

DER INTRAUTERINE FRUCHTTOD

Dr. Herbert Heidegger

Es wird in dieser Zusammenstellung bewusst auf medizinische Detailinformationen verzichtet.

VORWORT

Wenn Geburt und Tod zusammenfallen, ist dies immer ein sehr trauriges Ereignis für alle Beteiligten. Es ist schwer zu akzeptieren, dass das Kind, das bis dahin im Körper der Frau herangewachsen ist, ganz plötzlich und oft ohne erkennbaren Grund aufgehört hat zu leben. Wegen des hohen medizinischen Standards konnte die Anzahl der Totgeborenen in den letzten Jahren drastisch gesenkt werden. Die pränatale Diagnostik und der hohe medizinische Standard wiegen die Eltern in Sicherheit, bis sie urplötzlich mit dieser traurigen Situation konfrontiert werden. Auf einen solchen Tod ist niemand vorbereitet.

Fehl- und Totgeburten sind tabuisierte Themen. Man spricht nicht gerne darüber und weicht der Konfrontation ständig aus. Eine Erklärung für die Tabuisierung von Totgeburten liegt darin, dass die Gesellschaft gewohnt ist, Misserfolge schnell zu vergessen. Wünsche müssen Wirklichkeit werden, auch der Wunsch nach dem Kind. Ein Kind, das mühsam erkämpft wurde, darf einfach nicht sterben. Fehl- und Totgeburten dürfen keinen Raum im Wunschdenken um ein Kind einnehmen, obwohl sie relativ häufig auftreten. Für die Trauerarbeit bleibt hier kein Platz mehr, doch auch der Verlust eines Kindes während der Schwangerschaft muss genauso betrauert werden, wie der Verlust eines geborenen, lebenden Menschen. Dass ein Kind, noch bevor es geboren wird, stirbt, ist unvorstellbar und vor allem unvereinbar mit Vorstellungen, die wir von Leben und Tod haben.

DEFINITION

Als intrauterinen Fruchttod (IUFT) bezeichnet man den Tod eines Feten in der 2. Schwangerschaftshälfte, nach dem 180. Tag, aber vor Geburtsbeginn. Dies sind Kinder, die potenziell lebensfähig gewesen wären. Oft werden Feten, deren Tod zwischen dem 140. und 180. Tag eingetreten ist, als Intrauteriner Fruchttod bezeichnet, weil es manchmal schwierig ist den genauen Todeszeitpunkt zu bestimmen

Der Intrauterine Fruchttod ist meistens eine Folge eines chronischen fetalen Distress, der fast immer in Verbindung mit einer mütterlichen Erkrankung, Pathologie der Plazenta oder Nabelschnurkomplikation auftritt. Der intrapartuale

Tod eines Kindes hingegen ist üblicherweise eine Folge eines akuten fetalen Distress.

Eine modernere Nomenklatur definiert als „späten fetalen Tod“, den Tod eines Feten vor Geburtsbeginn, der bei der Geburt mindestens 1.000 g wiegt. Als „frühzeitigen fetalen Tod“ wird der Tod eines Feten vor Geburtsbeginn mit einem Gewicht zwischen 400 und 999 g bezeichnet. Daraus folgt, dass man Feten mit einem Geburtsgewicht unter 350 g als Aborte definiert.

Die WHO bezeichnet als fetalen Tod den Tod jener Feten, die ein höheres Gewicht als 500 g aufweisen, was einer 22. Schwangerschaftswoche oder einer totalen Länge von 25 cm entspricht.

HÄUFIGKEIT

In der Literatur wird eine Häufigkeit von 1% angegeben.

URSACHEN

Die Ursachen für den Intrauterinen Fruchttod sind sehr vielfältig. Alle krankhaften Ereignisse, die in der Pathologie der Geburtshilfe beschrieben werden, können Ursache für den fetalen Tod sein.

Mit einem prozentuellen Anteil von über 80% ist die fetale Hypoxie infolge einer Plazentainsuffizienz (akut oder chronisch), die häufigste Ursache für den Intrauterinen Fruchttod. Oft aber treffen auch mehrere Ursachen zusammen, zum Beispiel Diabetes mellitus und Fehlbildungen.

In einer gewissen Anzahl von Fällen tritt der Tod ohne ersichtlichen Grund ein, ohne dass es möglich ist die genaue Todesursache zu erfassen, sie werden als idiopathisch bezeichnet. (10% - 40% je nach Autor)

GEBURT

Auch wenn 90% der toten Kinder innerhalb der nächsten vierzehn Tage spontan geboren würden, ist es heute üblich, nach der Diagnose die Geburt bald einzuleiten. Oft ist dies auch der Wunsch der Frau, die Geburt schnell hinter sich zu bringen.

Man kann meistens mit der Geburtseinleitung auch ein paar Tage warten. Den Betroffenen sollte die Möglichkeit gegeben werden, den Tod des Kindes „zu realisieren“.

Im ersten Schock wollen die meisten Frauen ihr Kind so schnell wie möglich „los werden“, aber es sollte ihnen nahe gelegt werden, sich Zeit zu nehmen, damit sie sich an die traurige Nachricht gewöhnen können. Dies ist sehr hilfreich für den weiteren Trauerprozess. Eine normale Geburt sollte angestrebt werden, allerdings ist für viele Frauen die Vorstellung, ihr totes Kind selbst zur Welt bringen zu müssen, unerträglich. Behutsames Vorgehen und einfühlsamer Beistand sind nötig.

„Hier muss dazu eine Geburt geleistet werden, die Geburt des Toten.“ (Mehl, G.: ZEIT Nr. 3/1986, Seite 42). Ärzte und Hebammen müssen Geburtshilfe an Toten leisten.

Analgesie unter der Geburt

Es ist gängige Meinung, dass man Frauen, die ein totes Kind zur Welt bringen, das Erleben des Geburtsschmerzes ersparen soll. Es gibt einige Möglichkeiten der Schmerzlinderung, sehr beliebt ist die Periduralanästhesie. Oftmals werden auch Opiate verabreicht und eine Durchtrittsnarkose zur Schonung der Frau gegeben. Dies schont aber eher das Klinikpersonal vor der ersten Reaktion der Frau, als die Frau selbst.

Für manche Betroffene ist es aber wichtig, die Geburt bewusst mitzerleben und sie verzichten deshalb oft auf schmerzlindernde Mittel.

„ Wo Frauen sonst aufgrund des Schocks oft stumm bleiben, können sie bei der Geburt, gleichzeitig mit den körperlichen Schmerzen, ihre seelischen Schmerzen hinausschreien“.

Analgetika sollten entsprechend dem Wunsch der Gebärenden verabreicht werden, dies gilt auch für die Gabe von Sedativa. Tränen und Gefühlsausbrüche dürfen auf keinen Fall unterdrückt werden.

DIE AUFGABEN DES ARZTES UND DER HEBAMME BEI DER GEBURT EINES TOTEN KINDES

Die Aufgabe des Arztes und der Hebamme bei einer Totgeburt ist es, offen und ehrlich mit der Situation umzugehen. Die Frau oder das Paar sollen begleitet werden und sich nicht alleingelassen fühlen.

Die Aussicht, Mutter und Vater zu werden, eine Geburt zu erleben, ohne ein Kind zu haben, ist ein Schock. Manche Personen verschließen sich, andere wiederum reagieren mit starken Gefühlsausbrüchen. Die Eltern können meist nicht mehr klar denken, sie wirken wie versteinert. Der Trauernde fühlt sich wie selbst gestorben, und fragt sich ständig „Warum gerade ich?“

Wir sollen für die Betroffenen einfach da sein, ihnen Zeit lassen und sie auffordern, ihre Gefühle offen zu zeigen und auszusprechen.

Nach der endgültigen Mitteilung besteht kein Grund zur Eile. Die Hebamme oder der Arzt sollen der Frau anbieten, einen anderen Menschen zu verständigen und ihr signalisieren, dass sie in der Nähe bleiben. Das Klinikpersonal ist mit der eigenen Schockreaktion konfrontiert und auch dieses fühlt sich im ersten Moment hilflos. Es spricht nichts dagegen, Eltern spüren zu lassen, dass auch wir, Hebammen, Ärzte und Krankenpfleger, von ihrem Schicksal betroffen und berührt sind.

Es ist unsere Aufgabe, die Eltern zu unterstützen, ihre eigenen Antworten zu finden und Tränen zuzulassen.

Fragen der Trauernden sollen ehrlich beantwortet werden und eventuelle Phantasien aufgeklärt werden. Die Eltern sollen über die weiteren medizinischen Vorgangsweisen, Geburt, Krankenhausaufenthalt, Definitionen und rechtliche Vorschriften, Autopsie, Bestattungsmodalitäten, psychische Reaktionen und Trauergeschehen aufgeklärt und nach ihren Wünschen befragt werden.

Ein paar wichtige Grundsätze in der Betreuung von trauernden Eltern sind zu beachten:

Eltern sollen Kontrolle über Vorgänge und Entscheidungen haben. Das Personal soll Macht abgeben und flexibel bleiben, Informationen weiter geben, Kommunikations- und Wahlmöglichkeiten bieten sowie Angebote und Vorschläge machen. Die endgültigen Entscheidungen liegen – soweit möglich – bei den Eltern und die Kontrolle der Frau über ihren Körper bleibt bei ihr.

Es ist wichtig, die Eltern in ihren Wünschen und Vorstellungen zu unterstützen, und ihnen beratend zur Seite zu stehen, ohne sie zu etwas überreden oder ihnen die Entscheidung abnehmen zu wollen. Eltern brauchen Zeit mit sich und der Familie, um zu erwägen, zu entscheiden, zu trauern, zu sprechen und sich neu zu orientieren.

Eltern müssen mit Respekt und Würde behandelt werden. Der Verlust darf nicht durch unpassende Aussagen minimiert werden (zum Beispiel „...sie sind ja noch jung und können noch andere Kinder bekommen.“ oder „...sie haben ja schon Kinder...“). Das Kind soll als solches bezeichnet werden. Es ist weder als Leiche, noch als Leibesfrucht zu benennen, da diese Sprache emotionale Distanz zeigt.

Während der Geburt ist ein offener und direkter Kontakt von äußerster Wichtigkeit. Es gibt keinen Trost in dieser Situation. In einer solchen Situation ist es besser still zu sein und der Frau einfach nahe zu sein und ihr zuzuhören. Berührungen können sehr hilfreich sein, aber auch Raum zum Alleinsein ist notwendig.

DER UMGANG MIT DEM TOTEN KIND

Das Kind sehen und der erste Kontakt

Vor Jahren war man der Meinung, den Betroffenen eine unnötige Belastung zu ersparen, weshalb jede Annäherung an das Kind unterbunden wurde. Gespräche über das verstorbene Baby wurden ebenso vermieden, wie ein direkter Kontakt. So blieben die Eltern nach der Totgeburt zurück mit den plötzlich zerbrochenen Hoffnungen und Erwartungen an ein gemeinsames Leben mit dem Kind. In ersten Untersuchungen (1968-70) wurde der Kindsverlust als ein „NON-EVENT“ (Nicht - Ereignis) beschrieben, als schicksalhafter Verlust einer unkonkreten, namenlosen Person. Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass ein direkter Kontakt zum Kind, auch wenn es tot ist, sehr wichtig ist. In manchen Fällen ist sogar ein „Bonding“ zu erkennen.

Frühzeitig sollten die Betroffenen auf die Möglichkeit angesprochen werden, das Kind zu sehen, es eventuell im Arm zu halten – und dazu auch ermutigt werden. Arzt und Hebamme sind für Eltern Vorbild. Wenn sie dem Kind mit Respekt, Selbstverständlichkeit und ohne Scheu entgegen kommen, werden es auch die Eltern tun.

Manche Frauen berichten, dass sie trotz des toten Kindes zunächst ganz euphorisch gewesen seien, so als ob der Körper nur Schritt für Schritt auf die Ereignisse reagieren könne.

Zuerst kommt die Geburt und die Freude - die Trauer kommt erst später.

Eltern soll ein langsames Herantasten an ihr Kind ermöglicht werden. Die erste Berührung erfolgt meistens zögerlich, zuerst wird nur ein Finger, dann die ganze Hand und erst später das ganze Kind berührt (dieses Vorgehen entspricht dem Verhaltensmuster bei einer normalen Geburt). Den Eltern soll Zeit gelassen werden, mit dem Kind allein zu sein. Wenn die Eltern ihr Kind nicht sehen wollen, weil sie Angst haben, soll die Hebamme sie auf diese Angst ansprechen und fragen, ob sie ihnen das Kind beschreiben soll. Die Hebamme kann das Kind durch die Augen der Eltern beschreiben. Die Hebamme kann dann den Raum verlassen und die Eltern können nun Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen, denn die Neugierde ist meistens größer als die Angst.

Der Großteil der Trauernden empfindet diesen direkten Kontakt als sehr hilfreich. Frauen, die keine Gelegenheit zu einem Kontakt mit ihrem toten Kind haben, sind unter Umständen lange mit der Frage beschäftigt, wie ihr Kind ausgesehen habe. Das betrifft insbesondere Frauen, bei deren Kindern eine Fehlbildung festgestellt wurde. Bei einzelnen Patientinnen kommt es in diesem Zusammenhang zu ausufernden Phantasien über die „Abnormität“ des Kindes. Diese unkonkreten

Vorstellungen sind von Betroffenen meist schwer zu ertragen. Das medizinische Personal sieht das Kind mit dem klinischen Augen, Fehlbildungen werden sofort erkannt. Eltern sehen ihr Kind mit dem Herzen. Sie nehmen eine zarte Hand, ein kleines Füßchen, weiche Lippen, sowie Ähnlichkeiten, viel besser wahr. Über Fehlbildungen wird hinweggesehen.

Man bezeichnet dies als selektiv-positive Wahrnehmung, die zumeist stärker in Erinnerung bleibt. Je konkreter der Kontakt zum Kind ist, desto weniger bedrohlich sind die Phantasien über das Kind. Das Kind zu sehen, zu halten, womöglich es zu waschen oder anzuziehen, hilft den Trauernden eine noch engere Bindung zu ihrem Kind aufzubauen.

Erinnerungsstücke

Für die meisten Personen ist es schwer, sich an das zu erinnern, was im Schock passierte. Wenn Eltern ihr Kind unter Schock sehen, kann es sein, dass Erinnerungen nach einiger Zeit verblassen. Der Wunsch Erinnerungsstücke, wie vielleicht ein Foto zu haben, kommt oft erst viel später. Konkrete Erinnerungen an das Kind sind sehr wichtig, sie lassen das Kind nämlich wahr werden und machen es auch in der Zukunft greifbar. Man kann auch Fuß oder Handabdrucke oder das Identifikationsbändchen des Kindes aufbewahren.

Literaturverzeichnis:

- Arnott P.; *No Time to say goodbye* Erste Auflage, Australien, Abbatorss Books, (1992)
- Fritsch J. / Sherokee Ilse
Unendlich ist der Schmerz
Deutsche Erstausgabe von Lothrop H., München, Kösel-Verlag, (1995)
 - Weissteiner S.
Der intrauterine Fruchtod
Diplomarbeit Landesfachhochschule Claudiana 2000 Bozen
- Grützner Ch. *Fehl- und Totgeburt – Ein Weg aus dem Tabu* 2. Auflage, Hagen, Brigitte Kunz Verlag, (1999)
- Kitzinger S. *Schwangerschaft und Geburt* München, Kösel Verlag (1998)

- Kruse – Isingschulte M. W., Dr. med. Beutel M., Hohlweg B. C., Prof. Dr. med. Stauber M., **Die psychische Reaktion auf eine Totgeburt** „Die Hebamme 11“, (1998), 88 – 91;

- Heidegger.H., H.A. Krone
Die Totgeburt – eine Analyse von 354 Fällen
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 51 (1991)293-297

- Lothrop H. **Gute Hoffnung jähes Ende** 6. Auflage, München, Kösel-Verlag, (1998)
- Schneider H., Husslein P., Schneider K.T.M. **Geburtshilfe** Erste Auflage, Berlin Heidelberg, Springer Verlag (2000)
- www.Sternkinder.de