsame Zeit gestaltet haben und worauf sie sich so gefreut haben – doch jetzt ist kein Kind im physischen Sinne mehr da. Der Maxi-Cosy im Auto und das gekaufte Bettchen zuhause bleiben leer! Selbst der nie gehörte erste Schrei fehlt plötzlich! Alles ist anders als vorgestellt. Dies kann eine große Belastung für die Eltern sein.

*Es gibt Momente im Leben, da steht die Welt für einen Augenblick still, und wenn
sie sich dann weiterdreht, ist nichts mehr wie es war*

-unbekannt

Das folgende Kapitel behandelt diese möglichen Belastungen und Unterstützungsmöglichkeiten sowie auch der der Bestattung des Kindes.

4.8 Was kommt danach

Das nach Hause kommen kann für die früh verwaisten Eltern eine große Herausforderung sowie Belastung darstellen. Ist es doch jener Moment in welchem sie von der Realität eingeholt werden und unmissverständlich klar ist, dass ihr Kind verstorben ist. Um dem etwas vorzubeugen wäre es empfehlenswert, wenn bereits während dem Klinikaufenthalt mit den Eltern, im Gespräch mit einer Vertrauensperson, dieses Szenario angesprochen werden würde. So würden sie die Möglichkeit erhalten, sich im klinischen Setting in einer geschützten Atmosphäre mit dieser kommenden schmerzlichen Erfahrung auseinanderzusetzen und möglicherweise schon erste Ideen entwickeln, um diesen Weg zu gehen (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 171). Folgende Fragen können dazu in diesem Gespräch in den Raum geworfen werden. Möchten die Eltern allein sein oder würde es ihnen helfen, wenn in diesem Moment noch andere ihnen wichtige Personen anwesend sind? Einbindung der lebenden Kinder als Unterstützung? Möchten die Eltern einen Gegenstand ihres Sternenkinds beim nach Hause kommen bei sich tragen, um nicht mit leeren Händen zu erscheinen? (vgl. Wolter 2017, S. 162). Der Umgang bleibt letztendlich sehr individuell – manche möchten, das Zuhause alles so belassen wird wie es ist, andere wiederum bitten Freunde jene Dinge welche an das Kind erinnern zu verstauen und wiederum andere verbringen die ersten Tage nach der Entlassung bei Freunden oder der Familie. Wichtig ist am Ende nur, dass die Eltern auf ihrem Weg jene Unterstützung bekommen, die sie benötigen (vgl. von der Hude, Glückselig 2019, S. 171).

4.8.1 Der Weg zur Bestattung

Allgemein kann in Österreich jedes Kind bestattet werden. Unterschiede gibt es in den einzelnen Bundesländern nur darin, ob die Bestattung von stillgeborenen Kindern verpflichtend oder freiwillig ist. Eine Bestattungspflicht besteht derzeit in Wien, Niederösterreich, Salzburg, Vorarlberg und der Steiermark. Wird die Beerdigung nicht von den Eltern organisiert so gilt in Österreich, dass sich jenes Krankenhaus, in welchem das Kind still zur Welt gekommen ist, um die Beisetzung kümmert. Dafür stehen sogenannte Sammelgräber zur Verfügung (vgl. Huber, Gobara 2019, S. 9ff). Diese, geben auch diesen Eltern einen Platz der Trauer, an welchem sie ihr Kind besuchen können. Denn nichts ist schlimmer als ein Kind zu verlieren und am Ende auch nicht zu wissen wo es sich nun befindet. Zusätzlich werden von den Krankenhäusern Erinnerungsfeiern und Gedenkgottesdienste ein- bis zweimal im Jahr angeboten

Der Weg zur Beerdigung ist für die verwaisten Eltern ein essentieller – ist es doch der letzte gemeinsame Weg mit ihrem Kind auf welchem sie es auch begleiten können. Aus diesem Grund ist es wichtig, diesen gemeinsam mit den Eltern zu planen. Erstgespräche mit dem Bestattungsunternehmen können bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes aber auch erst nach der Entlassung stattfinden. Im Regelfall besteht keine Eile und der Leichnam des Kindes kann für einen längeren Zeitraum auf der Pathologie aufbewahrt werden. Die Vorbereitung der Beisetzung kann für die Eltern einen wesentlichen Schritt für die Trauerbewältigung darstellen. Einerseits wird ihnen nochmals der Tod des geliebten Kindes vor Augen geführt und andererseits gibt es ihnen auch die Chance aktiv mitzuwirken. Durch die Auswahl des Sarges und der Gestaltung desselben, können alle Familienmitglieder noch aktiv etwas für das verstorbene Kind tun. Ebenso bietet die gemeinsame Einbettung den Eltern und anderen wichtigen Personen aus deren Umfeld die Möglichkeit einer letzten Begegnung. Dabei können dem Kind noch ganz persönliche Dinge mit auf die Reise gegeben werden. Dies können Stofftiere, Bilder, eine Flasche mit Muttermilch und viele andere ganz individuelle Dinge sein, aber auch Gedanken und Wünsche. Letztendlich ist die Bestattung der letzte Akt mit

ihrem geliebten Kind, in welchem sie es endgültig physisch abgeben. Doch gleichzeitig ist das Grab auch jener Ort, an dem sie ihrem geliebten Kind nahe sein können (vgl. Gscheidel 2019, S. 186ff).

Wesentlich ist auch, dass die Begleitung der Eltern nicht mit der Beerdigung der sterblichen Überreste endet, sondern eine weitere Unterstützung angeboten wird. Am besten durch das schon bekannte Team, welches die Eltern auf ihrem bisherigen Weg begleitet hat. Dies kann durch telefonische Rückfragen, aber auch durch persönliche Treffen geschehen.

4.8.2 Verstehen der unterschiedlichen Trauer

Wenn nach dem nach Hause kommen nicht die Freude über das neue Leben als Familie, sondern Leid und Trauer über den Verlust des gemeinsamen Kindes Einzug nimmt, stellt dies auch langjährige Beziehungen auf die Probe. Einerseits besteht die Möglichkeit, dass durch dieses tragische Schicksal die Paarbeziehung gestärkt wird und man sich gegenseitig in dieser Situation stützen und besonders nah sein kann, andererseits sind die Umgangsformen mit der Trauer sehr individuell und können auch das Gegenteil bewirken. Gerade für Väter ist die Situation nach dem Verlust schwierig, da sie im Gegensatz zur Mutter nur wenig Zeit haben um sich in der Situation zurechtzufinden. Dies liegt daran, dass Mütter von Totgeburten rechtlichen Anspruch auf Mutterschutz haben, es aber keine rechtliche Grundlage für die Väter gibt. Dies bedeutet sie müssen relativ rasch wieder in den gewohnten Alltag zurück. Arbeiten und Funktionieren stellen meist das oberste Ziel dar, um sich etwas von der Trauer abzulenken. Väter entwickeln so eigene individuelle Trauerstrategien, welche von ihren Partnerinnen und auch dem Umfeld oft falsch gedeutet werden – was zu einer erhöhten Belastung führen kann. Zudem ist es aufgrund dieser unterschiedlichen Trauerbewältigungsstrategien und dem fehlenden Wissen darüber, selten möglich sich gegenseitig Trost zu spenden, wodurch die Belastung der Beziehung weiter steigt. Um die Partnerschaft positiv zu fördern empfiehlt es sich bereits im Vorfeld, im Rahmen eines multiprofessionellen

Gesprächs mitzuteilen, dass die jeweiligen Wege der Trauer und deren Bewältigung sehr individuell sind. Dies kann zu vermehrtem gegenseitigem Verständnis führen. Weiteres wird die Gelegenheit eröffnet, dass auch später eine offene Kommunikation zwischen den Partnern stattfinden und auch offen über die jeweiligen Bedürfnisse gesprochen werden kann. Sehr oft ist es, das nicht verstehen der Trauer des Partners, welche letztendlich zum Scheitern der Beziehung führt (von der Hude, Glückselig 2019, S. 171f).

4.9 Abstillen, ein Teil des Trauerprozesses

Auch wenn das Kind schon verstorben ist, hat sich der mütterliche Körper auf dessen Ankunft vorbereitet und dementsprechend begonnen, Muttermilch für die Ernährung bereitzustellen. Diese Milchbildung kann schon recht früh beginnen, ist aber definitiv mit Abschluss der 20. Schwangerschaftswoche voll im Gange. Aus diesem Grund werden Eltern oft schon vor der Geburt Medikamente empfohlen, welche den Milcheinschuss Großteils verhindern sollen. Dies sind meist Laktationshemmer, welche die Bildung des für die Milchbildung nötigen Hormons Prolaktin hemmen. Ebenfalls eingesetzt werden Dopaminantagonisten (Dostinex), welche ebenso die Milchbildung unterbrechen. Diese bringen auch nicht selten Nebenwirkungen mit sich, welche mitunter viel belastender sein können als die eines natürlichen Abstillens (vgl. Lothrop 2016, S. 84).

Die Frage die man sich stellen muss ist, ob diese Art des Umgangs mit diesem Thema immer der richtige Weg ist. Den so wie der Uterus sich postnatal langsam zurückbildet, reduziert sich auch die Milchmenge auf natürlichem Weg bis sie schlussendlich versiegt. Dieser Vorgang kann auch gut durch das betreuende Personal unterstützt werden.

Durch die Forcierung des natürlichen Abstillens werden nicht nur Nebenwirkungen medikamentöser Therapien vermieden, sondern auch der natürliche Umgang des Körpers mit dieser Situation ermöglicht. Außer Frage steht das ein Milcheinschuss,

welcher üblicherweise drei Tage nach Geburt auftritt, eine erneute direkte Konfrontation mit dem Verlust darstellt. Der Mutter wird erneut schmerzlich vergegenwärtigt wie sehr sich der Körper auf das Kind vorbereitet hat. Die Tatsache, dass Milch produziert wird, welche nicht mehr benötigt wird, lässt diese ebenso schnell wert- und bedeutungslos erscheinen. Gleichzeitig kann das natürliche Abstillen aber auch eine Chance sein, sich mit der Situation auseinanderzusetzen und den Trauerprozess positiv unterstützen. Oft reicht dazu schon eine Änderung des Blickwinkels. Der produzierten Muttermilch kann ein Wert beigemessen werden, indem sie in Form eines Schmuckstücks als Erinnerung an das Kind und die erlebte Schwangerschaft fungiert. Auch muss die während des Abstillprozesses entstandene Milch nicht verworfen werden, sondern kann in eigens dafür vorgesehenen Muttermilchbanken anderen Kindern gespendet werden und so deren Start ins Leben positiv beeinflussen (vgl. Wolter 2017, S. 129f). Dies wiederum bietet der Mutter einen alternativen Weg der Trauerbewältigung indem es der Milch eine Bedeutung zuteilwerden lässt.

5 Erinnerungen – „Wie aus Schmerzen Perlen werden können“

„Die Erinnerung ist das einzige Paradies, aus dem wir nicht vertrieben werden können.“

-Jean Paul

Erinnerungen können in physischer, psychischer oder symbolischer Natur geschaffen werden, doch sie sind genauso individuell wie der jeweilige Umgang mit dieser schwierigen Situation. So unterschiedlich die jeweiligen Erinnerungen auch sein mögen haben sie eines gemeinsam, sie unterstützen die Betroffenen in ihrer Trauerbewältigung. Gerade kurz nach dem Verlust erscheint der Gedanke daran, man müsse Erinnerungen schaffen surreal. Da aber nur begrenzt Zeit bleibt, stellt sie somit auch die einzige Zeit dar, Erinnerungen zu schaffen. Wie wichtig es ist neben gedanklichen auch handfeste Erinnerungen zu schaffen, zeigt sich in jenem Moment, wenn die Bilder und Eindrücke im Kopf verblassen oder gar fragwürdig werden. Das menschliche Gehirn ist in dieser Phase der Trauer nicht in der Lage, die gemachten Eindrücke vollständig festzuhalten. Vor allem die so wertvollen Details gehen dabei oft verloren. Dieser Prozess kann nach Tagen oder erst nach Jahren beginnen. Gerade dann ist es wertvoll neben diesen gedanklichen Andenken auch auf physische Erinnerungsstücke, wie zum Beispiel Bilder, zurückgreifen zu können. Damit gibt es auch Dinge, die die Existenz des Kindes bestätigen (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 279f).

5.1 Fotos

In solch emotional aufwühlenden Momenten besteht oftmals nicht der Gedanke daran Fotos anzufertigen. Doch genau diese sind für den weiteren Verlauf der Trauerbewältigung unersetzlich. Sie sind das einzige Medium, welches das Aussehen des Kindes bestätigen, wenn die gedanklichen Erinnerungen verblassen.

Zudem dienen sie auch dazu, andere Menschen am Verlust teilhaben lassen zu können, und fungieren als Eisbrecher um das Erlebte in Worte zu fassen (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 112). Manchmal kann so ein Bild vieles sein – ein Beweis für die Liebe zum Baby, eine Bestätigung, dass das Baby ein Teil der Familie ist oder aber auch ein letztes Andenken für die Hinterbliebenen (vgl. Gebel 2013, S. 4). Aus diesem Grund ist es sinnvoll die Eltern zum Fotografieren und Filmen zu ermutigen, ihnen dies aber auch abzunehmen, wenn sie nicht bereit dazu sind oder darum bitten (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 112). Am Ende zeigen die Bilder (siehe Abbildung 6-8) doch die Geschichte des Kindes sowie seine Rolle im Familiensystem (vgl. Gebel 2013, S. 4). Sollten sich Eltern noch nicht bereit fühlen die Bilder mitzunehmen ist es wichtig diese an einem sicheren Ort aufzubewahren. Oft kommt der Wunsch diese haben zu wollen erst nach Jahren (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 112).



Abbildung 6: Füße im Detail (Gebel 2013)

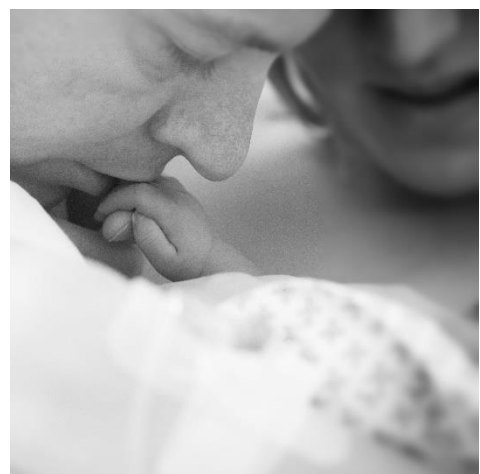


Abbildung 7: Bedingungslose Liebe (Gebel 2013)



Abbildung 8: Festhalten trotz allem (Gebel 2013)

5.1.1 Tipps zum Fotografieren

Jedes Bild ist wertvoll und aus diesem Grund gibt es auch keine falschen Bilder. Besonders wichtig ist es mit den Eltern zu besprechen in welchen Positionen, mit welchen Gegenständen oder mit welcher Bekleidung das Kind abgelichtet werden soll. Ebenfalls sollte die Möglichkeit geschaffen werden, das Kind gemeinsam mit der Familie zu fotografieren sofern Eltern sich dies wünschen. Manchmal wünschen sie sich auch ein Bild bei welchem das Kind von der betreuenden Pflegeperson oder Hebamme im Arm gehalten wird. Einer der besonderen Aspekte bildet das Festhalten von Details. So schön Fotos, die das ganze Kind zeigen sind, auch Nahaufnahmen der Zehen, Finger, Hautfalten und weiteren einzigartigen Besonderheiten sind essentiell, damit sich die Eltern auch noch Jahre später daran erinnern können. Sollten Fehlbildungen vorhanden sein, so sollten diese abgedeckt werden, um den Fokus nicht auf diese zu richten – es sollten jedoch separate Fotos einschließlich derer angefertigt werden, um Fantasien entgegenzuwirken. Idealerweise sollte die Aufnahme ohne künstliches Licht und bei Farbfotos auf einen farbigen Hintergrund erfolgen. Für Schwarz-Weiß-Bilder empfiehlt sich ein heller oder dunkler Hintergrund (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 112f).

5.1.2 Sternenkinderfotografen

"Jedes Leben besteht aus einer Kette von Reisen. Die Länge der Kette können wir allerdings nicht selbst bestimmen. Manche Kette hält wenige Wochen, eine andere ganze Monate und die nächste vielleicht viele Jahrzehnte. Dennoch kann auch eine kurze Kette viele Reisen bündeln. Wir möchten, dass Ihr Kind nicht nur im Gedächtnis bleibt, sondern auch in greifbaren Objekten auftaucht."

- Kai Gebel, Initiative „Dein Sternenkind“

Im Jahr 2013 rief Kai Gebel die Initiative „Dein Sternenkind“ ins Leben. Dabei handelt es sich um ein ehrenamtliches Engagement aus Koordinatoren und professionellen Fotografen, welche es sich zur Aufgabe gemacht haben Eltern,

deren Kinder unsere Welt zu früh wieder verlassen müssen, ein Geschenk in Form von professionellen Fotos ihres Sternkinde anzu fertigen. Die gemachten Fotos werden den Eltern im Anschluss kostenfrei in einem versiegelten Kuvert zugesandt, so bleibt die Entscheidung die Bilder zu sehen bei den Eltern, mit dem Wissen professionelle Fotos ihres Kindes zu besitzen. Auch wenn es schwer fällt in dieser Phase diese Möglichkeit vorzuschlagen, da es keinen richtigen Zeitpunkt gibt, ist eine Einwilligung unerlässlich und den Eltern muss bewusst sein, dass dies eine einmalige Chance ist. Die Möglichkeit zur ausführlichen Information über dieses Angebot könnte hier das Auflegen der Sternkindebroschüre auf den jeweiligen Stationen und des Kreissaales oder aber auch das Aushändigen eines Flyers bieten. Die Anforderung der Fotografen erfolgt unbürokratisch durch die Klinik oder die Eltern selbst (Gebel 2013).

„Wir fotografieren nicht den Tod, wir fotografieren sehnlichst erwartetes Leben“

-Birgit Walther-Lüers



Abbildung 9: Die gemeinsame Zeit nutzen (Gebel, 2013)

5.2 Hand- und Fußabdrücke

In der Regel werden bei allen Neugeborenen Fußabdrücke (siehe Abbildung 10) angefertigt, die den ersten Schritt im Leben symbolisieren sollen. Doch gerade bei Stillgeborenen Kindern sind sie besonders wichtig, denn sie zeigen, dass auch diese Kinder reale Spuren in unserer Welt hinterlassen. Zusätzlich können auch Abdrücke der Hände gemacht werden. Bei der Anfertigung können, beziehungsweise sollen, auch die Eltern miteinbezogen werden, um so aktiv zum Schaffen von Erinnerungen beizutragen (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 114). Eine weitere Möglichkeit stellt das Anfertigen von Gipsabdrücken dar.



Abbildung 10: Fußabdruck
(eigene Darstellung 2020)

Es sei jedoch angemerkt, dass sich in der Praxis die Anfertigung etwas schwierig und unhandlich darstellt, vor allem bei sehr kleinen Sternenkindern.

*„Auch wenn Du nur kurz diese Erde gestreift hast, hast du tiefe Spuren
hinterlassen“*

-unbekannt

5.3 Schmuck

Gerade wenn das lieb gewonnene Kind nicht bleiben kann, verspüren manche Eltern das Bedürfnis, einen Teil davon auch immer sichtbar und nahe bei sich tragen. Dies können Schmuckstücke mit symbolischem Hintergrund oder auch Objekte sein, welche organisches Material vom Kind enthalten (Wolter 2017, S. 237). Der Vorteil an Schmuck ist, dass dieser als gängiges Modeaccessoire getragen werden kann und dadurch nicht auffällig wirkt, aber für die Eltern ein Gefühl der Nähe schaffen kann.

5.3.1 Tattoos

So wie die Liebe zum früh gegangenen Kind unter die Haut gehen kann, tun es auch Tattoos. Sie symbolisieren die grenzenlose Nähe zu ihrem Kind, bringen aber auch den Nachteil mit sich, dass sie sich mit der Zeit und dem Alter verändern. Die Trauerverarbeitung kann aber auch negativ beeinflusst werden, durch die andauernde Konfrontation mit diesem Verlust. Deshalb sollte die Entscheidung dazu möglichst gut durchdacht werden. Ob Name, Geburtsdatum, Fußabdruck oder auch nur ein Symbol, welches an das Kind erinnert, bleibt die individuelle Entscheidung der Eltern (vgl. Wolter 2017, S. 237).

5.3.2 Blutschmuck

Auch Blutschmuck (siehe Abbildung 11 und 12) ist eine einzigartige und sehr persönliche Erinnerung an das Sternenkind. Dafür ist nur eine geringe Menge notwendig, welche im Rahmen des Abnabelungsprozesses aus der Nabelschnur gewonnen wird. Im Anschluss wird das Blut konserviert und in die Schmuckstücke wie etwa Ringe, Phiolen oder Kreuze eingesetzt. Auch hier trägt man dann einen Teil des Kindes bei sich.



Abbildung 11: Phiole mit Blutropfen (Lehnhoff 2020)



Abbildung 12: Kreuzphiole mit Blutropfen (Lehnhoff 2020)

5.3.3 Muttermilchschmuck

Diese Art von Schmuck wird aus Muttermilch hergestellt und schafft aus diesem Aspekt eine weitere Assoziation zum Kind, da sie ursprünglich ja für dieses produziert wurde. Daraus können sehr individuelle Schmuckstücke wie etwa Perlen oder Anhänger hergestellt werden, in welchen die Muttermilch für immer als Erinnerung erhalten bleibt (siehe Abbildungen 6-9). Die dafür benötigte Menge entsteht in der Regel während des Abstillprozesses und kann den Eltern im Anschluss in einer Flasche mitgegeben werden. Auf Wunsch der Eltern können auch Nabelschnurreste, Haarsträhnen oder Asche eingearbeitet werden (vgl. Henickl 2020). Hier sei aber darauf hinzuweisen, dass organisches Material für diesen Zweck nicht ohne Einwilligung der Eltern entnommen werden darf (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 114).



Abbildung 13: Ohrstecker aus Muttermilch (Henickl 2020)



Abbildung 14: Perle aus Muttermilch (Henickl 2020)



Abbildung 15: Armreif aus Muttermilch mit Gravur (Henickl 2020)



Abbildung 16: Kette mit Gravur und Fußabdruck (Alt 2020)

5.4 Erinnerungsbox

Die Erinnerungsbox bietet den Eltern die Möglichkeit physische Erinnerungstücke, aus der Zeit während der Schwangerschaft und rund um die Geburt, an einem Ort aufzubewahren. Sowohl jener Zeit der Schwangerschaft als auch jener während und nach der Geburt. Durch die individuelle Gestaltung der Box wird dem gesamten Familiensystem die Möglichkeit gegeben, sich mit dem Verlust auseinanderzusetzen und gemeinsam einen würdevollen Aufbewahrungsort für Erinnerungen an das geliebte Kind zu schaffen, wo jeder etwas Persönliches von sich hinterlassen kann. Es ist unwichtig, ob die Box jemals von den Eltern geöffnet oder wo sie aufbewahrt wird. Der wichtigste Aspekt für die Eltern ist hierbei zu wissen, dass es sie gibt und ihrem Kind dadurch eine Existenz verliehen wird (vgl. Fezer Schadt, Erhardt-Seidl 2018, S. 280).

Auch für Geschwister und Folgekinder ist diese Sammlung an Erinnerungen wertvoll. Ihr Sternengeschwisterchen wird greifbarer und ein realer Bezug kann geschaffen werden. Auftretende Fragen können durch die Eltern beantwortet werden (vgl. Wolter 2017, S 240).

In manchen Fällen kommt es vor, dass die Eltern die geschaffene Erinnerungsbox nach Entlassung aus der Klinik nicht mitnehmen wollen. Dann sollte diese Box der Erinnerung einen Platz zur Aufbewahrung in der Klinik erhalten, damit Eltern diese abholen können, wenn sie sich bereit dazu fühlen. Sie kann den Eltern so eine gewisse Sicherheit bieten darauf zurückgreifen zu können, wenn die gedanklichen Erinnerungen zu verblassen beginnen (vgl. Garten, Rösner 2019, S. 114).

Gerade bei Erinnerungsstücken aus der Zeit des Klinikaufenthalts ist es obligat, dass diese von den betreuenden Pflegepersonen und Hebammen gesammelt werden und einen Platz in der Box finden. Dazu zählen unter anderem die Namenskärtchen, Nabelklemme, Willkommenskarte sowie die erste Decke oder Stoffwindel, in welche das Kind gebündelt wurde.

5.5 Erinnerungs- und Tagebücher

Sie fungieren als Sammelort für schriftliche und bildliche Erinnerungen und bieten somit den Eltern die Möglichkeit, ihren Gedanken und Worten einen Platz zu geben. Dadurch lässt sich das Geschehene aufarbeiten und die Trauerbewältigung wird aktiv gefördert. Der Unterschied zwischen beiden liegt darin, dass die betroffenen Eltern bei einem Erinnerungsbuch empathisch mit Fragen geleitet werden und bei Tagebüchern freigeschrieben wird. Dadurch können Eltern aktiv etwas tun und ihr Sternenkind noch intensiver als Persönlichkeit wahrnehmen sowie das eigene Erleben und dessen Echtheit bestätigen (vgl. Wolter 2017, S. 240).

6 Schlusswort

In den letzten Jahrzehnten ist das Thema des Sterbens und der Trauer aufgrund der erfolgs- und leistungsorientierten Gesellschaft immer weiter in den Hintergrund gerückt, obwohl der Tod ein Teil des Lebens ist und dessen Abschluss bildet. Früher wurde Trauernden ein Platz in der Mitte der Gesellschaft gegeben, in welcher sie ihrer Trauer auch Ausdruck verleihen durften. Heutzutage wird dieses Thema lieber tabuisiert und stillgeschwiegen, als über den schmerzlichen Verlust zu sprechen, um sich Anderen nicht ausliefern zu müssen. Der Tod eines Kindes gilt als noch stärkeres Tabuthema und führt dazu, dass sich die Eltern oftmals mit ihren Gefühlen unverstanden oder alleingelassen fühlen.

Noch weniger wird in der Regel über Kinder gesprochen welche still zur Welt kommen, da dies jene Kinder sind, welche für die Gesellschaft die wenigsten Spuren auf der Welt hinterlassen haben. Daraus kann abgeleitet werden, dass Eltern wenig bis gar nicht in der Öffentlichkeit über ihr Kind sprechen. Die Gründe dafür liegen meist darin dass die Gesellschaft sowie Personen welche das Kind nicht kennenlernen durften mit Unverständnis reagieren.

Für diese Entwicklung sind aber auch Perinatalzentren, Gynäkologen, Pränatalmediziner, Hebammen und Pflegekräfte mitverantwortlich, da sie trotz ihrer Professionen diesen Kindern nach außen hin nicht die Bedeutung zu teil werden lassen, welche sie verdienen. Würde das betreuendes Personal offener und öffentlicher über still Geborene sprechen, wäre die Wahrscheinlichkeit höher, dass auch die Gesellschaft mit diesem wichtigen Thema umgehen kann und somit die betroffenen Eltern, auch als Eltern gesehen werden. Ein weiterer entscheidender Schritt für Toleranz wäre, auch Müttern von Fehlgeburten einen Mutterschutz zu gewähren und auch sie als Mutter zu definieren. Generell sollte der Blickwinkel geändert werden, mit welchem die Mutter und das Ungeborene gesehen werden. Denn genau genommen wird sie nicht erst mit der Geburt zur Mutter, sondern ist dies auch schon während der Schwangerschaft.

Die wertvollste Erinnerung, welche Familien mit auf den Weg gegeben werden kann ist jene Zeit, die sie mit ihrem Kind verbringen können. Erinnerungen verblassen, doch die gemeinsam verbrachte Zeit und die damit verbundenen Gefühle und Emotionen bleiben erhalten. Darum liegt es am Krankenhauspersonal im Bereich des Klinikalltags, Raum für diese Möglichkeiten zu schaffen. Diese kann in Form von Familienzimmern oder Einzelzimmern, mit der Möglichkeit das Kind bei sich zu behalten, geschaffen werden. Eltern von Stillgeborenen müssen dieselben Rechte haben wie Eltern von Lebendgeborenen. Pflegende dürfen nie vergessen, dass ihr Tätigkeitsfeld auch die Gesundheitsförderung und somit der Mensch beziehungsweise in diesem Fall die Familie und ihr Kind im Fokus stehen und nicht der finanzielle Aspekt oder Statistiken. Wenn sich das Pflegepersonal das zu Herzen nimmt, trägt es dazu bei, den Eltern die wertvollste Erinnerung zu schenken und sie als gesamte Familie im Trauerprozess zu unterstützen.

Diese Arbeit zeigt deutlich wie viel Einsatz es braucht, um Eltern auf ihrem Weg zu begleiten. Dies betrifft nicht nur Eltern von Stillgeborenen, sondern auch jene, welche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung ihres ungeborenen Kindes konfrontiert sind. Aufgrund der Komplexität und dem daraus resultierenden Zeitaufwand ist dies im Regelfall im normalen Stationsbetrieb nicht realisierbar. Aus diesem Grund empfiehlt sich die Gründung eines perinatalen Palliativteams, welches abteilungsübergreifend zusammenarbeitet und die Eltern auf ihrem Weg ab der Diagnosestellung begleitet. Dadurch kann eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden und für die Eltern sind fixe Ansprechpartner gegeben. Die größte Problematik und auch der größte Handlungsbedarf scheint im Bereich der Beratungen zu liegen, denn viel zu oft werden den Eltern von den behandelten Ärzten, nur die ihrer Meinung nach besten Entscheidungen nahegelegt, nicht aber alle möglichen Handlungsoptionen aufgeführt, wodurch den Eltern die Möglichkeit der Selbstbestimmung genommen wird. Sprich es ist nicht Aufgabe der behandelten Personen, die Entscheidung für die Eltern zu treffen oder sie auf das gewünschte Handeln zu drängen, sondern den Eltern alle Möglichkeiten zu erläutern. Nur dann kann eine Entscheidung getroffen werden, welche die Eltern anschließend auch tragen können. Im Idealfall sollte jedes Perinatalzentrum über ein solches Team

verfügen, welches die Eltern ganzheitlich betreut. Dadurch lassen sich vermutlich die Kosten sowie auch der Bedarf für psychotherapeutische Maßnahmen nach der Entlassung senken.

Zum Schluss soll noch gesagt werden, dass sich Perinatalzentren und Geburtskliniken nicht nur über die Geburtenzahlen und medizinischen Möglichkeiten, um das Leben eines Früh- und Neugeborenen zu retten definieren sollten, sondern auch darin wie mit Stillgeborenen umgegangen wird.

Denn letztendlich ist jedes Kind – egal ob lebend, gesund oder krank oder aber auch verstorben – einzigartig und liebenswert.



Abbildung 17: Daniel, 2. Lebenstag, Trisomie 18 (Eigene Darstellung 2020)

Literaturverzeichnis

- Alt D. (2020).** *Leafinity - Muttermilchschmuck*. Verfügbar unter: <https://www.leafinity.at/produkte/muttermilchschmuck/> [01.11.2020, 20:00 Uhr]
- Fezer Schadt K., Erhardt-Seidl C. (2018):** *Weitertragen: Wege nach pränataler Diagnose* (1 Auflage.). Salzburg, edition riedenburg.
- Frentzel-Beyme, B. (kein Datum).** *Die Geschichte der Ultraschalldiagnostik*. Verfügbar unter: <https://www.ultraschallmuseum.de/index.php?link=120> [15.05.2020, 12:15 Uhr]
- Garten L. (2019):** Grundlagen peri- und neonataler Palliativversorgung. In Garten, L., von der Hude K. (Hg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2 Auflage). SpringerVerlag, Berlin Heidelberg.
- Garten L., Rösner B (2019):** Begleitung in der Sterbephase. In Garten, L., von der Hude K. (Hg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2 Auflage). SpringerVerlag, Berlin Heidelberg.
- Garten L., von der Hude K. (2019):** Perinatale Palliativversorgung. In Garten, L., von der Hude K. (Hg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2 Auflage). SpringerVerlag, Berlin Heidelberg.
- Gebel K. (2013):** *Eltern-information – Dein-Sternenkind*, Seeheim-Jugendheim Verfügbar unter: <https://www.deinsternenkind.eu/FachPersonallInfo/index.php> [14.04.2020, 14:00 Uhr]
- Gscheidel U. (2019):** Begleitung durch den Bestatter. In Garten, L., von der Hude K. (Hg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2 Auflage). SpringerVerlag, Berlin Heidelberg.
- Henickl P. (2020):** *Partmetics - Muttermilchschmuck*. Verfügbar unter: <https://partmetics.at/schmuck-mit-muttermilch/> [20.07.2020, 16:25 Uhr]
- Huber K., Gobara S. (2019):** *Stille Geburt oder Tod des neugeborenen Kindes: Für Mütter und Väter, die vom Verlust betroffen sind* (1 Auflage). Bundeskanzleramt Österreich, Wien

- Lehnhoff M. (2020):** Perfect-Secret – Blutschmuck, Much. Verfügbar unter: <https://www.blutanhaenger.de/shop/atomic-glasphiolen-15/> [05.11.2020, 17:24]
- LKH Salzburg: Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2013):** Begleitbroschüre für trauernde Eltern. Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.m.b.H, Salzburg.
- Lothrop H. (2016):** *Gute Hoffnung, jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit* (3. Auflage.). München, Kösel-Verlag.
- Mrazek E. (2019).** *Fotos perinatal Zentrum Salzburg*. Salzburg, Österreich.
- Paschke S. (2020):** *Fehlgeburt und Totgeburt: Ein Kind früh verlieren*. Verfügbar unter: <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/fehlgeburt-totgeburt/ein-kind-frueh-verlieren/> [23.04.2020, 23:00 Uhr]
- Statistik Austria (2020):** *Lebend- und Totgeborene seit 1871*. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/index.html [10.08.2020, 02:35 Uhr]
- Stolpe K. (kein Datum):** *Cuddle Cot*. Verfügbar unter: www.cuddlecot.de [20.03.2020, 15:00 Uhr]
- von der Hude K. (2019):** Grundlagen der Trauerbegleitung. In Garten, L., von der Hude K. (Hg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2 Auflage). SpringerVerlag, Berlin Heidelberg.
- von der Hude K., Glückselig M. (2019):** Familienzentrierte Trauerbegleitung. In Garten, L., von der Hude K. (Hg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2 Auflage). SpringerVerlag, Berlin Heidelberg.
- Windesperger, K. (2020):** *Pränataldiagnostik*. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/untersuchungen/pranaetaldiaagnostik> [16.07.2020, 20:00 Uhr]
- Wolter H. (2017):** *Mein Sternenkind: Begleitbuch für Eltern und Fachpersonen nach Fehlgeburt, stiller Geburt oder Neugeborenenentod* (2 Auflage). Salzburg, edition riedenburg.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Cuddle Cot mit Wiege (Stolpe k.A)	31
Abbildung 2: Kind liebevoll gebettet (Stolpe k.A.)	31
Abbildung 3: Verabschiedungsraum als Raum des Gedenkens (Mrazek 2019)	32
Abbildung 4: Wiege mit Badeplatz (Mrazek 2019)	32
Abbildung 5: Familienzimmer (Mrazek 2019)	32
Abbildung 6: Füße im Detail (Gebel 2013)	45
Abbildung 7: Bedingungslose Liebe (Gebel 2013)	45
Abbildung 8: Festhalten trotz allem (Gebel 2013)	45
Abbildung 9: Die gemeinsame Zeit nutzen (Gebel 2013)	47
Abbildung 10: Fußabdruck (eigene Darstellung)	48
Abbildung 11: Phiole mit Blutropfen (Lohnhoff 2020)	49
Abbildung 12: Kreuzphiole mit Blutropfen (Lohnhoff 2020)	49
Abbildung 13: Ohrstecker aus Muttermilch (Henickl 2020)	50
Abbildung 14: Perle aus Muttermilch (Henickl 2020)	50
Abbildung 15: Armreif aus Muttermilch mit Gravur (Henickl 2020)	50
Abbildung 16: Kette mit Gravur und Fußabdruck (Alt 2020)	50
Abbildung 17: Daniel, 2. Lebenstag, Trisomie 18 (Eigene Darstellung)	55

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Draeger Daniel, an Eides statt, dass die vorliegende Arbeit selbstständig von mir verfasst wurde und sämtliche Quellen zitiert sind. Über die bestätigten Formalkriterien wurde ich sowohl schriftlich als auch mündlich informiert. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsinstanz als Prüfungsleistung eingereicht. Weiters erkläre ich mein Einverständnis, dass die gegenständliche Arbeit mit Zustimmung der Lehrgangsführung veröffentlicht werden darf.

Linz, Dezember 2020

Draeger Daniel