

# Weißer Tränen

**Sarah Vogt Röthlisberger, Alice Schmid** In deutschsprachigen Ländern wird die Milchbildung nach dem perinatalen Tod eines Kindes meist mit Medikamenten unterdrückt. In angelsächsischen Ländern hingegen ist das medikamentöse Abstillen für diese Indikation nicht bekannt – man ist von der heilsamen Wirkung der Laktation nach Kindsverlust überzeugt.<sup>1</sup> In unserer Bachelorarbeit an der Fachhochschule Bern<sup>2</sup> haben wir die aktuelle Evidenzlage hierzu untersucht.

Nach der Plazentageburt wird durch hormonelle Wechselwirkungen die Laktation in Gang gesetzt – auch wenn das Kind stirbt oder tot geboren wird.<sup>3</sup> Angesichts der vielerorts standardmäßigen medikamentösen Laktationshemmung nach Kindsverlust stellt sich die Frage, ob dem physiologischen Prozess der Laktation und dessen Rolle bei der Trauerverarbeitung genügend Aufmerksamkeit zuteil wird.

Der Umgang mit Laktation nach Kindsverlust ist weltweit sehr unterschiedlich. Es bestehen dazu keine Richtlinien, wie dies für andere Bereiche der Geburtshilfe üblich ist. In den meisten Kliniken in der Schweiz wie auch in Deutschland wird die Milchbildung nach dem perinatalen Tod eines Kindes mit routinemäßiger Medikamentengabe unterdrückt. Zur Hemmung der dafür verantwortlichen Prolaktinsekretion werden in der Regel Dopaminagonisten eingesetzt. Diese sind jedoch mit zum Teil massiven neurologischen Nebenwirkungen behaftet,<sup>4</sup> was eine ausführliche Information der Frau und die Unterstützung einer informierten Wahl voraussetzt.

## Endokrine Balance dank Laktation

Die postpartale Hormonumstellung bewirkt eine physiologische psychische Instabilität, die sich im frühen Wochenbett bei vielen Wöchnerinnen durch den sogenannten Babyblues äußert. Die Laktationshormone spielen eine wichtige Rolle für die Wiederherstellung des psychischen Wohlbefindens. Laktationshemmung beeinflusst das mentale Wohlbefinden daher negativ. Prolaktin unterstützt zudem die große Bereitschaft zur Fürsorge und zum Selbstverzicht. Diese Wirkung ist gerade auch im Fall eines Verlusts hilfreich.

Die Praxis, in dieser psychisch vulnerablen Phase ein Medikament zu verabreichen, dem häufige Nebenwirkungen wie Depression, Halluzinationen und Verwirrtheit zugeschrieben werden,<sup>4</sup> muss infrage gestellt werden.

## Medikamentöses Abstillen ist kontraproduktiv

Als Grund für die sofortige Verabreichung laktationshemmender Medikamente wird häufig angeführt, die Frau vor der zusätzlichen Belastung der Laktation schonen zu wollen. Die Auseinandersetzung mit ihren Brüsten und der Muttermilch sei durch das Fehlen des Kindes besonders schmerzlich und unnötig. Diesem Argument gibt es einige Punkte entgegenzusetzen:

- Medikamentöses Abstillen wird in der Absicht angeboten, verwaiste Wöchnerinnen vor Leid zu bewahren. Das Leid ist jedoch schon geschehen, man kann die Frau nicht davor schützen. Man kann und muss der Frau zumuten, dass sie einen Umgang mit diesem Schicksalsschlag findet.<sup>5</sup>
- Lange Zeit wollte man Eltern auch vor dem Anblick des toten Kindes bewahren – heute weiß man, wie wichtig es ist, das verstorbene Kind zu sehen und zu halten, um Abschied nehmen zu können. Die Laktation muss ebenfalls als Teil des Abschiednehmens betrachtet werden.<sup>6</sup>
- Für das psychische Wohlbefinden betroffener Frauen ist die Erkenntnis, dass sie trotz fehlenden Kindes Mutter geworden sind, essenziell.<sup>7</sup> Oft brauchen sie die Hebamme, die sie bewusst und wertschätzend als Wöchnerin wahrnimmt und betreut, damit sie sich selbst als Mutter anerkennen können.<sup>8</sup> Die physiologischen körperlichen Prozesse des Wochenbetts tragen maßgeblich zu dieser Erkenntnis bei, allen voran die Laktation – sie ist eine unmittelbare, gesunde Reaktion des Körpers auf die Geburt.
- Die bewusste Auseinandersetzung mit dem tragischen Ereignis kann helfen, eine Verdrängung und eine spätere Retraumatisierung zu vermeiden. Das primäre Abstillen nach Kindsverlust kann eine Verdrängung fördern. Besonders eine nachfolgende Schwangerschaft oder Stillbeziehung kann Auslöser für eine Retraumatisierung darstellen.<sup>9</sup>

- Die Frauen empfinden oft ein ausgeprägtes Schuldgefühl, ihr Kind in ihrem Körper nicht beschützt und am Leben erhalten zu haben. Die sichtbare Muttermilch kann den Frauen das Vertrauen in ihren Körper und seine Fähigkeit, für ein Kind zu sorgen, wieder zurückgeben.<sup>5,9</sup>
- Die allgemein beschriebene Leere nach dem Kindsverlust kann durch die Beschäftigung mit der Laktation teilweise ausgefüllt werden. Die Muttermilch stellt eine direkte Verbindung zum verlorenen Kind dar. Das bewusste Einräumen von Zeit für die Brustpflege und den Abstillprozess ermöglicht ein allmähliches Loslassen und Abschiednehmen.<sup>7,11</sup>

## Medikamentöses Abstillen ist nicht nötig

Nach einer Fehl- oder Totgeburt bilden die Mütter meistens nur wenig Milch. Das Stresshormon Adrenalin, das nach einer Totgeburt unwillkürlich ausgeschüttet wird, verengt die Milchdrüsen-versorgenden Blutgefäße, wodurch die Milchproduktion eingeschränkt wird. Der Basis-Prolaktin Spiegel sinkt, da das Saugen des Kindes an der Brust ausbleibt.<sup>12</sup> Werden die Brüste nicht entleert, kommt es binnen weniger Tage zur Stauungsinvolution, da die Milch in den Milchbläschen auf die milchbildenden Zellen drückt und deren weitere Milchsekretion verhindert. Die bereits gebildete Milch wird allmählich vom Körper resorbiert.

Medikamentöses Abstillen funktioniert zudem nicht immer. Bei rund einem Viertel der Frauen mit schon vorhandener Laktation kommt es zu einem Rebound-Phänomen.<sup>4</sup> Diese verspätete und unerwartete Milchbildung wird von den betroffenen Frauen als äußerst belastend empfunden.<sup>5,9</sup>

In vielen Ländern ist medikamentöses Abstillen nicht üblich (USA, England, Australien und andere). Das ausschließliche Abstillen mit alternativen Methoden führt dort nicht zu

vermehrten Komplikationen bei der initialen Brustdrüsenanschwellung (IBDS).<sup>13</sup>

Als Indikation zum primären medikamentösen Abstillen nach Kindsverlust gilt demnach einzig der ausdrückliche Wunsch der umfassend informierten Frau.

### Entscheidung zum falschen Zeitpunkt

Trauern ist ein individueller Prozess. Es ist bedeutsam, den betroffenen Familien Zeit zu lassen, damit sie sich ihrer Wünsche und Bedürfnisse in dieser schwierigen Situation bewusst werden können. In den ersten Stunden und Tagen ist der Schock über das Geschehene noch groß, und übereilte Entscheidungen können später bedauert werden.

Von verwaisten Müttern im Schockzustand eine Entscheidung zur Einnahme eines Medikaments zu fordern, das den Trauerprozess nachhaltig beeinflussen kann, ist fragwürdig. Viele Frauen trauern sich unmittelbar nach dem Verlust die Auseinandersetzung mit dem Abstillen nicht zu und äußern den Wunsch, medikamentös abzustillen. Es liegt an den beteiligten Fachpersonen, der Frau für die Entscheidungsfindung genügend Zeit einzuräumen, sonst geht ihr die Möglichkeit verloren, umfassend über den Umgang mit der Laktation nach Kindsverlust beraten zu werden und eine individuelle Lösung zu finden. Mit der Verabreichung eines Laktationshemmers sollte deshalb wenigstens die vom Hersteller maximal vorgesehene Zeit von 24 Stunden gewartet werden.<sup>4</sup>

### Handlungsmöglichkeiten

Die allgemein empfohlenen Maßnahmen zum Abstillen respektive zur Linderung der IBDS-Symptome (Tragen eines gut sitzenden BHs, Kälte-Anwendungen, Tees, Analgetika) behalten auch im Fall eines Kindsverlusts ihre Gültigkeit. Zusätzlich sollte die Frau darauf aufmerksam gemacht werden, dass das entlastende Ausstreichen oder Abpumpen der Muttermilch therapeutisch wertvoll sein kann. Einige Frauen möchten vielleicht nur zur Brustentlastung Milch ausstreichen und den Milchfluss langsam versiegen lassen. Andere möchten die Milch über längere Zeit abpumpen, um die Erinnerung an ihr Kind aufrechtzuerhalten.

Eine weitere Möglichkeit ist die Milchspende. Betroffene Frauen schildern ihre Beweggründe für die Milchspende folgendermaßen: »um

den Schmerz des Verlusts zu spüren«, »um die Existenz meines Kindes anzuerkennen«, »damit etwas Positives aus dem Verlust entstehen kann«, »um meinem Kind nahe zu sein – jedes Mal, wenn die Milch tropft«.<sup>1</sup>

### Aufgaben der Hebamme in der Klinik

Für viele Frauen kommt die Auseinandersetzung mit der IBDS überraschend, insbesondere bei Kindsverlust während der Schwangerschaft. In einem ersten Gespräch sollte abgeschätzt werden, wie die Eltern generell mit dem Verlust umgehen und welche ihre kulturellen und persönlichen Strategien sind. Es gilt zudem herauszufinden, wie der Wissensstand des Paares zur Laktation ist. Daraufhin kann ein bedürfnisgerechter Betreuungsplan erstellt werden – wobei es hilfreich sein kann, die Frau nach ihren Vorstellungen zu fragen, bevor alle Therapiemöglichkeiten aufgezählt werden. Es gilt, sie darin zu unterstützen, den Prozess möglichst aus eigener Kraft und mit den eigenen Ressourcen zu bewältigen.

Wird die Mutter vor Einsetzen der IBDS aus der Klinik entlassen, ist es wichtig, ihr vorausschauend entsprechende Informationen mitzugeben, zum Beispiel in Form eines Algorithmus.<sup>7</sup> Die Nachbetreuung zu Hause durch eine ambulante Wochenbetthebamme sollte gewährleistet sein.

### Begleitung während des Trauerprozesses

Für eine Mutter können normale postpartale Körperveränderungen nach Kindsverlust überwältigend sein. Zudem sind das Beobachten anderer Mütter mit ihren Neugeborenen, die Heimkehr ohne Kind und das Empfinden, von anderen nicht als Mutter anerkannt zu werden, besonders schwierige Situationen.<sup>14</sup>

Das Akzeptieren des Verlusts und der entsprechenden Gefühle ist für die betroffenen Eltern ein Prozess, der in Phasen und Wellen abläuft. Aufgabe der betreuenden Fachpersonen ist es, fachliche und menschliche Unterstützung zu bieten im Respekt vor dem individuellen Lebensweg der betroffenen Frauen, Paare und Familien.<sup>9</sup> Die Eltern sind in dieser Phase äußerst sensibel und vulnerabel. Die Art und Weise, wie die Hebamme den elterlichen Trauerprozess betreut – mit Worten und Handlungen –, ist deshalb prägend und

wichtig für die kommende Verarbeitung der Geburt und des Verlusts.

Frauen nach perinatalem Kindsverlust sind besonders gefährdet, in Zustände der komplizierten Trauer zu geraten.<sup>16</sup> Mangel an sozialer Unterstützung durch das familiäre Umfeld (zum Beispiel infolge von Migration), Partnerschaftsprobleme, keine lebenden Kinder sowie eine ambivalente Haltung oder übersteigerte Erwartungen gegenüber der Schwangerschaft gelten als zusätzliche Risikofaktoren. Kennt die Hebamme diese, kann sie gegebenenfalls bereits im Wochenbett psychologische Hilfe anfordern. Diese kann professionelle Therapien, Unterstützung durch die Familie und den Freundeskreis wie auch religiösen Beistand beinhalten.

### Wünsche für die nahe Zukunft

In den meisten Kliniken in der Schweiz und in Deutschland ist die Trauerbegleitung nach perinatalem Kindstod gut organisiert. Das Bewusstsein über die Wichtigkeit, der Trauerarbeit genügend Zeit und Ressourcen einzuräumen, ist vorhanden. Es ist jedoch noch wenig bekannt, dass die Laktation einen wesentlichen Teil zur Trauerverarbeitung beitragen kann. Der Umgang mit der Milchbildung inklusive der Möglichkeit einer Milchspende und die Rolle der Hebamme bei der Beratung rund um die Laktation nach Kindsverlust sollten deshalb klinikintern definiert werden. Vermehrte Schulungsangebote für Hebammen zur spezifischen Laktationsberatung nach Kindsverlust wären ebenfalls wünschenswert.

Die weißen Tränen sind physiologische Reaktion des Körpers auf die Geburt und Ausdruck der Trauer um das verlorene Kind. Sie sollten wertgeschätzt werden.

*Im Gedenken an Ruth Forster Fink (1955–2017), die als betreuende Dozentin der Fachhochschule Bern bei der Erarbeitung der Bachelorthesis »Weisse Tränen. Hebammenarbeit im Umgang mit Laktation bei Kindsverlust« mitgewirkt hat. Die Bachelorthesis ist im Auftrag der Fachstelle kindsverlust.ch entstanden. Dort kann ein Infoblatt zum Thema bezogen werden.*

### Literatur

Die Literatur zu diesem Artikel finden Sie auf [www.hebammenforum.info](http://www.hebammenforum.info) → Literaturangaben oder über diesen QR-Code.



**Sarah Vogt Röthlisberger**, *Hebamme BSc, und*  
**Alice Schmid**, *Hebamme BSc am Luzerner Kantons-*  
*spital, Sursee.*

*Kontakt: [sarahvogt@bluewin.ch](mailto:sarahvogt@bluewin.ch)*

*Vogt Röthlisberger S, Schmid A: Weiße Tränen. Hebammen-*  
*forum 2017; 18: 1265–1269*