



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Aspekte der Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt im Setting Krankenhaus

Verfasserin

Herta Poisinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Göllersdorf, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die eingereichte Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ich versichere, dass diese Arbeit mit der von dem Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift Studierende/r

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort.....	1
2.	Abstract.....	3
3.	Zusammenfassung.....	4
4.	Einleitung	5
4.1	Annäherung an das Thema.....	5
4.2	Motivation zur Wahl des Themas.....	6
4.3	Eingrenzung des Themas	6
4.4	Fragestellung der Arbeit.....	7
4.4.1	Primäre Forschungsfrage.....	7
4.4.2	Sekundäre Forschungsfragen	7
4.5	Ziel der Arbeit.....	7
4.6	Methodik	8
5.	Begriffsdefinitionen.....	9
5.1	Fehlgeburt.....	9
5.2	Pflege.....	10
5.3	Setting Krankenhaus.....	11
6.	Theoretische Grundlagen.....	14
6.1	Die Zeit der Bindung	14
6.2	Die Zeit vor der Diagnose	15
6.3	Die Diagnose Fehlgeburt	16
6.4	Formen einer Fehlgeburt.....	17
6.5	Mögliche Ursachen einer Fehlgeburt	18
6.5.1	Genetische Anomalien	19
6.5.2	Septischer Abort.....	19
6.5.3	Uterusfehlbildung	19

6.5.4	Erkrankungen der Frau	20
6.5.5	Genussmittel.....	20
6.5.6	Schadstoffe.....	20
6.5.7	Endokrine oder immunologische Ursachen	20
6.6	Häufigkeit	22
7.	Interventionen, Behandlungsmöglichkeiten, Therapien	24
7.1	Entscheidungen.....	24
7.2	Erfahrung mit Entscheidungen	26
7.3	Therapeutische Maßnahmen.....	28
7.3.1	Curettage.....	28
7.3.2	Medikamentöse Therapie	28
7.3.3	Abwartendes Verhalten.....	29
7.3.4	Fazit.....	29
8.	Das Erleben der Fehlgeburt.....	31
8.1	Verlust	31
8.1.1	Der „uneindeutige“ Verlust.....	32
8.1.2	Verlust – ein Tabuthema.....	33
8.1.3	Der Umgang mit dem Verlust	33
8.1.4	Bedeutung des Verlustes.....	34
8.1.5	Der Verlust eines Babys	34
8.1.6	Der Verlust eines Familienmitgliedes.....	35
8.1.7	Ein Verlust an Möglichkeiten	35
8.1.8	Der Verlust der Mutterschaft.....	35
8.1.9	Der Verlust des Glaubens.....	36
8.1.10	Der narzistische Verlust.....	36
8.1.11	Laufende Erinnerung an den Verlust	36
8.1.12	Gefühle der Leere.....	37
8.2	Stress	37
8.2.1	Begriffsdefinitionen	37

8.2.2	Stress in der Forschung	38
8.2.3	Auswirkungen von Stress.....	39
8.2.4	Stress nach einer Fehlgeburt	41
8.2.5	Stressauslösende Faktoren nach einer Fehlgeburt.....	42
8.3	Angst.....	43
8.3.1	Auswirkungen von Angst.....	44
8.3.2	Angst nach einer Fehlgeburt	45
8.4	Schock.....	47
8.5	Trauma.....	48
8.5.1	Mögliche Auswirkung eines Traumas.....	49
8.5.2	Fehlgeburt als traumatisches Ereignis	51
8.5.3	Fehlgeburt als nicht-traumatisches Ereignis.....	52
8.6	Trauer	53
8.6.1	Trauer in der Forschung.....	53
8.6.2	Trauer nach einer Fehlgeburt.....	54
8.7	Schuld	58
8.7.1	Schuld und Scham	58
8.7.2	Schuld durch eigene Verhaltensweisen	59
8.7.3	Schuld durch Versagen	60
8.7.4	Schuld als Strafe Gottes.....	60
8.8	Neid.....	61
8.9	Weitere Gefühle und Reaktionen	62
8.9.1	Offene Frage - Warum?	62
8.9.2	Tabuisierung, Vermeidungsverhalten, Negierung.....	63
8.10	Weitere Umgangsweisen mit dem Ereignis	66
8.10.1	Unsensible Kommunikation.....	68
8.10.2	Mangel an Mitgefühl (Empathie)	69
9.	Die Pflegeperson in der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten.....	71
9.1	Aspekte der Pflege.....	71

9.2	Subjektive Theorien als Grundlage von pflegerischen Handlungen	72
9.2.1	Subjektive Theorien nach einer Fehlgeburt	73
9.2.2	Subjektive Theorie – Bedeutung für die Pflege.....	74
9.2.3	Subjektive Theorie als „Realitätskonstrukt“	74
9.3	Bedeutung verstehen / Hermeneutische Differenz	75
9.3.1	Hermeneutik	75
9.3.2	Vertreter der Hermeneutik	75
9.3.3	Hermeneutisches Fallverstehen	77
10.	Anforderungen an die Pflegeperson	78
10.1	Kompetenz	78
11.	Differenzierte Gesprächssituationen	83
11.1	Grundlagen der Kommunikation.....	83
11.1.1	Vier Seiten einer Nachricht	85
11.1.2	Verbale – und nicht-verbale Kommunikation	86
11.2	Kommunikative Kompetenzen.....	88
11.2.1	Unterstützung durch aktives Zuhören	88
11.2.2	Kommunikationsregeln für mehr Verständnis	89
11.2.3	Gründe für eine missglückte Kommunikation	90
11.2.4	Gründe für eine erfolgreiche Kommunikation	91
11.3	Differenzierte Gesprächssituationen	92
11.3.1	Erstgespräch	92
11.3.2	Das Gespräch als pflegerische Handlung.....	93
11.3.3	Information.....	94
11.3.4	Beratung	95
11.3.5	Entlastungsgespräch	96
11.3.6	Krisengespräch.....	96
11.3.7	Entlassungsgespräch (Informationsgespräch).....	97
11.4	Kommunikation kann man lernen	99
12.	Krisenintervention (Bewältigungsstrategien).....	103

12.1	Der Begriff Krise	103
12.2	Krisenmodell	105
12.3	Krisentypen.....	105
12.4	Konzepte zur Krisenintervention	106
12.5	Aspekte der Krisenintervention	107
12.5.1	Pflegerischen Interventionen.....	107
12.5.2	Ziele der Krisenintervention.....	109
12.5.3	Interventionsprinzipien nach einer Fehlgeburt.....	110
13.	Nutzung von Ressourcen	113
13.1	Soziales Umfeld.....	113
13.2	Rituale.....	113
13.2.1	Abschiedsrituale.....	114
13.3	Positive Wirkung von Spiritualität und Religiosität auf die psychische Gesundheit	117
14.	Resümee und Ausblick.....	119
15.	Literaturverzeichnis	123
16.	Tabellenverzeichnis.....	134
17.	Abbildungsverzeichnis.....	134

1. Vorwort

Diese Arbeit ist an alle gerichtet, die Frauen nach einer Fehlgeburt mit Verständnis und Aufmerksamkeit begegnen wollen und ihnen in ihrer emotionalen Verarbeitung eine Stütze sein möchten. Besonders jedoch ist sie Pflegepersonen gewidmet, welchen nur ein kurzer Zeitrahmen zur Verfügung steht und welche trotzdem einen erheblichen Einfluss auf den Trauerprozess nach dem Verlust eines Babys haben.

Für eine bessere Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt, wenn auch die weibliche Form gedanklich immer mit einzubeziehen ist. Anstelle von Embryo oder Fötus wird in der vorliegenden Arbeit oft die Bezeichnung „Kind“ oder „Baby“ verwendet, da die betroffenen Frauen nach ihrem Verlust meist von einem Kind oder Baby sprechen. Die Frauen werden „Mütter“ und die Männer „Väter“ genannt, da dies den Empfindungen der Mehrzahl der Betroffenen entspricht.

Ein herzliches Danke an...

...Apti, der mich immer meinen Weg gehen lässt und an mich glaubt.

...meine Freundin Bettina Winkler, die mich zu diesem Studium ermutigt hat.

...meine Tochter Bernadette, meine Schwester Heidelinde, meine Freundin Doris Pangratz und Bianca Taubinger, die mir in dieser Zeit eine Stütze waren.

...meine liebsten Studienkolleginnen Gudrun Pasteiner, Claudia Jaros und Dagmar Krebs, von denen ich mich immer verstanden fühle. ;)

...meine Eltern Josef und Aloisia Frithum, die mich lehrten, Ziele zu verfolgen.

...Frau Mag. Riedler.

...Herrn MMag. Dr. Ferdinand Holub, der mir durch seine Gelassenheit und Geduld Kraft gab und bei der Erstellung dieser Arbeit hilfreich und verständnisvoll zur Seite stand.

2. Abstract

The paper in hand deals with women's individually perceived experiences of early abortions (until gestation week 12) and the resulting specific caring work as well as the demand for the nursing personnel in everyday medical life. The research questions asked are discussed in accordance with current specialized literature and latest research results and aspects of care for women after a spontaneous abortion are worked out.

The first part of the paper deals with theoretical principles and medical causes for a spontaneous abortion and also with the respective treatment options and therapies. In part two, based on numerous study results, the question is considered what the loss of a child means for women and which possible emotional consequences might arise. The third part analyses the essential skills and the necessity of professional knowledge required from the nursing personnel.

The result of this paper clearly shows that not only experience and knowledge is needed in order to apprehend the essential care work after a spontaneous abortion but also hermeneutic understanding of the issue and the knowing of subjective theories.

3. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem von Frauen sehr individuell wahrgenommenen Erleben von Frühaborten (bis zur 12. Schwangerschaftswoche) und dem sich daraus ergebenden spezifischen Betreuungsbedarf und Betreuungsanspruch an Pflegepersonen im medizinischen Alltag. Die gestellten Forschungsfragen werden auf Grundlage von aktueller Fachliteratur und neuesten Forschungsergebnissen diskutiert und Aspekte der Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt herausgearbeitet.

Im ersten Teil der Arbeit wird auf die theoretischen Grundlagen und medizinischen Ursachen für eine Fehlgeburt sowie auf deren Behandlungsmöglichkeiten und Therapien eingegangen. Im zweiten Teil wird anhand zahlreicher Studienergebnisse der Frage nachgegangen, welche Bedeutung der Verlust eines Kindes für Frauen hat und welche möglichen emotionalen Folgen dadurch entstehen können. Im dritten Teil werden erforderliche Kompetenzen und die Notwendigkeit von fachlichen Kenntnissen seitens der Pflegepersonen untersucht.

Das Ergebnis der Arbeit zeigt deutlich, dass zur Erfassung des erforderlichen Betreuungsbedarfs nach einer Fehlgeburt von Pflegepersonen nicht nur Erfahrung und Wissen gefordert sind, sondern auch hermeneutisches Fallverstehen und die Kenntnis subjektiver Theorien.

4. Einleitung

4.1 Annäherung an das Thema

Eine Fehlgeburt wird in der Literatur als vorzeitige spontane Beendigung der Schwangerschaft mit einem Gewicht unter 500 g beschrieben. Ist allerdings bei diesem Gewicht ein Pulsieren der Nabelschnur oder ein Herzschlag vorhanden, so spricht man von einer Frühgeburt (vgl. Geist 2005, S. 198).

Eine Fehlgeburt ist für viele Frauen ein erschütterndes Erlebnis. Häufig erfordert eine Fehlgeburt eine stationäre Aufnahme auf einer gynäkologischen Station, um die Reste der Empfängnis zu entfernen.

Die meisten Frauen werden tagesklinisch oder nur für eine Übernachtung stationär aufgenommen. Dieser kurze Zeitraum, in dem es die Bedürfnisse der Frauen zu erkennen und den Betroffenen eine angemessene Unterstützung und Informationen zur emotionalen Verarbeitung ihrer Fehlgeburt anzubieten gilt, stellt für das Pflegepersonal eine große Herausforderung dar.

In der vorliegenden Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Kompetenzen und welches Wissen die professionelle Pflegekraft in der Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt braucht, um diese bei der emotionalen Verarbeitung der Fehlgeburt unterstützen zu können.

Außerdem soll herausgearbeitet werden, welche Möglichkeiten eine Pflegeperson hat, psychische Belastungen nach einer Fehlgeburt als solche zu erkennen (z.B. erfragen) und welche pflegerelevanten Ziele sich daraus ergeben.

Weiters werden die pflegerischen Grenzen im stationären Bereich beleuchtet und Lösungsansätze für eine bessere Unterstützung der Frauen nach einer Fehlgeburt dargestellt.

4.2 Motivation zur Wahl des Themas

Nachdem ich 13 Jahre auf einer gynäkologischen Station als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin gearbeitet habe, war ich immer wieder mit der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten konfrontiert.

Als Pflegerin war ich im Berufsalltag und in der Unterstützung der Frauen in Krisensituationen häufig überfordert.

Oft stellte ich fest, dass Frauen, die eine Fehlgeburt erlebt hatten, alleine gelassen wurden und der Fokus der Pflege sich auf die medizinisch - therapeutische Behandlung beschränkte. Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie wichtig nach einer Fehlgeburt der Respekt und die Akzeptanz des Verlustes sind, und wie bedeutsam die Betreuung unmittelbar nach der Fehlgeburt ist.

4.3 Eingrenzung des Themas

Die vorliegende Arbeit widmet sich ausschließlich Frauen nach einem Frühabort (bis einschließlich 12. SSW), da diese Frauen oft auf wenig Verständnis für ihre Gefühle und Emotionen stoßen und dieses Ereignis häufig totgeschwiegen wird. Das Hauptaugenmerk der Arbeit ist auf das Erleben der Frauen nach einem Verlust des Kindes gerichtet. Obwohl nach einer Fehlgeburt die Konfrontation mit der Thematik betroffener Männer und anderer Familienangehöriger nicht außer Acht gelassen werden darf, wird es in der vorliegenden Arbeit nicht thematisiert, da es den Rahmen sprengen würde. Aus demselben Grund können das Erleben nach einem induzierten Abort und die Trauerrituale von Hindus, Moslems oder anderen Religionsgemeinschaften ebenfalls nicht speziell thematisiert werden. Die Erfahrungen und Bedürfnisse der Frauen nach einer Fehlgeburt werden auf das Setting Krankenhaus begrenzt.

4.4 Fragestellung der Arbeit

4.4.1 Primäre Forschungsfrage

- Welche Interventionen von Pflegepersonen sind für Frauen nach einer Fehlgeburt in der emotionalen Verarbeitung der Fehlgeburt hilfreich?

4.4.2 Sekundäre Forschungsfragen

- Wie erleben Frauen eine Fehlgeburt?
- Welche theoretischen Kenntnisse der Pflegeperson sind in der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten wichtig?
- Welche Kompetenzen braucht die Pflegeperson in der Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt?
- Welche Informationen sind für die betroffenen Frauen hilfreich?
- Welche Faktoren beeinflussen die Verarbeitung der Fehlgeburt?
- Welche Bedingungen sind für eine effektive Betreuung bzw. Beratung erforderlich?

4.5 Ziel der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit sollen Aspekte der Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt im Setting Krankenhaus aufgezeigt werden.

Die Aufgabenstellung liegt darin, Konzepte zur bestmöglichen Unterstützung von Frauen bei der emotionalen Verarbeitung einer Fehlgeburt seitens der Pflegepersonen im stationären Bereich aufzuzeigen. Weiters werden die Einflussfaktoren, welche von Frauen nach einer Fehlgeburt als hilfreich beschrieben wurden dargestellt und untersucht.

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, Emotionen und Gefühle, die Frauen nach einer Fehlgeburt haben können, anhand der vorhandenen einschlägigen Literatur aufzuzeigen und professionelle Pflegepersonen dafür zu sensibilisieren.

Pflegepersonen, die betroffene Frauen adäquat unterstützen möchten, soll die Notwendigkeit von fachlichen Kenntnissen, Kompetenzen, aber auch von bestimmten Rahmenbedingungen vermittelt werden.

Durch die Auseinandersetzung mit diesem Thema (Einbeziehung von

Forschungsergebnissen und von wissenschaftlichen Erkenntnissen) wird auch angestrebt, bestimmte, von den Frauen als wenig oder nicht hilfreich bewertete Interventionen und Betreuungskonzepte, bzw. ein gewisses Distanzverhalten des Pflegepersonals darzustellen, zu analysieren und mögliche Verbesserungsvorschläge darauf aufbauend zu entwickeln.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können möglicherweise in der Aus- und Fortbildung von Pflegenden integriert werden.

4.6 Methodik

Die Fragen werden anhand einschlägiger Literatur beantwortet. Es wurde unter anderem in folgenden Datenbanken recherchiert: Onlinekatalog der UB, Nationalbibliothek, Pubmed, Cinahl, Sagepub.

Eine systematische Prüfung des Forschungsstandes ergab, dass das Thema Fehlgeburt von Seiten der Medizin (u.a. Ursachenforschung) und der Psychologie (u.a. Angststörungen, Trauer und Depression nach einer Fehlgeburt) bereits vielfach thematisiert wurde. Auch von Seiten der Pflegewissenschaft kam es in den letzten zehn Jahren zu einer zunehmenden Bearbeitung der Thematik. Möglichst relevante Daten, Ergebnisse und daraus abgeleitete Schlussfolgerungen aus den erwähnten Disziplinen erfahren eine kritische Prüfung und Bewertung.

Die Auswahl der Literatur erfolgte nach Aktualität und Verfügbarkeit. Die zentralen Suchbegriffe hierfür waren Fehlgeburt, Spontanabortus, Verlust, Kommunikation, Bewältigung sowie miscarriage, spontaneous abortion, motherhood lost, communication, grief, emotional response, coping.

5. Begriffsdefinitionen

5.1 Fehlgeburt

Der Begriff „Fehlgeburt“ ist gleichbedeutend mit „Abortus“ und beschreibt den Verlust einer Schwangerschaft. Das Wort Abortus wird häufig gemieden, da mit diesem Ausdruck oft ein gewählter Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung) assoziiert wird. Weitere Beschreibungen, um den Begriff Abortus zu vermeiden, sind „spontane Fehlgeburt“ („*spontaneous pregnancy loss*“) oder „Scheitern der frühen Schwangerschaft“ („*early pregnancy failure*“) (vgl. Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1243).

Es existieren zahlreiche Definitionen zu diesem Begriff (u.a. aus der Medizin). Die deutsche Medizinerin Christine Geist beschreibt eine Fehlgeburt als vorzeitige spontane Beendigung der Schwangerschaft mit einem Gewicht unter 500 g (vgl. Geist 2005 S. 198, Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1243 ff). Ist allerdings bei diesem Gewicht ein Pulsieren der Nabelschnur oder ein Herzschlag vorhanden, so liegt eine Frühgeburt vor (vgl. Geist 2005, S. 198).

Gruber bezeichnet eine *Fehlgeburt (Abort)* als Fruchtanlage, die vor der 24. Schwangerschaftswoche *ausgestoßen wird*. Wenn ein Kind nach der 24. Schwangerschaftswoche oder mit einem Gewicht von über 500g leblos zur Welt kommt, wird dies von ihm *Früh- oder Totgeburt* genannt (vgl. Gruber 2009, S. 126).

Für den Schweizer Gynäkologen Surbek wiederum bedeuten die Bezeichnungen „Abort“ und „Fehlgeburt“ die Beendigung der Schwangerschaft vor Beginn der Lebensfähigkeit des Ungeborenen. Es werden Grenzen, ab derer Leben möglich ist, bei einem Gewicht von 400 g und vor der 23. Schwangerschaftswoche angeführt. Die Grenzen des Frühaborts werden von Surbek mit der 13. Schwangerschaftswoche und die des Spätabortes innerhalb der 14. bis 22. Schwangerschaftswoche festgelegt (vgl. Surbek 2011, S. 183).

Betrachtet man die Literatur zum Thema Früh- bzw. Spätabort, so ergeben sich nicht nur bei den Definitionen differierende Darstellungen, sondern auch unterschiedliche Angaben zur Epidemiologie und zu den Ursachen.

5.2 Pflege

Die US-amerikanische Krankenschwester Virginia Henderson hat sich mit Definitionen und Perspektiven zur Pflege auseinandergesetzt. Ihr Verständnis von Pflege ist in der Fachliteratur weit verbreitet und gilt als Grundlage für die Ausbildung von Pflegepersonen. Sie schreibt, dass die Pflegeperson sowohl den subjektiven als auch den objektiven Versorgungsbedarf erkennen muss. Henderson widmet sich wesentlichen Grundlagen der Pflege, hat jedoch bedeutende Themen, wie zum Beispiel die Kompetenzfrage, nicht behandelt (vgl. Dörge 2009, S. 52 f).

Das Ziel von Pflege sind gesundheitserhaltende und begünstigende Maßnahmen zu setzen, *Beeinträchtigungen durch Krankheit, Behinderung oder Lebenskrisen* auszugleichen bzw. eine Verbesserung im Umgang mit der veränderten Situation zu erreichen sowie in Krisensituationen („Bedeutungsvolle Situationen“), wie zum Beispiel bei Tod oder unheilbarer Erkrankung, zu unterstützen (vgl. Menche 2011, S. 12).

Das Pflegeverständnis stützt sich auf Pflegetheorien und Pflegemodelle und ist personenabhängig (vgl. Menche 2011, S. 12).

Sowohl in der Medizin als auch in der Pflege kam es in den letzten Jahren zu veränderten Sichtweisen bezüglich Gesundheit und Krankheit. Als zentrale Frage gilt nun: „Was können wir für unsere Gesundheit tun?“. Daraus ergibt sich ein neues Aufgabenfeld für die Pflege. *Beratung, Begleitung und Anleitung zur Bewältigung der veränderten Lebenssituation* sind zentrale Aufgaben (vgl. Kulbe 2009, S. 13).

Durch dieses Verständnis werden ergänzend auch *andere therapeutische* Unterstützungs- und *Heilungsverfahren für den Genesungsprozess* genutzt (vgl. Kulbe 2009, S. 13). Meines Erachtens könnten das im Falle einer Fehlgeburt unter anderem Rituale, Homöopathie und Psychotherapie sein.

Wurden in den Anfängen der Krankenpflege die Patienten von fürsorglich dienenden Pflegerinnen aufopfernd gepflegt, so gab es in den 1950er Jahren eine Wende in der Pflege. Es wurden Konzepte, die sich an den Bedürfnissen

der Menschen orientieren, sowie Selbstpflegekonzepte entwickelt (vgl. Bischoff-Wanner 1997 zitiert in: Schwarz 2009, S. 84).

„Individuell“, „ganzheitlich“ und „menschengerecht“, sind Begriffe, die in der Pflege seit den 1970er Jahren thematisiert werden (vgl. Bischoff-Wanner 1997 zitiert in: Schwarz 2009, S. 84).

Durch die Etablierung der Pflegewissenschaft wurde das Pflegeverständnis erweitert, Ergebnisse flossen in die Pflegepraxis ein. Außerdem haben sich die Anforderungen seit Ende des 20. Jahrhunderts geändert, da das Alter der Bevölkerung und die chronischen Erkrankungen seit dieser Zeit steigen und somit auch der Unterstützungsbedarf durch Pflegepersonen zunimmt. Die Pflege findet nicht nur in traditionellen Institutionen statt, sondern auch durch Angehörige. Die zentralen Aufgaben der Pflege sind Hilfe und Begleitung bei Krankheit, jedoch nehmen im Arbeitsfeld der Pflegepersonen präventive Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung zu (vgl. Biendarra 2009, S. 167 f).

5.3 Setting Krankenhaus

Im Setting Krankenhaus sollte das Bemühen um die Patienten an erster Stelle stehen. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, braucht es Strukturen, in denen dies möglich ist. Eine adäquate Versorgung (Betreuung) braucht geeignete Rahmenbedingungen. Krankenhäuser sind Institutionen, die in den letzten Jahrzehnten einem großen Druck ausgesetzt waren. Die Erwartungen der Patienten die medizinische und pflegerische Qualität betreffend sind stetig gestiegen. Spitäler und die dort arbeitenden Professionen müssen sich mit Bewertungen, Rankings und gesellschaftlicher Kritik auseinandersetzen. Die zeitlichen und personellen Ressourcen verändern sich. Eine Auseinandersetzung mit der Organisationsentwicklung im Krankenhaus und die Anpassung von Konzepten an die veränderten Situationen ist erforderlich (vgl. Grossmann 2002, S. 7 f).

Zapp und Oswald, die sich mit dem Controlling im Gesundheitswesen beschäftigen, beschreiben das Krankenhaus als Dienstleistungs- sowie als Non-Profit-Unternehmen. Das Krankenhaus hat verpflichtende Leistungsziele und einen Versorgungsauftrag. Die Preisgestaltung ist vorgegeben. Die

Leistungen im Krankenhaus können sowohl ambulant, als auch stationär erfolgen. Die Arbeit im Krankenhaus kann *ärztliche Behandlungen, pflegerische Betreuung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, soziale Fürsorge, seelsorgerische Hilfe sowie Unterkunft und Verpflegung umfassen (§39 SGB V)* (vgl. Zapp und Oswald 2009, S. 20). *Hinzutreten können Leistungen in Lehre und Forschung* (Zapp und Oswald 2009, S. 20).

In Österreich kann der Patient meist wählen, in welchem Krankenhaus er sich behandeln lässt.

Österreichische Krankenhäuser haben laut Krankenanstaltengesetz (KAG) den Versorgungsauftrag alle Menschen, die ärztlicher Hilfe bedürfen, ambulant oder stationär zu behandeln. Weder die Herkunft, das Geschlecht, noch die Lebenssituation dürfen Einfluss auf die Behandlung des Patienten haben (vgl. Leprich, 2007).

In Österreich wird zwischen Standardkrankenhäusern (sie übernehmen die Grundversorgung von 50.000 bis 90.000 Einwohnern), Schwerpunktkrankenhäusern (gehobene Versorgung von 250.000 bis 300.000 Einwohnern) und Zentralkrankenhäusern (State-of-the-Art-Medizin, Universitätskliniken) differenziert (vgl. Leprich, 2007). Für Menschen mit spezifischen Erkrankungen oder Personengruppen gibt es *Sonderkrankenanstalten*, wie zum Beispiel das Heeresspital, die Krankenanstalt der Justizanstalt Wien-Josefstadt oder die Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher (vgl. Leprich, 2007).

Sind Frauen nach einer Fehlgeburt Patientinnen?

Über die Benennung der betreffenden Frauen herrschen im Setting Krankenhaus häufig unterschiedliche Ansichten. Mit dem Eintritt in ein Krankenhaus wird eine Person von ärztlicher und pflegerischer Seite erst einmal als Patient betrachtet. Andere Rollen (wie z. B. die Rolle der Mutter, der Managerin, der Beschützerin), die diese Frau hat, werden vorläufig ausgeblendet. Die Patientenrolle beschreibt Siegrist als abhängig und machtlos (vgl. Siegrist 1978 zitiert in: Veit 2004, S. 157). Von den Patienten wird erwartet, dass sie sich an Strukturen halten; ihre Mitbestimmung ist begrenzt. Der Patient soll für diagnostische, therapeutische und organisatorische Maßnahmen

möglichst jederzeit „präsent“ sein und Außenkontakte einschränken. Die Privatsphäre ist räumlich und persönlich sehr eingeschränkt (vgl. Veit 2004, S. 157 ff; Kulbe 2009, S. 38 f).

Im Krankenhaus werden viele Entscheidungen oder Handlungen, besonders bei beeinträchtigten oder schwerkranken Personen, vom Pflegepersonal oder von Ärzten übernommen. Dies bewirkt, dass sich das Verhalten der Patienten durch eine gewisse Form der Fremdbestimmung und Unmündigkeit charakterisieren lässt (vgl. Kulbe 2009, S. 36 f), trotz gesetzlicher Vorgaben, sowie ärztlicher und pflegerischer Ethik, nach der die Autonomie, die Selbstbestimmung und die Würde absolute Priorität besitzt. Nur in bestimmten Ausnahmefällen, z.B. bei Fremd- oder Selbstgefährdung, schwerer intellektueller Retardierung, oder bei Kleinkindern, sind Ausnahmen möglich.

6. Theoretische Grundlagen

6.1 Die Zeit der Bindung

In den Anfängen der Bindungsforschung in den 50er und 60er Jahren des 19. Jahrhunderts wurde angenommen, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind nach der Geburt entsteht. Das Kind wird jedoch bereits mit Merkmalen und Fähigkeiten, welche eine Bindung zu der umsorgenden Person ermöglichen, geboren. Aus diesem Grund wurde die ursprüngliche Theorie verworfen. Eine neuere Theorie besagt, dass die Bindung zwischen Mutter und Baby schon wesentlich früher beginnt. Klaus und Kenell (1987) halten die immense Trauer nach einer Fehlgeburt für einen eindeutigen Hinweis auf eine Bindung zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft (vgl. Schäfers 2009, S. 75).

So haben auch etwaige Ereignisse während der Schwangerschaft bereits Einfluss auf die Bindung zwischen dem Ungeborenen und der werdenden Mutter (vgl. Brisch und Hellbrügge 2010, S. 7).

Der Begründer der Bindungstheorie John Bowlby beschreibt Bindung als *„ein unsichtbares emotionales Band, das zwei Menschen über Raum und Zeit sehr spezifisch miteinander verbindet“* (Brisch 2010, S. 12). Kinder werden mit einer „Bindungsbereitschaft“ geboren und entwickeln im ersten Lebensjahr zu einer Hauptbindungsperson eine enge Beziehung. Der Wunsch dieser verbundenen Person nahe zu sein, kann bei Trennung seelische Schmerzen verursachen, die körperlichen Schmerzen sehr nahe kommen. Abhilfe kann nur durch die Nähe zur Beziehungsperson geschaffen werden (vgl. Brisch 2010, S. 12).

Brisch beschreibt weiters, dass die Bindung der werdenden Mutter und des werdenden Vaters zu ihrem Kind bereits vor und während der Schwangerschaft beginnt. Für die Bindung zwischen Eltern und Kind vor und nach der Geburt findet der Begriff „Bonding“ Verwendung. Es wird vermutet, dass auch bereits der Fötus in der Schwangerschaft eine Bindung zu Mutter und Vater aufbaut, was jedoch bisher nicht belegt werden konnte. Vorstellungen und Wünsche, wie das Leben mit dem Kind sein wird, bestimmen die Beziehung zum ungeborenen Kind. Werdende Eltern haben ein konkretes Bild von ihrem Kind. Die Fantasie der Eltern umfasst möglicherweise Wesen, Veranlagungen, Begabungen und

Intelligenz, sowie Geschlecht. Die Gedanken der Eltern gehen auch dahin, wie das Kind in Zukunft das (Zusammen-)Leben der Eltern verändern kann. Wird dieses Kind zwischen den Partnern stehen oder ein Bindeglied zwischen dem Paar werden? All diese Fantasien haben Einfluss auf das Bonding (vgl. Brisch 2010, S. 68).

So soll eine Mehrzahl der schwangeren Frauen ihren Föten als Kind mit konkreten Aussehen und Eigenschaften beschreiben. In der Vorstellung der werdenden Mutter ist das Kind bereits lange Zeit vor dem errechneten Geburtstermin real und Teil ihres Lebens (vgl. Unterthiner und Volgger 2008, S. 13).

Als Eltern kann man sich bereits fühlen, wenn das Kind noch nicht geboren wurde. Dazu trägt vor allem auch das Umfeld der werdenden Mutter bei, welches ihre Mutterschaft bereits wahrnimmt, und sie dadurch einen besonderen Status genießen lässt. Durch Gespräche über die Schwangerschaft und das ungeborene Kind wird ihr Rollenbild als Mutter gestärkt (vgl. Schüle in 2002 zitiert in: Unterthiner und Volgger 2008, S. 12).

6.2 Die Zeit vor der Diagnose

Teilweise können die Frauen eine Fehlgeburt im Frühstadium nicht gleich erkennen und sind im Unklaren, was in ihrem Körper vorgeht. Es ist möglich, dass der Beginn durch eine Blutung gekennzeichnet ist, jedoch ist eine Schmierblutung in der Schwangerschaft kein außergewöhnliches Ereignis. Mitunter kann es mehrere Wochen dauern und mehrere Arztbesuche erfordern, bis eine Fehlgeburt zuverlässig diagnostiziert werden kann. Im Laufe der Jahre hat die Diagnostik eine große Entwicklung erlebt und das Schwangerschaft Assessment in der Frühschwangerschaft kann bereits frühzeitig Aufschluss geben. Symptomlos abgelaufene Fehlgeburten (auch „verpasste Fehlgeburten“ genannt) werden meist bei einer Routine-Ultraschall-Untersuchung in der 10. bis 12. Schwangerschaftswoche festgestellt (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1003 ff).

Die Erinnerungen an die ersten Symptome sind noch Jahre nach der Fehlgeburt gegenwärtig. In einer Studie von Adolfsson (2010 b) wusste jede der

befragten Frauen, wann (Zeit) und wo (Ort) die Fehlgeburt begann. Eine Frau erinnerte sich, dass sie sich im Zug befand, als ihre starke Blutung begann. Eine andere Frau bekam Schmerzen, als sie mit ihrem Chef Kaffee trank. Wieder andere Frauen erinnerten sich, dass sie mit ihren älteren Kindern alleine zu Hause waren und keinerlei Hilfestellung hatten (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

6.3 Die Diagnose Fehlgeburt

Etwa 15% bis 25% der Frauen haben in der Frühschwangerschaft eine vaginale Blutung. Bei 50% der Frauen, die im ersten Drittel der Schwangerschaft vaginal bluten, besteht die Schwangerschaft weiterhin. Für die werdende Mutter ist dies ein beunruhigender Zustand, der sie sehr ängstigen kann. Es gibt jedoch mehrere Möglichkeiten für dieses Ereignis. Die wichtigsten Differentialdiagnosen, die mit vaginalen Blutungen einhergehen, sind Fehlgeburt, *ektopische Schwangerschaft* und *Schwangerschaftsdiabetes*, *Trophoblasterkrankungen* (auch Blasenmole genannt, eine atypische Entwicklung des Mutterkuchens, welche nur sehr selten stattfindet, ca. 1 zu 1000) (vgl. Snell 2009, S. 483 ff).

Eine der wichtigsten Untersuchungen während der Schwangerschaft ist die Ultraschalluntersuchung, welche darüber Auskunft gibt, ob das Kind innerhalb der Gebärmutter eingenistet ist und ob eine Herzaktion vorhanden ist. Außerdem können so das Wachstum des Kindes sowie die Chorionhöhle und der Dottersack kontrolliert werden (vgl. Snell 2009, S. 483 ff; Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1243 ff).

In der Frühschwangerschaft (vierte bis fünfte Woche) ist die Ultraschalluntersuchung noch nicht sehr aussagekräftig. In dieser Zeit kann man durch eine Blutuntersuchung (β -hCG-Wert) Informationen über die Entwicklung des Fötus erhalten (vgl. Snell 2009, S. 483).

Die Diagnose einer Fehlgeburt erfordert wiederholte Kontrollen (vgl. Schmidt-Matthiesen und Wallwiener 2005, S. 174).

Eine Befragung von 232 Frauen ergab, dass bei über 50% der Beginn des Schwangerschaftsverlustes mit einer Blutung diagnostiziert worden war. Zirka

40% der Frauen erhielten die Diagnose der Fehlgeburt während einer Ultraschalluntersuchung (vgl. Bergner, Beyer und Burghard 2009, S. 61).

Es wird wiederholt thematisiert, dass Frauen, die mit Symptomen einer Fehlgeburt in die Ambulanz kamen, in ihrer Behandlung bei den diensthabenden Ärzten eine geringe Priorität hatten. Dadurch kam es zu ausgedehnten Wartezeiten und längerer Ungewissheit für die werdenden Mütter, welche von diesen als sehr belastend erlebt wurde (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

Hingegen machten die befragten Frauen in einer Studie von Murphy und Merell (2009) positive Erfahrungen. Das Team von Ärzten, Pflegepersonen und der Person, die den Ultraschall durchführte, wurde von den Frauen als sehr beachtlich wahrgenommen. Das Team wiederum machte die Erfahrung, dass eine Fehlgeburt für Frauen ein bedrückendes Ereignis darstellt, die Reaktionen der Frauen jedoch sehr unbestimmbar und verschieden sein konnten (vgl. Murphy und Merell 2009, S. 1586). Obwohl die Frauen typische Anzeichen und Symptome hatten, die auf eine Fehlgeburt hinwiesen, war es für die betroffenen Frauen besonders wichtig, die Diagnose mittels Ultraschall überprüfen zu lassen (vgl. Murphy und Merell 2009, S. 1586).

Eine Frauenärztin berichtete, wie belastend es sei, wenn es zur Diagnose „Tod des Kindes“ kommt. Die ersten Sekunden und Minuten erscheinen als würde da ein „*großes schwarzes Loch*“ sein. Nichts ist mehr wie vorher und der Wunsch, alles rückgängig zu machen, enorm. Die ersten Worte nach der Diagnose sind nahezu jedes Mal: „*NEIN!*“ und „*Warum?*“. Die größte Herausforderung für die Eltern besteht darin, das Ereignis ohne Antwort auf das „*Warum?*“ hinzunehmen, den Tod des Kindes zu akzeptieren und unbeschadet zu überstehen. (vgl. Fleck-Bohaumilitzky und Fleck 2006, S. 67).

6.4 Formen einer Fehlgeburt

Es gibt unterschiedliche Formen von Fehlgeburten:

Spontanabortus

Ein Spontanabortus ist gekennzeichnet durch Schmerzen und Blutung (vgl.

Maris 2007, S. 28).

Stille Fehlgeburt

Die „stille Fehlgeburt“ verläuft ohne Blutung und Schmerzen; der Herzschlag oder das Wachstum des Babys sind nicht mehr vorhanden (vgl. Maris 2007, S. 29). Es kann mehrere Tage dauern bis der Verlust erkannt wird.

Leere Fruchtblase (vgl. Maris, 2007 S. 30)

Das Abortivei (ein befruchtetes Ei, welches sich nicht weiterentwickelt) hat Parallelen zur Missed Abortion. Im Ultraschall zeigt sich eine Schwangerschaft, deren Entwicklung jedoch nicht der errechneten Schwangerschaftswoche laut der letzten Regelblutung entspricht (vgl. Kiechle 2011, S. 187).

Extrauterin gravidität

Von „Extrauterin gravidität“ spricht man, wenn die Einnistung außerhalb der Gebärmutter stattfindet. Mögliche Orte für die Einnistung können unter anderem die Eierstöcke, die Bauchhöhle, der Gebärmutterhals und die Eileiter (häufigste Form der Extrauterin gravidität) sein (vgl. Kiechle, 2011 S. 191).

Habituelle Abort

Der habituelle Abort beschreibt drei oder mehrere aufeinanderfolgende Fehlgeburten (vgl. Kiechle 2011, S. 189).

6.5 Mögliche Ursachen einer Fehlgeburt

Die Statistik gibt nur sehr beschränkt Auskunft über die Ursachen einer Fehlgeburt. Menge (2004) kommt zu dem Ergebnis, dass die Ursache der Fehlgeburt lediglich in etwa 40% bis 60% der Fälle festgestellt werden kann (vgl. Menge u.a. 2004, S. 574).

Robinson schreibt in seiner Arbeit „Dilemmas related to pregnancy loss“, dass die Ursachen für eine erste oder zweite Fehlgeburt erst gar nicht untersucht werden und deswegen oft unbekannt bleiben (vgl. Robinson 2011, S. 571).

Frauen, die älter als 35 Jahre sind, haben zwei- bis dreimal häufiger eine Fehlgeburt als jüngere Frauen (vgl. Maris 2007, S. 33). Auch Nybo Andersen kommt zu dem Ergebnis, wonach das Alter (35 plus) der Mütter oder Väter ein

erhöhtes Risiko für eine Fehlgeburt darstellt (vgl. Nybo Andersen, Wohlfahrt und Christens 2000, S. 1708 ff).

Griebel, Halvorsen und Golemon kommen zu dem Schluss, dass die Ursache für Fehlgeburten in 50% der Fälle Chromosomenanomalien sind. Es gibt aber auch verschiedene andere Faktoren, die eine Fehlgeburt bedingen (vgl. Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1246).

6.5.1 Genetische Anomalien

Genetische Ursachen können chromosomale Abweichungen eines Elternteils sein, die zu Anomalien beim Embryo führen und häufig (ca. 10%) mit einer Fehlgeburt enden (vgl. Schneider 2006, S. 22).

6.5.2 Septischer Abort

Beim septischen Abort handelt es sich um eine Infektion, die zu folgenschweren Komplikationen führen kann. Pathogene Keime steigen durch den Gebärmutterhals auf und können innerhalb von wenigen Stunden die gesamte Gebärmutter oder die Tuben (Eileiter) und Adnexen (Eierstöcke) befallen und somit zu einer Adnexitis (Eierstockentzündung) führen. Als Folge der Eierstockentzündung kann es zu einer Bauchfellentzündung mit lebensbedrohlicher Symptomatik kommen (vgl. Kiechle 2011, S. 189). Weiters können eine Anzahl von viralen, bakteriellen oder parasitären Infektionen einen Spontanabort auslösen. Im Normalfall sind diese Erreger gut zu therapieren und nur in seltenen Fällen der Anlass für eine Fehlgeburt (vgl. Schneider 2006, S. 23).

6.5.3 Uterusfehlbildung

Fehlbildungen der Gebärmutter können erworben oder angeboren sein. Dazu gehören unter anderem Myome, intrauterine Synechien (Verklebungen bzw. Verwachsungen in der Gebärmutter) sowie eine Gebärmutterhalsinsuffizienz. Über die Häufigkeit an Fehlgeburten bei diversen Gebärmutterfehlbildungen sind in der Literatur sehr differenzierte Angaben zu finden (vgl. Schneider 2006, S. 22).

6.5.4 Erkrankungen der Frau

Typische Erkrankungen, die sich auf eine Schwangerschaft negativ auswirken können, sind Stoffwechselstörungen. Massives Übergewicht ist als Risikofaktor in der Frühschwangerschaft erwiesen. Auch bei dürrftig kontrollierten Diabetes mellitus besteht ein höheres Risiko zu einer Fehlgeburt. Hypo- oder Hyperthyreose werden oft als Abortrisiko überbewertet. Bei habituellen Aborten leiden nur ca. 2% unter einer Funktionsstörung der Schilddrüse (vgl. Schneider 2006, S. 24).

6.5.5 Genussmittel

Nikotin und Kaffee wird eine negative Auswirkung auf die Schwangerschaft zugesprochen, was jedoch nicht durch alle Studien belegt wurde. Wesentlich mehr Fehlgeburten gibt es bei Frauen mit Alkohol-, Opiat- oder Kokainmissbrauch (vgl. Schneider 2006, S. 23).

6.5.6 Schadstoffe

Als Schadstoffe für Schwangere sind unter anderen Zytostatika, Narkosegase, Farben, Lacke und diverse Reinigungsmittel bekannt, die ebenfalls zu einer erhöhten Zahl von Fehlgeburten führen können (vgl. Schneider 2006, S. 23 f).

6.5.7 Endokrine oder immunologische Ursachen

Durch eine endokrine Störung kann der Gelbkörper zu schwach ausgebildet sein. Dies führt zu einer unpassenden Umwandlung des Endometriums (Gebärmutterschleimhaut) (vgl. Schneider 2006, S. 24).

Manchmal ist ein Gelbkörpermangel der Grund für einen unerfüllten Kinderwunsch (vgl. Schneider 2006, S. 24). Wird vom Gynäkologen jedoch rechtzeitig die Diagnose gestellt und eine medikamentöse Therapie verordnet, so kann in vielen Fällen einer Fehlgeburt vorgebeugt werden. (vgl. <http://www.pageballs.com/gelbkoerperschwaeche-symptome-behandlung-und-ursache>).

In einer in Großbritannien durchgeführten Studie mit 603 Frauen, welche im ersten Trimenon ein Kind verloren hatten, wurden die Risikofaktoren für eine Fehlgeburt untersucht. Es wurde der Zusammenhang zwischen einem

gesunden Lebensstil, verhaltensbedingten Faktoren und der Gefahr einer frühen Fehlgeburt analysiert. Zu berücksichtigen ist, dass die Aufzeichnungen der Mediziner nicht immer vollständig waren und manchmal mehrere Risikofaktoren zusammenwirkten. Diese Studie widerspricht der häufigen Meinung, wonach der frühe Verlust eines Kindes in Zusammenhang mit dem sozialen Status, dem Beruf oder mit anstrengenden Tätigkeiten stehe. Weder der Koffeinkonsum, noch Stress bei der Arbeit konnten als ein erhöhtes Risiko, welches zu einer Fehlgeburt führen kann, festgestellt werden (vgl. Maconochie, Doyle und Prior 2007, S. 170 ff).

Folgende wichtigste Ergebnisse ergab die Untersuchung:

<i>Factors associated with increased risk of first trimester miscarriage</i>	<i>Factors associated with decreased risk of first trimester miscarriage</i>	<i>No evidence of association with risk of first trimester miscarriage</i>
Socio-demographic factors	Obstetric factors	Socio-demographic factors
<i>Maternal age more than 35 years</i>	<i>Previous live birth</i>	<i>Social class</i>
<i>Not living with the father of the baby</i>	<i>Nausea</i>	<i>Education</i>
Pre-pregnancy BMI	Vitamins and diet	Obstetric factors
<i>Being underweight</i>	<i>Taking vitamins (in particular folic acid, iron and multivitamins)</i>	<i>Pregnancy order (after accounting for previous pregnancy outcome)</i>
Obstetric factors	<i>Eating fresh fruits and vegetables daily</i>	<i>Short pregnancy interval</i>
<i>Previous miscarriage</i>	<i>Eating dairy products daily</i>	<i>Pre-eclampsia in previous pregnancies</i>
<i>Previous termination of pregnancy</i>	<i>Eating chocolate daily</i>	Work
<i>Longer time to conception</i>	<i>Possibly eating white meat and fish twice weekly or more</i>	<i>Full-time work</i>
<i>Infertility problems, particularly tubal infertility</i>	Indicators of wellbeing	<i>Sitting or standing for 6 hours or more per day at work</i>
<i>Assisted conception</i>	<i>Feeling happy and relaxed</i>	<i>Lifting heavy objects or people at work</i>
Indicators of stress	<i>Planned pregnancy</i>	
<i>Being stressed or anxious</i>		

Factors associated with increased risk of first trimester miscarriage	Factors associated with decreased risk of first trimester miscarriage	No evidence of association with risk of first trimester miscarriage
Experiencing one or more stressful or traumatic event	Air travel	Diet
Having a stressful job	Sexual intercourse (no bleeding)	Eating red meat, eggs, soya products and sugar substitutes
Alcohol		Caffeine consumption (after accounting for nausea)
Regularly drinking alcohol		Smoking and alcohol
High alcohol consumption		Smoking
Paternal factors		Moderate and occasional alcohol consumption (after accounting for nausea)
Changing partners		
Paternal age more than 45 years		
Other factors		Exercise
Bleeding during sexual intercourse		Strenuous exercise
		Paternal smoking and alcohol
		Paternal preconceptual alcohol
		Paternal preconceptual smoking (and during the first 12 weeks)

Tabelle 1: Untersuchungsergebnisse

(Maconochie, Doyle und Prior 2007, S. 183)

6.6 Häufigkeit

Es gibt keine Studie, welche eine zuverlässige Aussage über die Häufigkeit aller Fehlgeburten geben könnte. Wolter beschreibt, dass in Deutschland 10% bis 20% der diagnostizierten Schwangerschaften zu einem Spontanabort führen (vgl. Wolter 2010, S. 92). Zwick (2010) gibt an, dass 10% bis 15% der bestätigten Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt enden (vgl. Zwick 2010). Die meisten Fehlgeburten finden im ersten Trimenon statt, wo der Mutter häufig noch nicht bewusst ist, dass sie schwanger ist. Die Fehlgeburt kann von der

betroffenen Frau als verzögerte, intensive Regelblutung wahrgenommen werden (vgl. Zwick 2010; Wolter 2010, S. 92). Statistiken belegen, dass ältere Frauen häufiger eine Fehlgeburt erleiden. Untersuchungen haben ergeben, wonach 40-jährige Frauen dreimal öfter betroffen sind als 20-jährige (vgl. Wolter 2010, S. 92).

Die Ergebnisse einer im Jahr 1999 von Hemminki und Forssas durchgeführten Studie mit 2.190 finnischen Frauen im Alter von 18 bis 44 Jahren zeigten, dass 15% bis 20% der Schwangerschaften vor der 20. Schwangerschaftswoche mit einer Fehlgeburt endeten. In der Altersgruppe der 25 bis 29-Jährigen wurden 27% mit einer Fehlgeburt konfrontiert. Bei Frauen über 45 Jahren lag die Fehlgeburtenrate bei 75% (vgl. Hemminki und Forssas 1999 zitiert in: Robinson 2011, S. 571).

Eine sehr aufwendige und aussagekräftige Studie haben Forscher zwischen 1981 und 2001 mit Frauen aus Göteborg durchgeführt. Insgesamt wurden 2.102 Frauen in Bezug auf die Anzahl ihrer Schwangerschaften, diagnostizierte Fehlgeburten und andere Beeinträchtigungen befragt. Die Angaben der Frauen wurden mit den Daten aus den Krankenhausdateien verglichen. Die Befragung der Frauen erstreckte sich auf 20 Jahre, vom 19. bis 39. Lebensjahr der Frauen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass mehr als 10% aller festgestellten Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt endeten. Eine von vier Frauen hatte im Alter von 19 bis 39 Jahren eine Fehlgeburt erlebt. Beinahe 10% der Frauen waren drei oder mehrere Male mit dem Verlust eines Babys konfrontiert. Die höchste Anzahl an Fehlgeburten (17,5%) hatten Frauen im fortgeschrittenen Alter (35-39 Jahre). Die Verluste fanden unabhängig von der Reihenfolge der Schwangerschaften statt (vgl. Blohm, Friden und Milsom 2008, S. 176).

Scroggins, Smucker und Krishen (2000) behaupten, dass das Risiko für eine Fehlgeburt von 50% auf 3% abnimmt, sobald ein Herzschlag des Babys mittels Ultraschall festgestellt werden kann (vgl. Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1245).

7. Interventionen, Behandlungsmöglichkeiten, Therapien

7.1 Entscheidungen

Nach der Diagnose Fehlgeburt sind Entscheidungen zu treffen. Diese Zeit wird von den betroffenen Frauen als sehr stressreich erlebt. Die Frauen reagieren auf körperlicher und psychischer Ebene. Sie trauern um ihr Baby, erleben Chaos und Verwirrung, haben Gefühlsschwankungen und gesundheitliche Defizite. Oft sind sie auch in ihrem sozialen Umfeld und beruflichen Bereich sehr beeinträchtigt (vgl. Brier 2008, S. 451 ff; Bonanno 2001, S. 705 ff).

Im Schock steigt der Adrenalinpiegel und die Fähigkeit, klar zu denken, ist beeinträchtigt. Entscheidungen, die vorher niemals Thema gewesen sind, sollen getroffen werden. In dieser Phase scheint es kaum möglich, die Optionen nach einer Fehlgeburt einzuschätzen und zu erkennen, welche Auswirkungen die Handlungen auf die künftige emotionale Verarbeitung der Fehlgeburt haben werden (vgl. Lothrop 2011, S. 55).

Die Entscheidung, wie schnell und auf welche Weise sie sich vom toten Föten trennen möchte, obliegt der betroffenen Frau. Bei einer Curettage (Ausschabung) werden noch vorhandene Reste des Embryos, Gewebereste und der Mutterkuchen entfernt. Eine Ausschabung wird empfohlen, wenn die Schwangerschaft bereits die 7. bis 8. Woche überschritten hat. Entscheidet sich die Frau gegen eine Curettage, kann dies zu einer starken und sehr schmerzhaften Blutung, die über mehrere Tage dauert, führen. Vor der 7. bis 8. Woche ist eine Ausschabung nicht erforderlich. Es ist auch eine Unterstützung mit medikamentöser Therapie möglich. In den meisten Fällen kann die Frau selbst eine Entscheidung treffen. Zieht es ein Teil der Frauen vor, eine Vollnarkose und den Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, um in Ruhe und bewusst Abschied zu nehmen, so möchten andere Frauen die Fehlgeburt nicht länger mit sich tragen (vgl. Maris 2007, S. 28; Smith, Frost und Levitas 2006, S. 198 ff).

Smith, Frost und Levitas (2006) haben in einer Untersuchung 72 Frauen über ihre Erfahrungen mit den unterschiedlichen Behandlungsmethoden nach einer Fehlgeburt befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass sich einige Frauen gegen eine

Curettage entschieden hatten, da sie dachten, dass eventuell eine Fehldiagnose vorliegen könnte und sie mit der Zustimmung zu einer Curettage an der Tötung ihres Babys beteiligt gewesen wären (vgl. Smith, Frost und Levitas 2006, S. 198).

„I didn't want a D & C [dilation and curettage], I didn't ... I know it sounds silly, 'cos the baby was already dead, but I don't agree with abortion, and things like that, and to me it felt the same; I wanted to do it on my own, and I got the D & C.“ (Surgical management) (Smith, Frost und Levitas 2006, S. 200).

Während der Entscheidungsfindung kann es für die Frau nach ihrer Fehlgeburt dienlich sein, wenn der Arzt oder das Pflegepersonal mit der betroffenen Frau das Gespräch sucht und sie nach ihren Gedanken, Zweifeln oder Ängsten betreffend der Fehlgeburt fragt. In diesem Dialog können offene Fragen geklärt und die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Therapien nochmals abgewogen werden. Durch die Zuwendung werden Ängste abgebaut und das Geschehen kann besser verarbeitet werden (vgl. Rauchfuss 2000, S. 178 ff). Weitere Aspekte zu dieser Thematik folgen in einem späteren Kapitel.

Auch bei einer *stillen Fehlgeburt*, wenn das Kind ab einem Zeitpunkt nicht mehr wächst oder keinen Herzschlag hat, kann man sich für unterschiedliche Behandlungsmethoden entscheiden. Die Empfehlung der Ärzte liegt hier zwar meist bei einer Curettage, um die Frau vor den belastenden Tagen des Wartens und der daraus resultierenden seelischen Belastung zu behüten, jedoch trifft auch hier die Frau die Wahl (vgl. Maris 2007, S. 30).

Es bedarf keiner raschen Entscheidung. Die Frau sollte, auch wenn sie sich gegen eine Curettage und einen Krankenhausaufenthalt entscheidet, von den Ärzten und Pflegepersonen eine effiziente Betreuung erfahren (vgl. Maris 2007, S. 30).

In der Regel wird die Zustimmung von der Mutter gegeben, wenn sie über die Sachlage und die geeigneten medizinischen Möglichkeiten durch den Arzt ausreichend informiert worden ist. Die Frau soll genügend Zeit haben, um die relevanten Risiken und den Nutzen der unterschiedlichen Methoden verstehen

und abwägen zu können, bis sie eine Entscheidung trifft.

Neuere Studien belegen, dass sich eine Vielzahl von Frauen, wenn sie die Wahl hat, gegen eine Curettage entscheidet. Patientinnen mit einem kompletten Spontanabort brauchen nur selten medizinische oder chirurgische Eingriffe. Das abwartende Vorgehen nach einer unvollständigen Fehlgeburt hat unterschiedliche Erfolgsraten, bei einer medikamentösen Therapie mit Misoprostol liegt eine ca. 80-prozentige Erfolgsquote vor. Wenn die Fehlgeburt noch unvollständig ist, führt die abwartende Methode in der Regel in ein bis zwei Wochen zum gewünschten Ergebnis. Eine sofortige Curettage wäre die Therapie der Wahl, wenn die Frau wegen starker Blutungen instabil ist oder der Befund eines septischen Abortus vorliegt (vgl. Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1247).

7.2 Erfahrung mit Entscheidungen

Ogden & Maker haben in einer Londoner Klinik Frauen, bei denen innerhalb der ersten vierzehn Schwangerschaftswochen eine Fehlgeburt diagnostiziert worden war, zu ihren nachfolgenden Behandlungen befragt. Die Frauen wurden gefragt, welche Gründe für ihre Entscheidung (Curettage oder medikamentöse Therapie) ausschlaggebend waren und welche Erfahrungen anschließend mit der gewählten Behandlung gemacht wurden. Alle Frauen berichteten, dass sie mehr Zeit gebraucht hätten, um eine solch bedeutende Entscheidung zu treffen, und dass sie sich in dieser Krise überfordert gefühlt hätten (vgl. Ogden & Maker 2004, S. 464).

„As soon as you're told you've had a miscarriage...I don't think you need time, as in a couple of days time, but like, let it sink in...but it was kind of so quick, you know, it just happened so quickly, I thought, oh no what do I do, what do I do.“ (Ogden & Maker 2004, S. 464).

Das vielfältige Angebot an Behandlungsformen ist für Frauen nach einer Fehlgeburt oft zu komplex. Viele Frauen sind verunsichert und fühlen sich unter Druck gesetzt (Ogden & Maker 2004, S. 465).

„They gave me no information from which to make a decision. I kept saying what do you think I should do...and I just thought who am I to say

whether which is the best thing to do, you must know better than I do.“
(Ogden & Maker 2004, S. 465).

Manche Frauen setzten den Fokus auf „Natürlichkeit“; andere wiederum entschieden sich aus Angst vor einer stationären Aufnahme und einer Operation gegen eine Curettage (vgl. Ogden & Maker 2004, S. 465).

„I don't want the operation.... I remember [the doctor] told me 'don't be worried you are going to have a good and much better natural abortion. You know the body has its intelligence“ (Ogden & Maker 2004, S. 465).

Viele Frauen stehen unter Stress, schnellstmöglich wieder in ihr familiäres oder berufliches Leben zurückzukehren und sind deshalb in ihrer Entscheidung beeinflusst.

„I remember thinking about the three options, and coming to the conclusion that, at least a D & C was quick ... because at the time I'd been off work for 3 weeks already ... and I just thought: I don't want to wait anymore, particularly as I don't know what's going to happen.“ (Smith, Frost und Levitas 2006, S. 200).

Dem Entschluss, eine Curettage vornehmen zu lassen, ging meist der Wunsch nach einer raschen Lösung voran. Eine Frau, die ursprünglich beschlossen hatte, keine Curettage vornehmen zu lassen, meinte sie sei in Panik geraten und wollte nicht länger warten (vgl. Ogden & Maker 2004, S. 465).

„...I thought 'Oh no I have to get rid of this.... I can't have this in me any longer'.“ (Ogden & Maker 2004, S. 465).

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Frost, Bradley und Levitas (2007). Frauen, die darüber informiert worden waren, dass ihr Embryo nicht mehr lebe, berichteten von einem Ekelgefühl bei der Vorstellung, dass sie ein *'dead thing'* in ihrem Körper trugen. Sie waren bemüht, die Curettage möglichst rasch hinter sich zu bringen. Andere Frauen wiederum hatten noch Zweifel am Tod ihres Babys. Sie hofften, *'the child'*, wie sie es benannten, würde möglicherweise noch leben und entschieden sich gegen einen chirurgischen Eingriff (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1003 ff).

Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Frauen trotz Informationen über die drei unterschiedlichen Behandlungsmethoden (abwartende, medikamentöse und chirurgische) unsicher waren und für ihre Entscheidung noch mehr Zeit gebraucht hätten. Eine Curettage ist nicht die erste Wahl. Einige Frauen dachten, es wäre für sie ein Nutzen, die Fehlgeburt bewusst zu erleben. Sie erwarteten, durch den bewussten Abschied eine Erleichterung in der Trauer um ihr Kind zu erfahren. Manchmal fiel die Wahl aber auch aus Angst vor der unbekanntem Situation (Schmerzen, Blutung) oder aus Gräuel vor dem “undefinierbaren Etwas” auf einen chirurgischen Eingriff.

7.3 Therapeutische Maßnahmen

7.3.1 Curettage

Die Curettage ist eine instrumentelle Ausräumung, die unter Vollnarkose oder Spinalanästhesie erfolgt. Dabei werden die noch vorhandenen Gewebereste der Schwangerschaft entfernt. Eine mögliche Komplikation der Curettage ist die Uterusperforation (vgl. Kiechle 2011, S. 187).

Die Curettage wird meist als harmloser Routineeingriff präsentiert. Das Aufklärungsprotokoll über die Abortcurettage informiert unter anderem darüber, dass bei einer Perforation der Gebärmutter auch umliegende Organe verletzt werden können, was eventuell zu einer massiven Blutung und in weiterer Folge zu einem Bauchschnitt führen kann. Selten kann eine Curettage dazu führen, dass man im Anschluss Blutkonserven benötigt. Infektionen oder eine Thrombose sind ebenfalls mögliche Komplikationen (vgl. Aufklärungsprotokoll über die Abort-Kürettage. Version 2000, S. 1 f).

7.3.2 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie erfordert laut Kiechle (2011) keinen stationären Aufenthalt. Es werden *Prostaglandine*, wie z. B. *Misoprostol* zusammen mit einem vorgängigen *Antigestagen* oder einem *Antimetaboliten* verabreicht (vgl. Kiechle, 2011 S. 187). In der Literatur von Schmidt-Matthiesen und Wallwiener wird ein stationärer Aufenthalt nach einer *Prostaglandine*-Verabreichung empfohlen, da es zu bedrohlichen Blutungen kommen kann (vgl. Schmidt-Matthiesen und Wallwiener 2005, S. 174).

Die Ausstoßung des Fötus kann sich bei Anwendung der medikamentösen Therapie mehrere Tage hinziehen. Manchmal wird zusätzlich eine Curettage erforderlich, um Gewebereste der Schwangerschaft zu entfernen (vgl. Kiechle 2011, S. 187).

Hier ist wichtig, dass die behandelte Frau über Kontraktionen, Blutungen und ein eventuelles Ausbleiben des vollständigen Abgangs gut informiert entlassen wird. Nach eigener Erfahrung ist in dieser Phase ein gutes soziales Netz für die betroffene Frau von großer Wichtigkeit, da sie sich nicht in pflegerischer Betreuung befindet und keine konkreten Zeitangaben über die Laufzeitdauer gemacht werden können.

7.3.3 Abwartendes Verhalten

Man spricht von „abwartendem, passivem Verhalten“, wenn auf die Beendigung der Fehlgeburt ohne medizinischen Einfluss (Medikamente oder Curettage) gewartet wird. Wichtig ist in dieser Zeit den Serumspiegel (HCG) laufend zu kontrollieren (vgl. <http://www.fehlgeburt.at/fehlgeburt.html#a6>).

7.3.4 Fazit

Um Infektionen der Gebärmutter und massive Blutungen zu verhindern, war lange Zeit nach einer Fehlgeburt im ersten Trimenon eine Curettage die erste Wahl der Therapie. Um festzustellen, ob signifikante Unterschiede in der Anzahl von gynäkologischen Infektionen zwischen Curettage, abwartendem Verhalten und medikamentöser Therapie bestehen, wurden unter anderem in einer großangelegten Studie 1.200 Frauen untersucht. Dabei zeigte sich, dass es generell nur in seltenen Fällen (2% bis 3%) nach einer Fehlgeburt zu einer Infektion kommt. Auch bei der Häufigkeit der Infektionen gab es bezüglich der drei Methoden keine Abweichungen. Die Zahl der ungeplanten Aufnahmen in eine Klinik und der ungeplanten Curettagen war sowohl in der Gruppe der „abwartenden Methode“ als auch in der Gruppe mit der „medikamentöse Therapie“ bedeutend höher (vgl. Trinder, Brocklehurst und Porter 2006, S. 1235 ff). Egal, welche Therapie angewendet wurde, sechs bis acht Wochen nach einer Fehlgeburt gab es keine Unterschiede betreffend Angst oder Depression. Ebenso gab es keine Unterschiede die Aktivitäten des täglichen Lebens

betreffend (vgl. Trinder, Brocklehurst und Porter 2006, S. 1239). Andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. Swanson, Connor, Jolley 2007, S. 2 ff).

8. Das Erleben der Fehlgeburt

Der deutsche Frauenarzt Maris fasst das Erleben einer Fehlgeburt in einem Satz zusammen „*Die Seele der Betroffenen füllt sich mit Schrecken, Leere, Trauer, Verzweiflung und Schmerz*“ (Maris 2007, S. 28).

Das Erleben einer Fehlgeburt wird zwar unterschiedlich wahrgenommen, dennoch folgen danach bei vielen Frauen Trauer und depressive Gedanken. Auch Schuldgefühle, Zorn, Angst und Neid auf Schwangere sind mögliche Folgen der Trauer (vgl. Näf 1994, S. 16).

Eine Studie mit 25 Frauen aus Schweden, die vier Wochen nach einer Fehlgeburt befragt wurden, belegt, dass die Trauer nach einer Fehlgeburt eine normale Erscheinung ist, jedoch je nach kulturellen und persönlichen Eigenschaften sehr unterschiedlich ausfallen kann. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen auch, dass die Trauer nach einer Fehlgeburt mit der Trauer nach dem Verlust eines nahen Angehörigen vergleichbar ist (vgl. Adolfsson 2010 a, S. 201 ff; Stratton und Lloyd 2008, S. 5 ff).

Der katholische Theologe Hecking und die reformierte Pfarrerin Moser beschreiben eine Fehlgeburt zwar als erschütternde Erfahrung, aus theologischer Sicht jedoch von Gott bestimmt. Das Ereignis der Fehlgeburt soll die Vergänglichkeit in das Bewusstsein rücken. Der Verlust könnte auch einen positiven Einfluss auf die Sichtweise und die Sensibilität für das irdische Leben haben (vgl. Hecking und Moser 2006, S. 25).

Für nicht betroffene Personen ist es Lothrop zufolge kaum vorstellbar, dass eine Fehlgeburt im Frühstadium ein dermaßen einschneidendes Ereignis bedeuten kann (vgl. Lothrop 2011, S. 28).

8.1 Verlust

Sammer beschreibt Verlust als *eine unfreiwillige und unwiederbringliche Trennung* (Sammer 2010, S. 16). Wenn ein Mensch eine geliebte Person oder ein Objekt verliert, ohne darauf Einfluss nehmen zu können, und vor allem, wenn dies endgültig ist, spricht man von Verlust.

Wenn es manchmal auch nicht der Realität entspricht, so ist dennoch ein Verlust gedanklich immer mit einem Nachteil der eigenen Lebenssituation behaftet. Ein Verlust kann das eigene Weltbild ins Wanken bringen. Nicht jeder Verlust verursacht die gleichen Emotionen und Gefühle. So kann der Umgang mit manchen Verlusterlebnissen sehr gut gelingen, andere Verluste wiederum können große Betroffenheit auslösen. Für andere Personen ist es kaum verständlich, welche Bedeutung der Verlust für den Betroffenen hat (vgl. Sammer 2010, S. 16).

8.1.1 Der „uneindeutige“ Verlust

Mit „uneindeutigem Verlust“ kann einerseits der „Verlust der Persönlichkeit“ eines Menschen z.B. nach einem Schlaganfall gemeint sein, andererseits spricht man davon, wenn die Erinnerung an einen verstorbenen Menschen für die Hinterbliebenen noch gegenwertig ist, obwohl der Mensch bereits physisch nicht mehr da ist (vgl. Boss 2008, S. 13). Ähnlich stellt sich die Situation einer Frau und ihres Mannes nach einer Fehlgeburt dar. Ihr Denken, ihre Lebensplanung, alles drehte sich nur um dieses Kind, das sie erwarteten. Durch die Fehlgeburt sind ihre Hoffnung und ihr Lebensinhalt verloren. Sie trauern um ein Wesen, *das sie nie gekannt haben* und mit dem sie doch in Liebe verbunden waren. Trotz des eingeschränkten Wissens über das Kind war es doch real spürbar (vgl. Maris 2007, S. 67).

Der „uneindeutige Verlust“, wie er von Boss genannt wird, gilt als große Herausforderung. Diese Form von Verlust lässt die Betroffenen häufig erstarren und ist von *Schmerz, Verunsicherung, Entsetzen* und *Leiden* begleitet. Die Person fühlt sich ausgeliefert und erlebt die Situation als unerträglich (vgl. Boss 2008, S. 11 f).

Die Fehlgeburt in der Frühschwangerschaft ist ein Verlust eines (potenziellen) Lebens.

Dieses Ereignis lässt für die Betroffene viele Fragen offen und macht das Geschehen besonders quälend. Es fehlen Todeszeitpunkt und Todesursache. Auch können Zweifel bestehen, ob der Fötus überhaupt jemals gelebt hat (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012). Boss beschreibt, dass sich der

Abschluss des Verlustes schwieriger gestaltet, wenn der Verlust uneindeutig ist und es hierfür keine richtige Bestätigung gibt (vgl. Boss 2008, S. 11 f).

Da der Entwicklungsstand der *Leibesfrucht* oft ein Geheimnis bleibt und unklar ist, ob es sich tatsächlich um ein lebensunfähiges Kind gehandelt hat, wird der Verlust für die Mutter oft unbegreiflich. Sie kann nicht abschätzen, was geschah. Die Reaktionen der Frauen auf eine Fehlgeburt sind sehr unterschiedlich. Manche können nicht verstehen, was passiert ist, andere sprechen von dem Verlust eines Babys, einem verlorenen Familienmitglied oder einem Verlust an Möglichkeiten (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012).

8.1.2 Verlust – ein Tabuthema

Nicht selten wird der Tod eines nahen Angehörigen als persönliches Versagen wahrgenommen, da man nicht in der Lage gewesen ist, für einen positiven Ausgang zu sorgen. Kontrolle und Beherrschbarkeit, die in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert haben, lassen Schwäche und Versagen nicht zu. Daraus resultiert, dass der Trend dahin geht, Verluste geheimzuhalten. Trauer hat für einen gewissen Zeitraum Platz, bald danach wird jedoch erwartet, dass der Übergang zur Tagesordnung möglich ist (vgl. Boss 2008, S. 11 f).

„(...) *Da war was, und jetzt ist es weg*“ (Lothrop 2011, S. 29). Frauen sind nach einer Fehlgeburt mit ihrer Trauer und dem Verlusterleben alleine und denken, dass sie auf Unverständnis stoßen, da ihr Verlust für das Umfeld, für welches das verlorene Kind oft noch nicht als ein solches existent gewesen ist, nicht nachvollziehbar ist (vgl. Lothrop 2011, S. 29).

8.1.3 Der Umgang mit dem Verlust

Eine Studie von Frost, Bradley und Levitas zeigt, dass einige Frauen, obwohl sie sahen, dass sie ihr Kind verloren hatten, dies nicht akzeptieren wollten (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012; Adolfsson 2010 b, S. 77). Erst nach einer Ultraschalluntersuchung konnten diese Frauen das Ereignis wahrnehmen (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

Für manche Frauen ist es nicht einfach, ihr Schicksal anzunehmen und den Verlust als solchen zu akzeptieren:

“I thought: well, it's only a fingernail, you know, it's not a baby.” (Interview 46)
(Frost, Bradley und Levitas R. 2007, S. 1012).

„I don't think that I miscarried a child . . . it was a small seed as such, so I never thought of it as being a baby really . . . I never thought of it as being a formed baby that I was miscarrying.“ (Interview 24) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012).

8.1.4 Bedeutung des Verlustes

Der ungewollte Verlust einer Schwangerschaft kann sehr viel Leid und Traurigkeit verursachen. Egal, auf welche Weise der Verlust geschieht, es sind immer vergleichbare und differenzierte Symptome und Verhaltensmuster bei den betroffenen Frauen zu beobachten. Dies können Trauer, Angst und Zukunftsängste sein. Ebenso sind Ängste, nie wieder schwanger zu werden oder anderen Frauen mit Babys zu begegnen, möglich. Die Intensität des Verlusterlebens ist nicht von der Dauer der Schwangerschaft abhängig, sondern davon, was es **für die Frau bedeutet**, ein Kind zu bekommen (vgl. Robinson 2011, S. 573).

8.1.5 Der Verlust eines Babys

Obwohl es sehr häufig in der frühen Schwangerschaft zu einer Fehlgeburt kommt, ist dies für die betroffenen Frauen kein gewöhnliches Ereignis. Auch wenn es für das Umfeld noch nicht wahrnehmbar gewesen ist, erleben die meisten Frauen die Fehlgeburt als Verlust eines Kindes und aller damit verbundenen Zukunftspläne (vgl. Sejourne, Callahan und Chabrol 2010, S. 403).

In der Untersuchung von Frost, Bradley und Levitas machten die Frauen sehr deutlich, dass es nicht um den Verlust eines Föten oder Embryos ging, sondern um den Verlust eines Kindes (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012).

“Although it was only a 10-week foetus, embryo in medical eyes, to me when it happened, it felt as though I'd lost a baby.“ (Interview 3) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012).

“It became very real then, I wasn't just losing blood, I was losing my baby.”
(Interview 20) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1012).

8.1.6 Der Verlust eines Familienmitgliedes

Unabhängig vom Gestationsalter, in dem die Frauen ihre Kinder verlieren, personifizieren manche Frauen ihren Verlust. Das Kind wird als männlich oder weiblich identifiziert und als Familienmitglied wahrgenommen (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

8.1.7 Ein Verlust an Möglichkeiten

Der Wunsch vieler Frauen ist schwanger zu sein und ein Kind zu gebären. Das Ereignis der Fehlgeburt bedeutet den Verlust der Träume, Hoffnungen, Erwartungen und Möglichkeiten (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

Es geht nicht nur um den Verlust eines Embryos oder Fötus, sondern um den Verlust eines Traumes. Die leere Fruchtblase bedeutet den Verlust der Mutterschaft (vgl. Cecil 1994 zitiert in: Adolfsson und Larsson 2010 a, S. 201 ff).

“I was looking forward ... it was our first child, would have been our first child, and we were looking forward to it so incredibly, saw the future very much as a great thing,”(Adolfsson und Larsson 2010 a, S. 205).

„It's a loss of experience I suppose, the loss of a child, or the loss of something, I wouldn't say so much the loss of a child, because the child, um, was never there, um, loss of possibility.“ (Interview 11) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

8.1.8 Der Verlust der Mutterschaft

Bei Frauen, bei welchen aufgrund der biologischen Gegebenheiten eine Schwangerschaft nicht mehr möglich ist, wird der Abgang des Babys als Verlust der Mutterschaft wahrgenommen (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

„I felt sad about it because that was my last, in my mind, last stab at having a child . . . and you know, just sort of issues around that, you know, the end of a phase of my life . . . that kind of issue, rather than with physically what happened, that's all . . . I think that the one thing that I will always think about,

and feel a bit sad about, is that I'm not going to have any more children.“
(Interview 9) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

8.1.9 Der Verlust des Glaubens

In der Untersuchung von Swanson, Connor und Jolley berichtet eine Frau, dass sie das Gefühl hatte, viele Dinge gingen mit ihrer Fehlgeburt verloren. Sie beklagt den Verlust des Babys, den Verlust des Glaubens und den Kontrollverlust (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 7).

8.1.10 Der narzistische Verlust

Schwangere Frauen haben ein Bild von ihrem Kind und Ansprüche an ihre Mutterrolle. Die Mutterrolle bestimmt den Selbstwert. Endet eine Schwangerschaft vorzeitig, kann die Frau den Verlust als Teil von ihr selbst erleben. Die Psychologie nennt dies narzistischen Verlust (vgl. Leon 1992 zitiert in: Beutel 2002, S. 50).

Auch Bergner, Beyer und Klapp beschreiben einen Frühabort, welcher von ihnen bis zur 14. SSW festgelegt wird, als Versagen oder narzistische Kränkung, da laut ihrer Studie das Kind in diesem Stadium von der Mutter noch nicht als eigenständige Person gesehen wird (vgl. Bergner, Beyer und Klapp 2009, S. 64).

8.1.11 Laufende Erinnerung an den Verlust

Einige Frauen visualisieren das Baby nach der Fehlgeburt, als würde es noch vorhanden sein. Die betroffenen Frauen vergleichen sich mit anderen schwangeren Frauen oder mit Müttern, die erst vor kurzem entbunden haben (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

„I think that she would have been five months old, you know, I look at other people, and I think: that would have been me.“ (Interview 48) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1013).

Auch Jahre später ist der Verlust um den Jahrestag des errechneten Geburtstermins bei vielen Müttern noch ein Thema. An diesen Tagen wird bewusst, wie alt das Kind nun wäre, welches verloren ging. In dieser Phase fühlen sich die Frauen meist einsam und unverstanden, da andere erwarten,

dass der Verlust kein Thema mehr sein dürfte (vgl. Harris und Daniluk 2010, S. 717).

8.1.12 Gefühle der Leere

Viele Frauen beschreiben nach einem Verlust der Schwangerschaft ein Gefühl der körperlichen und emotionalen „Leere“ (vgl. Murphy und Merrell 2009, S. 1587; Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1014).

„But I wasn't expecting to feel the way I did ... to have this baby. It was even as if my womb was empty. It was very ... I can't even describe the feeling; it's a very very strange feeling, very strange feeling-empty, empty womb. Oh yes, yeah, really I, as if part of me had gone. Yes it's a part of me, all hopes, it was almost despair really.“ (Murphy und Merrell 2009, S. 1587).

8.2 Stress

Mehreren Studien zufolge zählt Stress zu den klassischen Reaktionen nach einer Fehlgeburt (vgl. Leppert und Pahlka 1984; Friedman und Gath 1989; Prettyman et al 1993 zitiert in: Frost, Bradely und Levitas 2007, S. 1005).

8.2.1 Begriffsdefinitionen

Der Begriff „Stress“ ist seit einiger Zeit im Sprachgebrauch integriert und kommt in vielen Bereichen zum Einsatz. Meist werden damit psychische oder körperliche Befindlichkeitsstörungen zum Ausdruck gebracht. „Stress“ (lat. strictus) wurde aus dem Englischen übernommen. Der Terminus steht im Zusammenhang mit Technik und Physik und bedeutet Druck, Belastung oder Spannung (vgl. Rensing 2006, S. 4). Bereits im frühen 14. Jahrhundert findet sich Stress auch als Ausdruck von Härte oder Not (vgl. Cox 1978 zitiert in: Rice 2005, S. 127).

Hans Selye (1936) verwendete diese Bezeichnung auch für die Abläufe im menschlichen Körper. Er war gemeinsam mit Cannon (1929) der Erste, der sich der Stressforschung widmete. Cannon untersuchte welche Auswirkungen *Schmerz, Hunger, Angst und Wut* auf den menschlichen Organismus haben. Selye differenzierte zu einem späteren Zeitpunkt zwischen *negativem Stress*, „*distress*“ (*Not, Erschöpfung, Bedrängnis, Kummer, Verzweiflung*), wo Grenzen

überschritten werden und die Gesundheit gefährdet ist, und *positivem Stress*, „*eustress*“, welcher kurzzeitig ist und zu besonderen Leistungen animiert (vgl. Rensing 2006, S. 4 f). Selye unterteilte die Stressreaktionen, die unter außerordentlicher Anstrengung sowohl bei Mensch und Tier zu beobachten sind, in die drei Phasen „*Alarmphase*“, „*Widerstandsphase*“ und „*Erschöpfungsphase*“ (vgl. Rensing 2006, S. 5).

8.2.2 Stress in der Forschung

Beschränkte sich ursprünglich die Stresstheorie auf physische Reaktionen, die den Körper belasten, so wurden in den 60er Jahren auch die psychologischen Einflüsse in die Stressforschung integriert. Die Aufmerksamkeit der Forscher wurde auf die psychische Beanspruchung als Stressreaktion gelegt. In diesem Zusammenhang wurde auch das differenzierte Erleben von Gefährdungen als weitere Komponente gesehen, welche die Unterschiede der Stressreaktion erklären sollten (vgl. Resick 2003, S. 70).

Hobfoll (1989) ist der Meinung, dass psychischer Stress durch Verluste von Ressourcen ausgelöst wird. Er unterteilt Ressourcen in Gebrauchsgüter, Potenziale, Befinden und persönliche Eigenschaften. Er geht davon aus, dass man versucht, diese Ressourcen aufrechtzuerhalten und zu erweitern. Gelingt dies nicht, ist laut Hobfoll eine Stressreaktion zu erwarten (vgl. Resick 2003, S. 70).

Hobfoll übernahm diese Theorie auch für traumatische Ereignisse, da ein Trauma ein plötzlicher Verlust an Ressourcen bedeutet. Meist geht es hierbei um den Verlust von bedeutenden Ressourcen wie Sicherheit, Selbstbewusstsein, Vertrauen oder das wahrgenommene Kontrollvermögen (vgl. Resick 2003, S. 70).

Lazarus (1995) beschreibt Stress als veränderbares Konstrukt, welches bedingt durch Zeit und je nach Situation unterschiedliche Formen annimmt (vgl. Lazarus 1995, S. 205). Dies rührt daher, dass die Gesellschaft eine Sachlage unter verschiedenen Einflüssen immer wieder neu beurteilt. Als wie belastend Menschen eine Situation beurteilen, wird von ihren Vorerfahrungen, von den wahrgenommenen Ressourcen oder Bedrohungen und vom Abschätzen des

Handlungspotentials bestimmt. Lazarus beschreibt verschiedene Stadien der Einschätzung im Belastungsprozess (vgl. Lazarus 1995, S. 212 ff). Bei der Ersteinschätzung, welche wissentlich oder unwissentlich erfolgt, wiegt die Person ab, welche Auswirkung das Geschehen auf die persönliche Befindlichkeit hat. Auf diese Frage gibt es nur drei mögliche Antworten. Der Umstand ist belastend, unbedeutend oder erfreulich. Stress fühlt man nur, wenn das Erlebte als belastend wahrgenommen wird. Bei der zweiten Einschätzung folgt die Frage nach den gegebenen Ressourcen. Was ist möglich? Was ist zu tun? Die beiden Einschätzungen kann man zeitlich kaum trennen, da sie ineinander gehen. Wenn die betroffene Person ihre Ressourcen erkennt, wird die Ersteinschätzung meist abgeschwächt (vgl. Lazarus 1995, S. 215).

Die subjektive Einschätzung von Ereignissen bestimmt, ob Betroffene Stress erleben oder nicht. Ein und dieselbe Situation kann für unterschiedliche Menschen Vergnügen, Belanglosigkeit oder Stress bedeuten. Jeder Mensch hat Vorerfahrungen und sein Naturell, das ihn Situationen verschieden wahrnehmen und beurteilen lässt. Es sind nicht nur Anforderungen aus der Umwelt, die Stress verursachen können. Oft entsteht eine Belastung im Inneren eines Menschen. Viele Erwartungen von außen wurden von Menschen schon so verinnerlicht, dass sie sich selbst unter Kontrolle stellen und bei Nicht-Erfüllung in Stress geraten. Wenn die vorhandenen Talente, die Intelligenz und Verfassung nicht ausreichen, um Werte, Ziele und Bedürfnisse zu erfüllen, kann dies als Bedrohung des Selbstbildes und folglich als Stress empfunden werden (vgl. Eppel 2007, S. 18 f).

8.2.3 Auswirkungen von Stress

Stress kann sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen. Kaluza und Bamberg unterscheiden die körperliche, kognitiv-emotionale und behaviorale Ebene (vgl. Kaluza 2004, S. 14; Bamberg, Busch und Ducki 2003, S. 56).

Der Körper rüstet sich situationsabhängig auf Abwehr oder Flucht. Schweißige Hände, rascher Herzschlag, erhöhter Muskeltonus und Blutzuckeranstieg sind häufige Begleiterscheinungen. Bleibt der Stress über längere Zeit erhalten, kommt es meist zu gesundheitlichen Schäden. Oftmals sind der Magen-Darmtrakt und das Herz-Kreislaufsystem betroffen (vgl. Kaluza 2004, S. 14).

Die kognitiv-emotionale Ebene ist durch Beeinträchtigung der Gedanken und Gefühle gekennzeichnet. Typische Anzeichen hierfür sind unter anderem das Gefühl der Hilflosigkeit, Selbstvorwürfe, „kreisende“ Gedanken, Denkblockaden, Versagensangst, Gefühle der inneren Unruhe und der Verstimmung und Frustration (vgl. Kaluza 2004, S. 14).

Die behaviorale Ebene beschreibt Handlungen in äußerst anspruchsvoll erlebten Situationen. Hierbei sind hastiges Essen, Suchtmittelkonsum, unkoordiniertes Arbeitsverhalten und konfliktreiche Begegnungen zu beobachten. (vgl. Kaluza 2004, S. 14).

Wenn Menschen in Stress sind, treten die Symptome aller drei Ebenen zeitgleich auf und können einander verstärken oder dämpfen (vgl. Kaluza 2004, S. 14).

Reaktionen, die durch Belastungen ausgelöst werden, kommen in unterschiedlicher Form *auf behavioristischer, emotionaler und physiologischer Ebene* zum Ausdruck. Wissenschaftler vieler Bereiche haben sich mit dem vielschichtigen Thema Stress auseinandergesetzt (vgl. <http://www.stressratgeber.de/?q=definition/stresstheorien>).

Anschließend einige bedeutende Vertreter der Stressforschung:

Modelle	Wesentliche Vertreter	Fokus	Kernaussage
<i>biologische Stressmodelle</i>	<i>Cannon, Selye</i>	<i>reaktionsorientiert</i>	<i>unspezifische Stressreaktionen</i>
<i>soziologische Stressmodelle</i>	<i>Holmes & Rahe, Anderson</i>	<i>Stressoren werden untergliedert in: chronische Stressoren, Lebensereignisse, tägliche Ärgernisse.</i>	<i>spezifische Stressreaktionen</i>
<i>psychologische</i>	<i>Lazarus&</i>	<i>subjektiver Stress:</i>	<i>Stress entsteht, wenn der</i>

<i>Stressmodelle</i>	<i>Folkman</i>	<i>Wahrnehmung, Interpretation, Bewältigungs-versuche</i>	<i>Betroffene seine Bewältigungsmöglichkeiten als nicht ausreichend einschätzt.</i>
<i>ressourcen-fokussierte Stressmodelle</i>	<i>Becker& Polenz, Hobfoll</i>	<i>Stress durch Ressourcenverlust, -schwäche oder falschen Ressourceneinsatz</i>	<i>Bedrohung oder Verlust von Ressourcen lösen Stress aus.</i>
	<i>Antonovsky</i>	<i>Salutogenese: Erhalt der Gesundheit</i>	<i>Ressourcen und protektive Faktoren zur Gesundheitserhaltung</i>
<i>biopsychosoziale Stressmodelle</i>	<i>Engel, Adler et al.</i>	<i>Interaktion von Körper, Psyche und Umwelt</i>	<i>Stress entsteht durch die Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren</i>

Tabelle 2: Stresstheorien

(<http://www.stress-ratgeber.de/?q=definition/stresstheorien>)

8.2.4 Stress nach einer Fehlgeburt

Viele Frauen geben an, dass sie nach dem Erleben ihrer Fehlgeburt zunehmend inneren Stress (Resignation) und Müdigkeit spürten und sie es schwierig fanden, über ihre Erfahrungen zu sprechen (vgl. Adolfsson 2010 a, S. 201 ff). Brier (2008) und Bonanno (2001) schildern in ihren Untersuchungen, dass die Frauen nach dem Ereignis Fehlgeburt sowohl auf der körperlichen, als auch auf der psychischen Ebene Stress erleben (vgl. Brier 2008; S. 451 ff, Bonanno 2001; S. 705 ff).

Smith beschreibt in ihrer Arbeit, dass sich in den letzten 20 Jahren viele Forscher mit dem Thema Fehlgeburt beschäftigt haben. Ihre Ergebnisse belegen, dass Trauer, Angst, Depression und Stress, sowie Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Beziehungsprobleme und Selbstmordgedanken zu den häufigsten Reaktionen nach einer Fehlgeburt zählen (vgl. Prettymann 1993,

Peppers und Knapp 1980 und Gissler, Hemminki und Lonnqvist 1996 zitiert in: Smith, Frost und Bradely 2007, S. 198).

8.2.5 Stressauslösende Faktoren nach einer Fehlgeburt

Zu treffende Entscheidungen

Frauen müssen in kürzester Zeit die Wahl treffen, welche Therapie bzw. Intervention für sie geeignet erscheint und fühlen sich in dieser Situation häufig überfordert (vgl. Ogden und Maker 2004, S. 464).

Unvermögen, die Erwartungen des Partners zu erfüllen

In einer Gesellschaft, in der „Weiblichkeit“ häufig über die Mutterschaft festgemacht wird und ein Kind als äußeres Zeichen für die Bindung einer Partnerschaft gilt, haben viele betroffene Frauen nach dem Verlust das Gefühl, zu versagen (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1014).

„I think, at the time, it felt like a big thing, I felt like a failure; and sometimes, if I look back on it, now, I could still sort of say: I haven't done that, I haven't achieved that.“ (Interview 44) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1014).

Von der Trauer überwältigt

Die Untersuchung von Swanson, Connor und Jolley zeigt, dass es Frauen gibt, die von ihrer Trauer überwältigt sind. In dieser schwierigen Phase, erzählt eine befragte Frau, habe sie mit ihren Verlusten gehadert und ihr Glaubenssystem in Frage gestellt (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 7). Daraus ist zu schließen, dass die Sinnsuche und Neuorientierung in dieser Lebensphase eine große Herausforderung darstellt.

Erwartete Trauerreaktionen des sozialen Umfelds

Durch die Bearbeitung der Trauer (Bsp. Trauerphasen) steigen die Erwartungen an die Mütter. Nach dem Verlust des Babys wird von den Frauen ein bestimmtes Verhalten (z.B. Trauerphasen) erwartet. Für die Mütter können daraus stressreiche Situationen entstehen, wenn sie anders (z.B. Erleichterung, Annahme, Dankbarkeit) (vgl. Swanson, Connor, Jolley 2007, S. 7) fühlen, als von ihnen erwartet wird (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 279).

Geheimhaltung wegen fehlender Akzeptanz für die Trauer

Viele Frauen berichten, dass es für sie sehr schwierig gewesen sei, ihren Bekannten von dem Verlust zu erzählen (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1011).

Eine Frau, deren Familie bis zu der Fehlgeburt noch nicht von der Schwangerschaft gewusst hatte, befürchtete, dass Gespräche mit ihrer Familie kompliziert würden, da sie möglicherweise ihre Gefühle in Bezug auf die Fehlgeburt nicht respektieren würden (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 278). Der Umgang mit unterdrückten Emotionen kann demnach als stressreich erlebt werden.

Kurze Zeit für die Verarbeitung

Das Ereignis einer Fehlgeburt ist oft ein nicht akzeptiertes Leid. Möglichst bald sollte „Normalität“ eintreten (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1003 ff).

Verlust von Sicherheit, Selbstbewusstsein und Vertrauen

Durch die Fehlgeburt gerät auch der Glaube an sich selbst und die Zuverlässigkeit des eigenen Körpers ins Wanken (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1015).

Kontrollverlust

Frauen können sich orientierungslos fühlen und bezweifeln, dass sie Einfluss auf ihre Zukunft haben (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 7).

8.3 Angst

Angst gilt als ein Signal, das bei Gefahr aktiv wird. Die Bedrohung kann real oder auch nur in der Vorstellung existieren. Jedes Ding oder jede Situation kann als Angstauslöser wirken. Bei vielen Menschen ist das Erleben einer Bedrohung ein Ergebnis ihrer Einbildungskraft. Jedoch nicht jede Angst stellt ein Produkt einer Einbildung dar, sondern es gibt auch reale Ängste, die als Schutzmechanismen dienen (vgl. Flöttmann 2011, S. 15).

Über den Nutzen der Angst gehen die wissenschaftlichen Meinungen auseinander. Eine Theorie besagt, dass Angst ein Schutzfaktor sei. Einer

anderen Theorie zufolge ist Angst ein Motor, der uns planen lässt und ermöglicht, dass sich Betroffene mit Veränderungen arrangieren (vgl. Becker 2011 S. 8 ff).

Fälschlicherweise kommen für Angst verschiedene Begriffe zum Einsatz, welche jedoch unterschieden werden müssen. Becker differenziert in erster Linie zwischen Angst, Furcht und Ängstlichkeit. Angst äußert sich durch Anspannung und ist auf ein erwartendes, unbestimmtes Ereignis in der Zukunft gerichtet. Furcht äußert sich als massiv emotionales Verhalten, deren Verursacher eine tatsächliche Bedrohung darstellt (Bsp. Vulkanausbruch). Furcht vergeht rasch vorbei, wenn die Gefahr gebannt ist. Angst erfordert eine längere Zeitspanne, jedoch sind die körperlichen Symptome, wenn überhaupt vorhanden, sehr abgeschwächt. Angst bedeutet anhaltende Aufmerksamkeit und Furcht Alarmbereitschaft. Ängstlichkeit ist eine Persönlichkeitseigenschaft und es kann sein, dass sie lebenslange begleitet. Die ängstliche Person hat eine Neigung in den unterschiedlichsten Lebenslagen schneller mit Angst zu reagieren (vgl. Becker 2011 S. 8 ff).

8.3.1 Auswirkungen von Angst

Angst äußert sich als Manipulation auf drei Ebenen: **Verstandesfunktionen**, **Körperfunktionen** und das **Verhalten** werden verändert (vgl. Flöttmann 2011, S. 23).

Die Verstandesfunktion beschreibt jene Leistung des Gehirns, welche eine Situation erkennen, realistisch beurteilen und reproduzieren (wiederspiegeln) lässt. Der Verstand wird in der Psychoanalyse mit der „Ich-Funktion“ und in der Transaktionsanalyse mit dem „Erwachsenen-Ich“ bezeichnet (vgl. Flöttmann 2011, S. 23 f).

Als Beispiel dafür, dass der Verstand unter Einfluss von Angst nicht richtig zum Einsatz kommt, können die häufig vorkommenden Unglücksfälle bei Großveranstaltungen (in Fußballstadien oder bei Konzerten) genannt werden, wo nach einem unbedeutendem Ereignis (Bsp. Umfallen einer Musikbox) eine große Anzahl von Menschen Angst bekommt und es zu unüberlegten Fluchtbewegungen (Panik) kommt. Redewendungen wie „vor Angst den Kopf

verlieren“ oder „vor Angst den Verstand verlieren“ sollen zum Ausdruck bringen, dass es für ängstliche Personen schwer ist, Anforderungen mit dem Verstand zu bewerkstelligen (vgl. Flöttmann 2011, S. 23 f).

Nicht bezwingbare Angst dringt in das Bewusstsein und verändert das Empfinden, die Aufmerksamkeit, sowie die Denkleistung. Weiters kann Angst zu einer eingeschränkten Wahrnehmung des Umfelds führen (vgl. Flöttmann 2011, S. 23 f).

Angst äußert sich auch durch veränderte **Körperfunktionen**, die bereits von Freud (1895) beschrieben wurden. Angst wird sehr unterschiedlich von einem oder mehreren Symptomen begleitet. Zittrige Hände, Schweiß, rascher Puls, innere Unruhe, Gefühl von Enge im Hals, Magenschmerzen, Übelkeit, vermehrter Harndrang, Durchfall, Herpes und Neurodermitis sind einige typische Angstsymptome (vgl. Flöttmann 2011, S. 25).

Betreffend **Verhalten** äußert sich Angst durch Flucht oder Kampf. Ein gutes Beispiel kommt aus der Tierwelt. „Angstbeißer“ wird ein Hund genannt, der vor lauter Angst zubeißt. Es gibt aber auch Menschen, die sich in einer Gefahrensituation sehr unerschrocken und waghalsig präsentieren. Bei ihnen ist die Angst im Unbewussten (vgl. Flöttmann 2011, S. 26 f).

Andere Menschen bevorzugen es, in Zukunft ähnliche Situationen oder Begegnungen zu vermeiden (vgl. Flöttmann 2011, S. 26 f).

Angst führt im Allgemeinen zu einem höheren Bedürfnis an Schutz und somit zu einer höheren Bindungsbereitschaft. Eibl-Eibesfeldt zufolge ist das Bedürfnis nach Schutz eines der höchsten Motive für Bindungen (vgl. Eibl-Eibesfeldt 1982, S. 139).

8.3.2 Angst nach einer Fehlgeburt

Die Forschungen zeigen, dass Frauen nach einer Fehlgeburt von verschiedenen Ängsten begleitet werden: Angst vor der Therapie, Angst, ihre Mutterrolle (Anforderungen der Gesellschaft) nicht erfüllen zu können, Angst vor einer erneuten Fehlgeburt, sowie allgemeine Zukunftsängste.

Cumming, Klein und Bolsover haben an 273 Frauen und 133 Männern sechs und dreizehn Monate nach einer frühen Fehlgeburt ihre psychischen Belastungen mittels der HADS (hospital anxiety and depression scale) erforscht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Fehlgeburt sowohl für Frauen, als auch für viele Männer eine erhebliche psychische Belastung darstellt. Von den Teilnehmern der Studie hat eine erhebliche Anzahl unter Ängsten gelitten. Für viele Frauen hat eine Fehlgeburt eine dauerhaft negative Auswirkung und es bedarf einer guten Betreuung und viel Zeit, um Angststörungen aufzulösen (vgl. Cumming, Klein und Bolsover 2007, S. 1138 ff).

Die betroffenen Frauen geben an, dass sie nach der Diagnose Fehlgeburt besondere Angst vor der Intervention gehabt hätten. Egal, für welche der drei Methoden sie sich auch entschieden, die Intensität der Angst war bei allen Personen gleich. Die Einlieferung in ein Krankenhaus und eine geplante Operation wird von vielen als traumatische Erfahrung wahrgenommen. Gesondert kam die Angst vor der Narkose zur Sprache (vgl. Smith, Frost und Levitas 2006 S. 200).

„I was more worried about the anaesthetic, that sort of worries me, just sort of being knocked out, and I'm always afraid about not waking up again ...“
(Smith, Frost und Levitas 2006, S. 200).

Eine weitere Studie an unfruchtbaren Frauen nach einer Fehlgeburt zeigt auf, wonach diese Frauen Angst vor einer erneuten Investition betreffend den Behandlungsprozess hatten und einer neuen Schwangerschaft ängstlich gegenüber standen (vgl. Harris und Daniluk 2011, S. 714 ff).

Swanson, Connor und Jolley beschreiben, dass viele Frauen Angst hätten, möglicherweise nie wieder Mutter zu werden (vgl. Swanson, Connor, Jolley 2007, S. 14). Manche Frauen haben aufgrund ihres Alters Angst, auf eine Schwangerschaft und auf ihr Mutterglück verzichten zu müssen (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

Eine Frau erzählte, dass sie nach ihrer Fehlgeburt sehr ängstlich und verletzlich gewesen sei. Ängste vor möglichen anderen tragischen Verlusten und Panik quälten sie. Sie fühlte einen Konflikt in sich. Einerseits wollte sie in den

nächsten Wochen erneut schwanger werden und war enttäuscht, wenn dies nicht eintraf, andererseits spürte sie Erleichterung, dass sie nicht wieder mit dem traumatischen Ereignis auseinandersetzen musste (vgl. Swanson, Connor, Jolley 2007, S. 7).

Sechs Monate nach der Fehlgeburt leiden noch viele Frauen unter Angstsymptomen. Die anhaltende Angstsymptomatik führt zu einem erhöhten Risiko, an Zwangsstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen zu erkranken (vgl. Brier 2004, S. 138 ff).

Frauen, deren Fehlgeburt nur auf körperlicher Ebene behandelt und bei denen die psychologischen Auswirkungen ignoriert werden, können das Ereignis der Fehlgeburt nicht gut abschließen. Diese Frauen können die Unsicherheit und Angst in eine nachfolgende Schwangerschaft „mitnehmen“ (vgl. Robinson 2011, S. 571 ff).

8.4 Schock

Das Erleben der Fehlgeburt hat viele Gesichter. Eines davon ist, dass die Mutter geschockt und starr reagiert, wenn sie erfährt, dass ihr Kind gefährdet oder tot sei. Es ist gleichgültig, in welchem Trimenon der Schwangerschaft eine Fehlgeburt stattfindet. Die Reaktionen sind sehr unterschiedlich. Manche Frauen können ihr Schicksal vorerst gar nicht begreifen und reagieren mit Rückzug, andere wiederum mit unbeherrschten Gefühlsausbrüchen (vgl. Lothrop 2011, S. 54 f).

Im Allgemeinen berichten die Frauen, dass sie ihre Fehlgeburt als sehr lebendige und körperliche Erfahrung erlebten. Alle Frauen berichten über körperliche Symptome (Schmerzen und Blutung). Das Wissen, wonach sie keine Kontrolle über die Vorgänge in ihrem Körper hatten, erzeugte ein überwältigendes Gefühl, welches sie in Panik versetzte oder einen Schock auslöste (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

„I didn't know what to do. Then the nurse came out I didn't know whether she was a midwife or not, took me into the little room and I was just in shock I think I was shaking. I cried in there with her and I waited there.“ (Murphy und Merrell 2009, S. 1586).

Nicht alle Frauen können ihre Situation sofort einschätzen:

„Ich stand unter Schock, alles ging so schnell – die Diagnose, die Einweisung ins Krankenhaus, die geplante Ausschabung für den nächsten Morgen ... Ein Automatismus war in Gang gesetzt, und ich musste mit, ob ich konnte oder nicht. Wie im Traum fuhr ich zu meinem Mann in die Arbeit. Erst als ich ihn sah, kamen die Tränen. ...“ (Lothrop 2011, S. 67).

8.5 Trauma

Der Begriff Trauma wird in vielen Bereichen verwendet, nicht immer jedoch handelt es sich tatsächlich um ein Trauma. Die Psychologie und die Medizin haben unterschiedliche Definitionen.

Ein traumatisches Ereignis wird von der Psychologie als eine außergewöhnlich belastende Situation, bei der ein Entkommen ausgeschlossen und psychisch nicht zu bewerkstelligen ist, beschrieben. Extrem prägend wirken Verletzungen oder Situationen, die von außen zugefügt werden, wie zum Beispiel ein sexueller Missbrauch oder ein Überfall. Im medizinischen Bereich kann der Begriff Trauma sowohl eine Körperverletzung, als auch eine Verletzung der Psyche bedeuten. Die Auswirkung eines Traumas äußert sich in Angst und Machtlosigkeit, wobei der betroffene Mensch (subjektiv) keine Ressourcen zur Auflösung wahrnimmt. Der zeitliche Rahmen dieser Erfahrung kann variieren. Traumatische Vorkommnisse sind eine beträchtliche Bedrohung und führen Menschen an die Grenze *ihrer Belastbarkeit, ihrer Flexibilität, ihres Handlungsvermögens, ihres Fassungsvermögens und oft an die Grenze zwischen Leben und Tod* (vgl. <http://lexikon.stangl.eu/647/trauma/>).

Sack (2010) zufolge ist ein Trauma durch eine bestürzende, bedrohliche Erfahrung gekennzeichnet, welche ein hohes Ausmaß an Angst und Hilflosigkeit auslöst. Oft ist ein Trauma von Todesangst begleitet. Es können jedoch auch Situationen so bewertet werden, dass ein Individuum Angst vor Kontrollverlust, vor der Bedrohung von nahestehenden Personen oder vor körperlichen Schmerzen hat. Ein Trauma kann auf unterschiedlichste Weise wahrgenommen werden und auch die Bewältigungsstrategie ist sehr differenziert. Sack unterscheidet die objektiven und subjektiven Bedingungen

eines Traumas. Was von einer Person als Trauma wahrgenommen wird, muss nicht zwangsmäßig für eine andere Person in der gleichen Situation auch als Trauma empfunden werden, da diese möglicherweise genügend Ressourcen hat oder sich auf die Situation vorbereiten konnte. Besonders wirksamen Einfluss auf den Fortschritt in der Traumabewältigung haben *traumatische Vorerfahrungen, individuelle Ressourcen und soziale Unterstützung* (vgl. Sack 2010, S. 12).

Ein *psychisches Trauma* wird (nach ICD - 10) durch ein *außergewöhnliches Ereignis*, wodurch das eigene Leben oder das Leben eines anderen Menschen in Gefahr ist, z. B. durch eine massive, folgenschwere Verletzung oder durch die Gefahr einer *körperlichen* Schädigung, verursacht. Dabei werden objektive und subjektive Traumatisierung unterschieden. Beeinflusst wird die traumatische Situation durch die Interpretation der betroffenen Person. Die Beurteilung von bedrohenden Situationen erfolgt meist so, dass sie auch *nach menschlichem Ermessen* tatsächlich bedrohlich erscheint (vgl. Simons und Herpertz-Dahlmann 2008, S. 152). Die nach ICD - 10 festgelegten Kriterien eines Traumas sind in der Vergangenheit häufig in Frage gestellt worden. McNally (2004) zeigt auf, dass der Begriff „*außergewöhnliches Ereignis*“ *kultur- und zeitgeschichtliche Einflüsse* nicht berücksichtigt. Sie stellt fest, dass *Hunger und Krieg* in der westlichen Gesellschaft vermutlich als außerordentliche Situation erlebt werden, es in anderen Teilen der Erde zwar eine schlimme, jedoch tägliche Erfahrung ist (vgl. McNally 2004 a zitiert in: Simons und Herpertz-Dahlmann 2008, S. 152).

Fischer und Riedesser haben eine sehr markante Traumadefinition verfasst. Trauma stellt danach ein flexibles Erlebnis dar, bei welchem massive Differenzen bestehen zwischen den gefährdenden Elementen und der persönlichen Mittel, um die Gefahr abzuwehren. Gefühle der Hilflosigkeit und des „Ausgeliefertseins“ verändern das Selbst- und Weltbild bleibend (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 79).

8.5.1 Mögliche Auswirkung eines Traumas

Traumatische Ereignisse kommen plötzlich und unvorhergesehen und bedeuten eine extreme Belastung für die betroffene Person. Durch das Trauma werden

persönliche Werte verletzt. Das Erlebnis ist leicht wiederabrufbar und somit schwierig zu bewältigen. Die meisten traumatischen Ereignisse haben eine enorme Dimension, sodass alle Ressourcen nicht reichen, um massive negative Folgen abzuwehren (vgl. Hobfoll 1989 zitiert in: Resick 2003, S. 70 f).

Manche Menschen haben nach einem Trauma das Gefühl, dass sie in ihrer Zukunft beeinträchtigt sind. Ihre Zuversicht auf ein normales Leben und das Erreichen von klassischen Zielen, wie beruflicher Erfolg, Ehe, Nachkommen oder ein erfülltes, langes Leben sind nicht mehr vorhanden (vgl. Foa, Riggs und Gershuny 1995, S. 116 ff).

Ein Trauma ist eine Verletzung, welche durch die Erfahrung einer bedrückenden Lebenslage, in der das Individuum einer Situation oder einer Person ausgeliefert war und keine Handlungsmöglichkeit hatte oder erkannte, verursacht wurde. Traumatische Erlebnisse in der Kindheit oder im Jugendalter können negative Auswirkungen auf die Entwicklung haben oder zu Anpassungsschwierigkeiten führen (vgl. Krall 2007, S. 7).

Unterschiede in der emotionalen Auswirkung eines Traumas werden unter anderem durch die Art des Traumas, die Vorerfahrung mit ähnlichen Situationen und das soziale Umfeld bestimmt. Zwischen dem traumatischen Vorfall und dem traumatischen Prozess können mehrere Jahre liegen. Intrapsychisch sind die Folgen eines Traumas oft durch eine gestörte Wahrnehmung (*betreffend Raum-, Zeit- und Selbsterleben*) gekennzeichnet. In der Akutsituation kann die betroffene Person von einer Starre oder absoluter Unruhe betroffen sein (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 79).

Wenn eine Person schon früher in einer lebensbedrohlichen Situation gewesen ist und auf keine lösungsorientierten Erinnerungen zurückgreifen kann und seine momentane Situation als aussichtslos betrachtet, kann sie im Verhalten regredieren. Sollten sämtliche Impulse versagen (Kampf bzw. Flucht), fällt der Betroffene in eine „Starre“ und kann sein Umfeld nicht mehr erfassen. Nach einem Trauma kommt es häufig zu Flashbacks. Das heißt, das Erlebnis kommt unangemeldet, spontan und in voller Intensität in Erinnerung. Dies kann sich durch Schlaflosigkeit, ständige Alarmbereitschaft oder schreckhaftes Verhalten äußern. Es kann sein, dass die betroffene Person ihre Emotionen nicht

wahrnehmen kann. Ob das Leben noch Sinn hat, wäre eine typische Frage dieser Menschen (vgl. Eidmann 2009 S. 28 ff).

8.5.2 Fehlgeburt als traumatisches Ereignis

Voller Intensität in Erinnerung

Adolfssons Untersuchung zufolge wissen die Frauen noch genau, wann und von welcher Art die ersten Anzeichen ihrer Fehlgeburt waren. Nicht nur die ersten Symptome des Verlustes, sondern auch die Fahrt und die anfängliche Versorgung im Krankenhaus wurde von den betroffenen Frauen als traumatisch erlebt (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

Sinnkrise

Viele Frauen beschreiben den Verlust ihres Babys als traumatisches Ereignis. Die Fehlgeburt ist für die betroffene Person deshalb so schwierig zu akzeptieren, weil in diesem Falle viele Fragen offen bleiben. „*Wie, wann, wo, warum?*“ sind Fragen, die das Ereignis der Fehlgeburt begleiten und zu großer Unsicherheit führen. Eine Frage, die nach einer Fehlgeburt meist gestellt wird lautet: „*Warum ich?*“. Frauen nach einer Fehlgeburt erfahren häufig eine Sinnkrise, die nicht nur die Fehlgeburt betrifft, sondern ihr ganzes Sein (vgl. Frost, Bradely und Levitas 2007, S. 1015).

Auch in der Untersuchung von Swanson, Connor und Jolley haben die betroffenen Frauen offene Fragen, z. B. nach dem Sinn des Lebens. Das Gefühl von Leere und der Verlust sind auch noch sechs Wochen nach der Fehlgeburt vorhanden (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 7).

Vermeidung

Viele der befragten Frauen geben an, dass die Erfahrung der Fehlgeburt ihr traumatischstes Erlebnis gewesen sei. Aus Angst, noch einmal eine Fehlgeburt zu erleben, würden sie es vermeiden, wieder schwanger zu werden (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77; Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 2 ff). Eine Frau erzählt, dass sie sich innerhalb des folgenden Jahres aus Angst vor einer Wiederholung gegen Kinder entschied und sich sterilisieren ließ (vgl. Murphy und Merrell 2009, S. 1588).

Die Ergebnisse einer Untersuchung von Berth, Puschmann und Dinkel beschreiben die Fehlgeburt als traumatisches Ereignis, welches von Ängsten, psychischer Beanspruchung, Depressionen und manchmal auch von Belastungsreaktionen begleitet ist. In dieser Erhebung wurden 500 Erlebnisberichte, die betroffene Frauen im Internet freigegeben hatten, analysiert. Die Texte waren im Durchschnitt vier Wochen nach dem Verlust des Kindes verfasst worden. Die *Todes- und Verletzungsängste* dieser Frauen lagen im Vergleich zum *Normwert* um 20% höher (vgl. Berth, Puschmann und Dinkel 2009, S. 314).

Trauma durch Kontrollverlust

Unfruchtbare Frauen, die erst nach mehreren Therapien und Versuchen schwanger werden, fühlen nach dem Verlust ihres Babys ein tiefes Gefühl der Verzweiflung. Die Frauen beschreiben ihre Empfindungen mit den Worten "völlig gebrochen" und "am Boden zerstört" (vgl. Harris und Daniluk 2010, S. 716 f).

„On the outside I was calm, but if you looked into my eyes you could see the broken pieces of my heart floating around, as if you were looking at shattered glass through a window.“ (Danielsson 2010, S. 191).

8.5.3 Fehlgeburt als nicht-traumatisches Ereignis

Nicht alle Frauen erleben eine Fehlgeburt als Trauma. Frauen, deren Schwangerschaft z.B. ungewollt gewesen ist, haben zwar einen Schock, aber das Trauma der Fehlgeburt beschränkt sich auf ihren Körper. Sie erleben die Fehlgeburt möglicherweise als Erleichterung (vgl. Maker und Ogden 2003, S. 403 ff).

Aus Erfahrungsberichten geht hervor, dass manche Frauen mit dem Ereignis der Fehlgeburt sehr gut umgehen können. Sie begründen ihre Aussagen mit Befreiung, pragmatischer Akzeptanz, Dankbarkeit oder vorsichtiger Hoffnung auf eine gute Zukunft (vgl. Swanson, Connor, Jolley 2007, S. 7).

8.6 Trauer

In der westlichen Kultur sind die Erwartungen an trauernde Menschen sehr konkret und lassen wenig Spielraum. Ist die Trauer eines Menschen sehr intensiv oder lange, wird dies genauso wenig akzeptiert, als wenn die Trauer nicht nach außen gezeigt wird (vgl. Sammer 2010, S. 82). Noch vor einem Jahrhundert existierten unterschiedlich lange Trauerphasen, wobei z.B. von Witwen dies für mindestens ein Jahr erwartet wurde. In südlichen Ländern tragen noch heute manche verwitwete Frauen ihr Leben lang schwarze Bekleidung. Die Erwartungen des Umfelds gingen dahin, dass Angehörige als Zeichen ihrer Betroffenheit schwarze Kleidung trugen. Diese äußerlichen Zeichen fungierten als Hinweis, nach dem dieser Mensch von der Umwelt Zuwendung (Hilfestellung, Beistand) benötigt. Heute wird für die psychische Erholung ein beachtlich kürzerer Zeitraum akzeptiert (vgl. Resick 2003, S. 19).

Die Trauernde soll sich zu einem mit dem Tod auseinandersetzen und zum anderen muss sie „den Weg ins Leben zurückgehen“ (vgl. Sammer 2010, S.82 f).

Menschen, die gleiche Verluste erleben, können in sehr unterschiedlicher Form trauern. Nach dem Tod eines Kindes kann z.B. ein Partner immer wieder das Gespräch über den Verlust suchen und weinen, während der andere Partner in die Arbeit flüchtet, um Abstand zu gewinnen. Es sind unterschiedliche Weisen mit dem Schmerz des Verlustes umzugehen. In diesem Falle wäre eine professionelle Trauerbegleitung nützlich, denn unterschiedliche Bewältigungsprozesse können ein Paar entzweien (vgl. Wolfelt 2011)

8.6.1 Trauer in der Forschung

Einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Trauer begegnet man in Freuds Werk „Trauer und Melancholie“. Freud beschränkt Trauer nicht nur auf die Reaktion welche auf den Tod einer geliebten Person folgt, sondern beschreibt damit auch den Verlust von Idealen oder Abstraktionen mit hohem Stellenwert. So können Menschen unter anderem auch den Verlust einer Position, einer Rolle (wie zum Beispiel „Mutter sein“) oder den Verlust der Heimat betrauern (vgl. Frick 2009, S.190 f). Freud geht davon aus, dass

während der Trauer die Realität zur Kenntnis genommen wird und die Bindung gelöst wird. Freud lässt hierbei auch die Erinnerung und die emotionale Bindung nicht außer Acht. Nach vollendeter Trauerarbeit ist das Ich gelöst und frei (vgl. Frick 2009, S. 190).

Eine andere Sichtweise zur Trauerverarbeitung hat Klein. Im Gegensatz zu Freud, der eine absolute Trennung vom Objekt der Trauer verlangt, ist für Thorner und Klein „*die Wiederherstellung und Erhaltung*“ des Objektes erforderlich. Klein nimmt an, dass eine positive Loslösung nur dann möglich ist, wenn man das geliebte Objekt positiv einsetzen kann (vgl. Thorner und Klein 2011, S. 74). Werden Gefühle und liebevolle Gedanken verdrängt, kann dies eine negative Auswirkung haben. Ungelebte Trauer kann zu einer psychischen Erkrankung (manisch-depressive Erkrankung oder Paranoia) oder einer schweren Einschränkung des *Gefühllebens und der gesamten Persönlichkeit* führen (vgl. Thorner und Klein 2011, S. 99).

Thorner und Klein verdeutlichen hiermit, dass unterdrückte Trauer zu schweren gesundheitlichen Auswirkungen führen kann, die sowohl psychisch, als auch physisch auftreten können. Mit dieser Meinung gehen sie mit anderen Trauerforschern konform. (vgl. Thorner und Klein 2011, S. 99).

8.6.2 Trauer nach einer Fehlgeburt

Frauen erleben unmittelbar nach einer Fehlgeburt die unterschiedlichsten Gefühle. Trauer ist in dieser Zeit bei fast allen Frauen präsent (vgl. Beutel 1995, S. 56).

Die meisten Studien ergeben außerdem, dass innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Verlust ein zunehmender Rückgang der Trauer beobachtet werden kann (vgl. Beutel 1995; S. 73).

Kersting und Wagner haben in ihrer Arbeit die Trauer und die Reaktionen nach Fehlgeburt, Totgeburt und induziertem Abbruch der Schwangerschaft untersucht. Das Ergebnis zeigt, dass der Verlust eines Kindes eine beträchtliche Wirkung auf die Beziehung eines Paares hat. Nicht alle Frauen trauern gleich lange, aber es ist doch eine hohe Zahl von Frauen, die noch Jahre danach trauert. Frauen nach einem induzierten

Schwangerschaftsabbruch sind vermehrt von pathologischer Trauer betroffen (vgl. Kersting und Wagner 2012, S. 187 ff).

Obwohl der Prozess der Trauer sehr individuell verläuft, gehen die Reaktionen häufig konform. Oft geht Trauer mit Wertminderung, Vermeidung sozialer Aktivitäten, intensiver Sehnsucht und Erstarrung einher. Trauerreaktionen nach einem plötzlichen, unvorhergesehenen Verlust sind intensiver und langwieriger (vgl. Horowitz 1997, Prigerson 1999 zitiert in: Kersting und Wagner 2012, S. 187 ff). Ein Schwangerschaftsverlust erfolgt meist spontan und unerwartet. Die betroffenen Personen haben selten Zeit, sich auf die veränderte Situation einzustellen (vgl. Kersting und Wagner 2012, S. 187).

Auch Adolfsson kommt zu dem Ergebnis, dass die Intensität und Dauer der Trauer sehr individuell stattfindet. Es gibt Menschen, die sehr intensiv und kurz trauern, manche trauern „gemäßigt“, aber für einen längeren Zeitraum, und wieder andere können ihre Trauer rasch abschließen. Es ist schwierig festzulegen, was eine „normale“, „übermäßige“, „unangemessene“ oder „komplizierte“ Trauer umfasst (vgl. Adolfsson 2010 a, S.201 f).

Die Trauer nach einer Fehlgeburt unterscheidet sich von der Trauer von nahen Angehörigen durch mehrere wesentliche Aspekte, die zu einer „komplizierten Trauer“ führen können. Unter anderem haben Frauen nach einer Fehlgeburt häufig hartnäckige Schuldgefühle (vgl. Stirtzinger 1989, Frost 1996 zitiert in: Kersting und Wagner 2012, S.187 ff).

Wenn die Mutter z.B. ein gespaltenes Verhältnis zu ihrem ungeborenen Kind hatte, wird der normale Trauerprozess durch Selbstvorwürfe verlängert (vgl. Lepper 1984 zitiert in: Kersting und Wagner 2012, S. 187 ff). Ebenfalls schwieriger und länger ist die Trauerphase, wenn die Frau nach der Fehlgeburt wahrnimmt, dass sie während der Schwangerschaft Fehler gemacht hat und den Tod des Fötus verhindern hätte können (z. B. Alkohol oder Sport in der Schwangerschaft). Hinzu kommt das Gefühl, ihr Körper habe versagt und sie sich in ihrer Weiblichkeit nicht vollwertig betrachtet (vgl. Frost 1996 zitiert in: Kersting und Wagner 2012, S. 187 ff).

Der Begriff „*ängstliche Trauer*“ beschreibt ein immenses Gefühl von Trauer über

den aktuellen Verlust des Babys und Zukunftsängste erneute Schwangerschaften betreffend, sowie Befürchtungen, dass das Mutterglück in Zukunft versagt bleiben könnte. Der Verlauf der „*ängstlichen Trauer*“ hat Parallelen mit der „*depressiven Verarbeitung*“. Die Frauen reagieren mit Rückzug, grübeln vermehrt, fühlen sich minderwertig und für das Ereignis verantwortlich. Sie versuchen, die Bedeutung des Verlustes zu mindern. Der Unterschied liegt darin, dass sich die Frauen während der „*ängstlichen Trauer*“ aktiv mit der Verarbeitung des Verlustes beschäftigen (vgl. Bergner, Beyer und Burghard 2009, S. 57 f).

Adolfsson (2010 a) hingegen kommt zu dem Ergebnis, dass die Trauer der Mütter nach einer Fehlgeburt ähnlich der allgemeinen Trauer nach dem Tod eines Angehörigen sei. Für ihn ist Trauer eine normale Reaktion, durch kulturelle und persönliche Eigenschaften bedingt können jedoch große Differenzen bestehen. Keine Unterschiede in der Intensität der Trauer werden durch die Einflussfaktoren erstgebärend / nicht erstgebärend, Alter der Frau, Anzahl der Kinder und Anzahl der Fehlgeburten sowie der Schwangerschaftswochen festgestellt. Bei allen 25 Frauen, welche er vier Wochen nach dem Ereignis der Fehlgeburt befragt hatte, kommen die Aspekte Desorganisation, Angst und gesundheitliche Defizite vor. 22 von 25 Frauen berichten, dass sie zusätzlich soziale und berufliche Einschränkungen wahrnehmen (vgl. Adolfsson 2010 a, S. 201 f).

Im Gegensatz zu dem Verlust und der Trauer um einen nahen Verwandten fehlen der Frau, die eine Fehlgeburt erlitten hat, Erinnerungen und ein Objekt, um das sie trauern kann. Demzufolge bleibt der Verlust meist verborgen und die Bedeutung dadurch für andere Personen nicht nachvollziehbar. Die Mutter fühlt sich in ihrer Trauer meist sehr einsam und unverstanden. Die Dauer des Trauerprozesses nach einer Fehlgeburt dauert weniger lang, als bei anderen Verlusten. Die intensivste Trauer ist nach ein paar Tagen, der Trauerprozess meist nach vier bis sechs Wochen vorbei. Der Abschluss des Trauerprozesses kann von den Frauen meist nach vier Monaten abgeschlossen werden (vgl. Brier 2008, S. 451 ff).

Die tatsächliche Häufigkeit und Intensität der Trauer nach einer Fehlgeburt entzieht sich durch individuelle Parameter jeder Hochrechnung. Die meisten Studien stimmen darin überein, dass viele Frauen in den ersten Tagen nach dem Verlust trauern. Dieses Leid wird sehr intensiv erlebt und entspricht ungefähr jedem anderen bedeutungsvollen Verlust (vgl. Brier 2008, S. 451 ff).

In einer Befragung von Murphy und Merrell sprechen sechs von acht Frauen von Traurigkeit nach der Fehlgeburt, die über lange Zeit anhielt (vgl. Murphy und Merrell 2009, S. 1583):

“Yes, well I don’t think I felt depressed. Really sad, you would be and emotional and crying for no reason and all that kind of stuff hum ... and not so much angry. I think I was more sad and a bit you know the whole control thin, it was just something, like I didn’t expect it.” (Murphy und Merrell 2009, S. 1587).

Swanson, Connor und Jolley teilen die Trauer der Frauen in drei Kategorien. Es wird zwischen “Gefühl der Heilung”, “aktiver Trauer” und “von Trauer überwältigt” unterschieden. Frauen, die von der Trauer überwältigt werden, haben massive Probleme und äußern das Gefühl von Schande und Kontrollverlust. Sie fühlen sich orientierungslos und stellen die Frage nach dem Sinn des Lebens. Auch sechs Wochen später fühlen diese Frauen noch immer Leere durch den Verlust (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 7).

Adolfsson zufolge ist ein weiterer Aspekt jener, dass Frauen durch eine Fehlgeburt einen Rückblick auf Todesfälle aus ihrer Vergangenheit machen könnten, wodurch unvollendete Trauerarbeit (z. B. Todesfall in der Familie, früher Tod der eigenen Mutter, etc.) wieder ein aktuelles Thema wird und noch intensiver auftreten kann (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 76).

Wenn nach dem Verlust eines Babys keine tröstenden Rituale oder allgemein anerkannten Wege zur Auseinandersetzung mit der Trauer zur Verfügung stehen, kann die Trauerarbeit sehr schwer abgeschlossen werden. Folglich kann für Frauen das Ereignis einer Fehlgeburt ein unausgesprochener Schmerz sein, welcher noch viele Jahre danach präsent ist (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1018; Rowlands und Lee 2010, S. 274 ff).

8.7 Schuld

In der ersten Phase des Verlustes sind viele Mütter von Schuldgefühlen belastet, welche unterschiedlichen Ursprungs sind.

8.7.1 Schuld und Scham

Wenn auch ungerechtfertigt und für Unbeteiligte nicht nachvollziehbar, so sprechen Eltern nach einer Fehlgeburt dennoch oft von Schuldgefühlen (vgl. Hecking, Moser 2006, S. 25). Morgenstern spricht von einem „magischen“ Weltverständnis, welches Eltern nach der Fehlgeburt belastet. Sie denken, ihr Kind sei gegangen, weil es von ihnen nicht richtig gewollt wäre (vgl. Morgenstern 2005, S. 4).

Halle beschreibt, dass viele Frauen nach einer Fehlgeburt annehmen, sie seien für das Ereignis verantwortlich und dadurch Schuldgefühle haben. Die Gefühle der Verantwortung für den Verlust der Schwangerschaft können die betroffene Frau sowie auch ihren Partner noch Jahre nach der Fehlgeburt belasten. Von den betroffenen Personen wird die Schuld in Form von Selbstvorwürfen, welche die Verbundenheit zum Kind zeigt, oder als eine Missinterpretation der medizinischen Tatsachen wahrgenommen. Bemühungen, die trauernden Eltern mit der Erklärung einer medizinischen Wahrscheinlichkeit oder der Tatsache, dass die Mutter den Verlust nicht verhindern hätte können, zu beruhigen, sind meist unwirksam. Beide Ansätze gehen nicht mit dem Hauptanliegen der Mutter konform (vgl. Hale 2007, S. 24 ff).

Ein Schamgefühl tritt ein, wenn z.B. ein Mensch daran scheitert sein für ihn wichtiges Selbstbild zu erfüllen und wenn erkennbar wird, dass er seine Werte trotz Anstrengung nicht erfüllen kann. Dies kann für Äußerlichkeiten, für soziale Gepflogenheiten oder moralisches Verhalten gelten. Das Selbstbild hat eine besondere Bedeutung und Verbindlichkeit, die auch von Menschen im sozialen Umfeld geteilt wird. Wenn man scheitert ist also nicht nur das eigene Selbstbild zerstört, sondern man kann die Erwartungen anderer Menschen nicht erfüllen, sodass Betroffene wiederum die Situation ebenfalls als Scheitern ihrer Person empfinden können (vgl. Schäfer und Thompson 2009, S. 7). Die Scham der Mutter nach einer Fehlgeburt hat mit ihrem angenommenen Unvermögen ein

Kind zu bekommen zu tun.

Erst wenn ein Schamgefühl auftritt, wird der betroffenen Person mit außerordentlicher *Macht die normative Kraft von Idealvorstellungen für das eigene Selbstwertgefühl* bewusst (vgl. Schäfer und Thompson 2009, S. 9).

Der Versuch, Frauen zu sagen, dass sie am Verlust des Kindes keine Schuld tragen, schlägt wie bereits erwähnt häufig fehl. Sie muss sich mit ihren Gefühlen „aussöhnen“. Mit dem Gefühl, dass sie die Fehlgeburt verhindern hätte können, anders handeln hätte können oder auch den Empfehlungen der Ärzte hätte folgen sollen (z.B. gesunde Ernährung, nicht rauchen, etc.) (vgl. Hale 2007, S. 24 ff).

Oft wird gedacht man habe Schuld, wenn man die Möglichkeit hatte anders zu handeln und dass man nicht schuldig sei, wenn man nicht anders handeln hätte können (vgl. Frankfurt 1988 zitiert in: Hale 2007, S. 24 f).

Ein weiterer Aspekt betrifft die moralische Verantwortung. Ein Mensch trägt für ein bestimmtes Ereignis Verantwortung und wäre nur schuldig, wenn er den Zwischenfall verhindern hätte können (vgl. Van Inwagen 1978, Frankfurt 1988 zitiert in: Hale 2007, S. 25).

8.7.2 Schuld durch eigene Verhaltensweisen

Frauen, die keine befriedigende medizinische Erklärung für den Auslöser ihrer Fehlgeburt haben, suchen häufig die Ursache in ihren Handlungen. Sie denken, dass ihr Verhalten zu dem Ausgang geführt habe (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1015; Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1248; Murphy und Merell 2009, S. 1587).

I didn't have any idea how common miscarriage was, and if, if people did miscarry, I thought it was because they smoke, or drank every day, and did all of the things that you're not supposed to do . . . And I'd been doing everything right, and I didn't even realise that it was something that happened to people that did things right (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1015).

Auch in der Untersuchung von Harris und Daniluk (2011) äußern die Frauen, dass sie sich für den negativen Ausgang ihrer Schwangerschaft verantwortlich fühlten (vgl. Harris und Daniluk 2011, S. 717).

8.7.3 Schuld durch Versagen

Viele Frauen empfinden nach einer Fehlgeburt eine tiefe Schuld, da sie aus ihrer Sicht versagt haben und den Erwartungen ihrer Mitmenschen nicht entsprechen konnten. Andere Frauen wiederum denken, dass alle Frauen ein tiefes Gefühl der Enttäuschung erleben müssten und die Fehlgeburt als traumatisches, lebensveränderndes Ereignis wahrnehmen sollten. Wenn dies nicht der Fall ist, können sich Schuldgefühle einstellen (vgl. Wong, Crawford und Gask 2003, S. 700; Rowlands und Lee 2010, S. 279).

„I realise most women would be upset and need to be carefully treated, but I was made to feel guilty that I was not upset or grieving.“ (Wong, Crawford und Gask 2003, S. 700 f).

Frauen können auch Schuldgefühle haben und sich schlecht fühlen, weil sie nach dem Verlust ihres Kindes nicht so fühlen, wie das möglicherweise andere Personen von ihnen erwarten (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 279).

“Stereotypes that come in – how you should feel – I don’t want to be told that I’m heartless cause I don’t feel anything and that sort of thing...you already feel bad because everybody expecting you to feel in a certain way and if you don’t then you are a bitch, you don’t even care.” (Rowlands und Lee 2010, S. 279).

8.7.4 Schuld als Strafe Gottes

Manche Frauen führen den Verlust ihres Babys auf die Vergangenheit zurück. Sie glauben, dass sie nun für Handlungen aus vergangenen Tagen bestraft würden. Dies können z.B. Taten gewesen sein, die aus weltanschaulich-religiösen Gründen nicht erlaubt sind. (z.B. Abtreibung, sexuelle Kontakte vor der Ehe, wechselnde Partner). Das Ereignis der Fehlgeburt wird folglich als Strafe Gottes interpretiert (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 76).

Der Verlust eines Kindes ist für viele Frauen eine schmerzliche Erfahrung. Sie fühlen sich schuldig und neigen zu Selbstvorwürfen. Besonders intensiv sind diese Gefühle, wenn die berufliche Ausbildung oder andere Aktivitäten der Frau nach vorne und die Schwangerschaft nach hinten gereicht wurde (vgl. Cecil 1994 zitiert in: Adolfsson 2010 a, S. 208).

8.8 Neid

Eine der von Harris und Daniluk befragten Frauen thematisiert, dass der Verlust eines Kindes schrecklich sei, aber es noch ein wenig ungerechter erscheint, wenn es Frauen betrifft, die an Unfruchtbarkeit leiden und solche Strapazen auf sich genommen haben, um schwanger zu werden. Das Erleben der Fehlgeburt wird in diesem Fall als Ungerechtigkeit und Mangel an Fairness erlebt (vgl. Harris und Daniluk 2010, S. 716 f).

Neid ist auch in der Studie von Beutel ein Thema. Die Eifersucht richtet sich auf schwangere Frauen im Bekanntenkreis:

“Und dann wird die Nachbarin auch noch ihren Kinderwagen an die Stelle tun, an die meiner hingehört hätte.” (Beutel 2002, S. 53).

Bergner, Beyer und Klapp bestätigen in ihrer Studie, dass viele Frauen, welche in den ersten Wochen der Schwangerschaft ihr Baby verloren haben, anderen Müttern neidisch begegnen (vgl. Bergner, Beyer und Klapp 2009, S. 57 ff). Besonders in der ersten Zeit nach dem Verlust des Kindes können manche Frauen ihr Schicksal schwer annehmen:

„Und warum muss die ein Kind kriegen, wo sie es gar nicht möchte und raucht wie ein Schlot ... und die wird's kriegen und keine Probleme haben, und ich hab` aufgepasst und krieg es nicht.“ (Beutel 2002, S. 135).

Da Neidgefühle von Frauen nach einer Fehlgeburt gegenüber schwangeren Frauen in der Öffentlichkeit deplaziert sind, tauschen sich diese Frauen häufig auf Internetplattformen aus:

„I had that feeling after my miscarriage. We lived in NYC at the time, and I remember seeing a street vendor who was obviously very young and very pregnant, probably living a miserable life, and I WAS SO JEALOUS I COULD

NOT STAND IT!!!!“ (<http://forums.families.com/after-miscarriage-jealousy,t110569>).

„I have been having very strange feelings towards other women who are now pregnant or when i find out someone is pregnant (which seems like a weekly event) that i can't even talk to them or even pretend i'm happy for them. because i'm not. i mean i am deep down, but my initial reaction is to feel angry at them...“ (<http://forums.families.com/after-miscarriage-jealousy,t110569>).

8.9 Weitere Gefühle und Reaktionen

Offene Fragen, Tabuisierung, Vermeidung, mangelndes Verständnis für die Empfindungen der Mutter, sowie mangelnde Unterstützung waren weitere Erfahrungen der betroffenen Frauen nach ihrer Fehlgeburt.

8.9.1 Offene Frage - Warum?

Die Frage nach der Ursache

Die wohl am häufigsten gestellte Frage nach einer Fehlgeburt ist die Frage nach dem „Warum?“, das heißt nach der Ursache und dem Sinn der Fehlgeburt.

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen, die die Frage nach dem “Warum” beantworten könnten. Oft sind es mehrere Faktoren, die den Erhalt der Schwangerschaft verhindert haben; doch häufig bleibt diese Frage unbeantwortet (vgl. Wolter 2010, S. 92). Die Mehrzahl der abgegangenen Föten wird in Deutschland erst gar nicht untersucht, sofern die Mutter vorher nicht mindestens zwei bis drei Fehlgeburten gehabt hat. Dies ist deshalb beklagenswert, da die Untersuchung häufig konkrete Ursachen für den frühzeitigen Verlust findet, welche teilweise gut therapierbar wären und weitere Fehlgeburten verhindern könnten (vgl. Wolter 2010, S. 92).

Die negative Reaktion auf das Ereignis der Fehlgeburt verstärkt sich häufig, wenn die Ursache des Verlustes nicht geklärt ist (vgl. Robinson 2011, S. 571 ff).

Wenn es für die Ursache einer Fehlgeburt keine eindeutige medizinische Erklärung gibt, wird häufig von der Mutter nach der Ursache gesucht. Das

Ereignis ist für die Frau eine kuriose Erfahrung mit offenen Fragen. Oft stellt sich wie bereits erwähnt die Mutter die Frage, ob nicht ihr Verhalten die Ursache für den Tod ihres Babys gewesen sei. Alle anstrengenden Handlungen (Gartenarbeit, Radfahren, zu wenig Ruhepausen, etc.) vor dem Verlust werden noch einmal durchdacht und als eventuelle Auslöser in Erwägung gezogen (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1015).

Auch wenn Ärzte, Familie oder Freunde versuchen, die Frau zu überzeugen, dass sie keine Schuld habe, wird das "Warum" bleiben. (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1014 f).

"Why me, when you see other people sailing through it." (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1014).

Die meisten Frauen erwarten konkrete Antworten auf die Frage nach der Ursache ihres Verlustes. Eine "allgemeine" Floskel wird meist nicht als zufriedenstellend bewertet (vgl. Wong, Crawford und Gask 2003, S. 697 f).

"I wish someone had given me an explanation, as it would have helped me come to terms with it better have helped me come to terms with it better real reason, not "it`s one of those things." (049) (Wong, Crawford und Gask 2003, S. 700).

Die Frage nach dem Sinn

Wie bereits angeführt existieren dazu auch theologische Begründungen (vgl. Seite 34) Eine der befragten Frauen gibt an, sie könne keinen Sinn in ihrem Schicksal erkennen. Sie kann nicht sehen, was sie aus dem, was sich ereignet hat, lernen sollte (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 7).

8.9.2 Tabuisierung, Vermeidungsverhalten, Negierung

Vermeidungsverhalten

Foa, Riggs und Gershuny kamen nach Untersuchungen an einer Vielzahl von Verbrechenopfern zu dem Schluss, dass sich Symptome der Vermeidung in zwei Kategorien einteilen lassen. Sie unterscheiden „bewusste Vermeidung“ und „Empfindungslosigkeit / Dissoziation“ (vgl. Foa, Riggs und Gershuny 1995, S. 116 ff).

Die bewusste Vermeidung ist dadurch gekennzeichnet, dass jede Erinnerung an das Trauma verdrängt wird. Erinnerungen, Gefühle oder Unterhaltungen, die mit dem Erlebten in Verbindung gebracht werden, werden unterlassen. Die Bemühungen gehen dahin, Plätze, Situationen oder Aktivitäten, die mit dem Ereignis in Verbindung gebracht werden, zu meiden. Die Symptome der Empfindungslosigkeit und *Dissoziation* (Abspaltung, Trennung) sind das Unvermögen Details des Traumas in Erinnerung zu bringen. Die Gefühllosigkeit und die Abspaltung können als Gefühl der Loslösung und der Entfremdung oder der begrenzten Gefühlsregung wahrgenommen werden (vgl. Foa, Riggs und Gershuny 1995, S. 116 ff).

Die Fehlgeburt wird von den betroffenen Frauen als Eingriff in ihren Körper und ihre Seele erlebt. Diese Form des Todes ist in der Bewältigung besonders heikel. Noch immer wird das Ereignis einer Fehlgeburt stigmatisiert und verschwiegen (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1010 f).

Vermeidungsverhalten durch Pflegepersonal

Eine Studie von Di Marco, Renker und Medas (2002) belegt, dass die pflegenden Personen eine Fehlgeburt nicht als sehr bedeutend wahrnehmen, während für sie eine Totgeburt oder ein neonataler Verlust in der Intensität der schmerzlichen Erfahrung unfassbar sind. Obwohl sie eine Ausbildung besuchen, welches das Bewusstsein über die Auswirkungen der Fehlgeburt schärfen sollte und die Trauer nach dem Verlust des Embryos thematisiert, wird eine Fehlgeburt von ihnen dennoch als nicht so bedeutungsvoll angesehen (vgl. Stratton und Lloyd 2008, S. 6).

Vermeidungsverhalten durch Angehörige

Es scheint, als könnten Freunde und Familienmitglieder oft nicht erkennen, wie bedeutungsvoll der Verlust des Kindes in diesem frühen Stadium der Schwangerschaft für die Mutter ist. Manche ignorieren das Thema Fehlgeburt, andere geben gut gemeinte Kommentare ab und versuchen so, das Ereignis zu mindern (vgl. Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1248; Rowlands und Lee 2010, S. 279).

Die Vernachlässigung der emotionalen Unterstützung durch Familie und

Freunde ist für die betroffene Frau ein zusätzlich belastender Faktor bei der psychischen Verarbeitung der Fehlgeburt. Doch häufig wird die Schwangerschaft zu Beginn geheim gehalten und Familie und Freunde können die emotionale Hilfestellung gar nicht bieten, weil sie von dem Verlust nichts wissen (vgl. Robinson 2011, S. 571; Bergner, Beyer und Klapp 2009, S. 58).

Einige Frauen erleben ihre Familienmitglieder in dieser Situation als sehr hilfreich, andere jedoch beklagen, dass diese sie nicht ausreichend unterstützten. Die mangelnde Unterstützung ihrer Ehemänner führen die Frauen auf das fehlende Verständnis des Erlebens einer Fehlgeburt zurück (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 279):

“I was surprised by my husband, who’s very supportive, wasn’t really that involved... And they can’t relate to it. And I have since accepted that, men don’t really understand the changes in women regarding pregnancy and childbirth and it is a bit much to get them to completely understand. They can sort of empathise and try to understand but they can’t really relate to it, because they don’t have the same experience.” (Rowlands und Lee 2010, S. 279).

Enttäuschend wird den Studien zufolge auch erlebt, dass Frauen, die bereits Erfahrung mit einer Fehlgeburt haben, keine Hilfe anboten. So berichtet eine Frau, sie habe bewusst vielen Menschen von ihrer Schwangerschaft erzählt und gehofft bei einem Verlust ihres Babys, Hilfe zu erhalten. Sie erfuhr nach der Fehlgeburt keine Unterstützung und erlebte das Schweigen belastend. (*“...the silence was deafening“*) (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 279).

Eine andere Betroffene wiederum berichtet, sie habe das Gefühl gehabt, gemieden zu werden, da die anderen Menschen Angst hätten und nicht wussten, wie sie mit dieser Trauer um diesen „blob“ umgehen sollten (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 279).

Tabuisierung

Eine Fehlgeburt ist nach wie vor ein Verlust, der wenig an die Öffentlichkeit getragen wird. Die Ergebnisse der Untersuchung von Frost, Bradley und Levitas zeigen, eine Vielzahl der Teilnehmerinnen weiß kaum über die Häufigkeit einer

Fehlgeburt Bescheid. Für diese Frauen wird mit ihrer eigenen Fehlgeburt erst bekannt, dass bereits einige ihrer Freunde und Familienangehörigen selbst eine Fehlgeburt erlebt haben. Eine Frau erklärt, wonach es nicht einfach sei, Frauen zu finden, die ihre Erfahrungen teilen wollten. Eine andere Frau machte wieder eine andere Erfahrung, die sie so ausdrückte: *'crawling out of the woodwork'* (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1010 f).

"I hadn't realised until I miscarried that my Mum had done years ago . . . I've got a couple of friends that are trying and I know she's miscarried a few times but . . . she likes to keep it to herself and she doesn't want to speak about anything, so, I know a few people who've had miscarriages but not to speak about." (Interview 16) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1010).

Das Bedürfnis geht dahin die frühe Fehlgeburt mehr publik zu machen, um mehr Hilfestellung nach dem Verlust zu bekommen. Eine mögliche Barriere sehen die Frauen jedoch darin, dass viele Betroffene von Scham und Schuldgefühlen belastet sind und die Öffentlichkeit meiden (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1010 f):

„It is just such a taboo subject that people don't wanna talk about it. They just don't know how to react. That's why you don't tell them. 'Cos you feel like you're saying that you've suddenly got cancer or something . . . it's the most bizarre thing.“ (Interview 5) (Frost, Bradley und Levitas 2007, S. 1010).

8.10 Weitere Umgangsweisen mit dem Ereignis

„Unsichtbarer Verlust“

Viele Frauen haben nach einer Kurettage den Wunsch ihr Baby zu sehen oder wenigstens zu erfahren, wo ihr Baby hingbracht worden ist. Üblicherweise werden der Fötus und die Plazenta in das pathologische Labor gebracht. Bei einem Verlust in einer späteren Schwangerschaftswoche hat man die Möglichkeit ein Foto und eventuell eine Haarlocke des Babys zu bekommen. Bei einem frühen Verlust ist das Baby so winzig, dass es keinerlei sichtbare oder „begreifbare“ Erinnerungen (es zu halten und zu begraben) gibt (vgl. Danielsson 2010, S. 29).

„Non – Event“

Manche Frauen denken der Verlust des Babys würde nicht anerkannt, da es an Zeremonien (Ritualen) fehlt, um den Verlust zu betrauern (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 280).

Das Kind wird von der Umwelt wie schon dargestellt noch nicht als menschliches Lebewesen wahrgenommen. Häufig werden die Eltern damit konfrontiert, dass dies noch kein Kind, sondern „nur“ ein Embryo gewesen sei (vgl. Lothrop 2011, S. 28).

Oft verleugnen Eltern aus Angst vor dem Unverständnis der Mitmenschen den Verlust ihres Kindes und gestehen sich selbst die Gefühle nicht zu:

„Es ist als ob nichts gewesen wäre. Ich war im Krankenhaus und weiß gar nicht, warum ... Da war was, und jetzt ist es weg. Ich kann doch niemandem erzählen, warum ich so traurig bin ... (weint) das Kind war doch noch nicht „wirklich“ für die anderen ... das versteht doch keiner. Die sagen nur: Was für eine hysterische Ziege!“ (Lothrop 2011, S. 28 f).

In der Untersuchung von Adolfsson (2010) wird der Verlust des Embryos (Fötus) von allen Frauen als eine extreme Enttäuschung erlebt. Auch eine nachfolgende Schwangerschaft kann dieses verlorene Kind nicht ersetzen. Jedes Kind und die damit verbundenen Pläne sind einzigartig und durch ein anderes Kind nicht zu kompensieren (vgl. Adolfsson 2010 b, S. 77).

Fehlender Abschied

Ob eine Mutter ihr Baby nach der Fehlgeburt „sehen“ oder „nicht sehen“ soll, darüber herrscht nach wie vor Uneinigkeit. Erfahrungen zeigen, wonach manche Frauen sehr erschrocken reagieren, wenn sie den Abgang beobachten können. Einige machen sich auch Gedanken, wie sie es verhindern könnten, dieses Kind während der Fehlgeburt zu sehen. Andere Frauen wiederum wollen das Kind unbedingt sehen und bedauern es sehr, wenn dies nicht möglich ist. Ihr Wunsch wäre, bewusst Abschied nehmen zu können (vgl. Smith, Frost und Levitas 2006, S. 198 ff).

Bergner, Beyer und Klapp beschreiben, dass bei einer Fehlgeburt in einem frühen Stadium das Kind meist durch eine Kürettage „entfernt“ wird. Diese Form der Trennung behindert die Lösung von dem Kind, weil es kaum Hinweise für das „Vorhandensein“ dieses Kindes gibt. Da der Kontakt und die Erinnerungen an das Kind fehlen, zweifeln viele Frauen nach ihrem Verlust, ob eine Trauer berechtigt sei (vgl. Bergner, Beyer und Klapp, 2009 S. 58)

Wenn der Abschied vom Baby nicht bewusst erlebt werden kann, wird dies von vielen Frauen als sehr schmerzlich empfunden:

„... yes, at least if I was home, I suppose ... [sigh], I know it wouldn't have been nice, but I could have said goodbye properly or, I could have been there ... mm ... and it would have been under our control ... I couldn't save this little one [very tearful].“ (E.) (Smith, Frost und Levitas 2006, S. 203).

8.10.1 Unsensible Kommunikation

Die Frauen erhalten in der Regel während ihres Krankenhausaufenthalts nur wenig relevante Informationen, Verwirrung und Unsicherheit sind die Folge. Der Nutzen der Informationen ist außerdem durch den oft falsch gewählten Zeitpunkt des betreuenden Personals sehr gering, da zu diesem Zeitpunkt die Patienten emotional nicht in der Lage sind die gegebenen Informationen zu verstehen (vgl. Wong, Crawford und Gask 2003, S. 699):

„... the hospital nurse talked to me too early. I rejected her advice as it hurt too much. I was not ready to talk to anyone.“ (Wong, Crawford und Gask 2003, S. 699).

Lee beschreibt, dass der richtige Zeitpunkt für Informationen von Bedeutung ist und Einfluss auf das Erleben der Fehlgeburt hat (vgl. Lee 1996 zitiert in: Stratton und Lloyd 2008, S. 5 ff).

Die betroffenen Frauen erzählen, wie manche Freunde das Dilemma der Fehlgeburt mit beschwichtigenden Kommentaren verharmlosen wollten. Über solche Aussagen sind die Frauen oftmals enttäuscht und empört (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 280).

Witt-Loers (2010) beschreibt ebenfalls, dass es für die Mitmenschen oft sehr schwierig sei, die passenden Worte zu finden. Häufig werden die Eltern nach dem Verlust ihres Kindes mit verletzenden Aussagen konfrontiert:

„Du bist doch noch jung.“ -

„Du hast doch ein gesundes Kind.“ -

„Du hast doch noch Zeit, Kinder zu bekommen.“ -

„Sei doch froh, ein behindertes Kind hätte dich doch nur belastet.“ (...)

„Du musst dich zusammenreißen.“ (Witt-Loers 2010, S. 44).

8.10.2 Mangel an Mitgefühl (Empathie)

Pflegepersonen, die im Krankenhaus häufig mit „Fehlgeburten“ konfrontiert werden, können die Situation so normal erleben, dass dadurch die Kommunikation und die Fähigkeit der Empathie gewissermaßen verloren geht (vgl. Wong, Crawford und Gask 2003, S. 700).

„...the nurse in the hospital says there is no reason, it's just life.“ (Wong, Crawford und Gask 2003, S. 700).

Eine Fehlgeburt wird den Untersuchungen zufolge sowohl von Ärzten, als auch von Pflegepersonen als kein außergewöhnliches Ereignis dargestellt. Die Erläuterung von statistischen Zahlen („eine von fünf“) soll manchmal das Ereignis der Fehlgeburt beschwichtigen, dies wird jedoch von den betroffenen Müttern als nicht hilfreich erlebt. Sie vermissen, dass sie in ihrer Individualität wahrgenommen und ihre Gefühle anerkannt werden. Auch wenn eine Fehlgeburt für die professionelle Pflegekraft ein alltägliches Ereignis sein kann, für die schwangere Frau ist es ein bewegendes Ereignis, das ihr Leben verändert (vgl. Wong, Crawford und Gask 2003, S. 700).

Einige der betroffenen Frauen glauben, dass bereits mögliche Anzeichen von Komplikationen z.B. eine Blutung nicht ernst genommen und ihr Verlust als nicht sehr bedeutungsvolles Ereignis gesehen werde (vgl. Thorstensen 2000 und Conway 1995 zitiert in Stratton und Lloyd 2008, S. 7).

Die Pflegeperson beschränkt ihre pflegerische Versorgung meist auf die physische Ebene. Die Mutter fühlt sich folglich nicht als Ganzes wahrgenommen (vgl. Smith, Frost und Levitas 2006, S. 202):

“... you know, nobody came and showed us any care, apart from when they came to take the commode away, but nobody came in to see us.” (M.)
(Smith, Frost und Levitas 2006, S. 202).

9. Die Pflegeperson in der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten

Aspekte der Pflege

Das medizinische Management für Frauen nach einer Fehlgeburt ist klar geregelt, jedoch gibt es nur dürftige Anleitungen, welche über psychologische und soziale Bedürfnisse oder erforderliche Rahmenbedingungen nach einer Fehlgeburt Auskunft geben. Die Bedeutung einer Fehlgeburt für die betroffene Frau findet in der Fachliteratur nur wenig Beachtung (vgl. Frost, Bradley und Levitas 2006, S. 1003 ff).

Das Tätigkeitsfeld der professionellen Pflegekraft beginnt dort, wo der Mensch Defizite hat, um für seine Gesundheit und Sicherheit selbstständig zu sorgen. Die Pflege kann in Form von Gesundheitsberatung oder Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, unter Nutzung aller persönlichen Ressourcen, erfolgen. Das Ziel dabei ist, eine bestmögliche Lebensqualität zu sichern (vgl. Pflegeleitbild 2011).

Die Aufgabe der Pflegeperson besteht darin, mit dem Patienten in Beziehung zu treten und mit ihm gemeinsam individuelle Pflegeziele zu definieren. Dabei ist auf psychische, soziale, physische, pädagogische, ethische, kulturelle und ökonomische Aspekte Rücksicht zu nehmen. Gegenseitiger Respekt, Akzeptanz und Vertrauen sind für diesen Prozess erforderlich (vgl. Pflegeleitbild 2011).

An die professionelle Pflegeperson wird dabei der Anspruch gestellt, dass sie laufend ihr Wissen erweitert, neueste pflegerische Erkenntnisse in ihre Planung und Handlung adaptiert, sowie mit den gegebenen Rahmenbedingungen eine möglichst effiziente Betreuung der Patienten sichert (vgl. Pflegeleitbild 2011).

„Theoretische Kenntnisse der Pflegewissenschaft, der Pflegeforschung und Pflege-theorien“ stützen die Handlungen der Pflegepersonen (vgl. Pflegeleitbild 2011).

Gesetzlich sind Pflegepersonen Ärzten im medizinischen Bereich nicht grundsätzlich untergeordnet. Es gibt viele Bereiche im Behandlungsprozess,

welche die Pflegeperson alleine plant, durchführt und dafür Verantwortung trägt (vgl. Wilkesmann 2009, S. 167). Es liegt somit an der Pflegeperson selbst, eine Situation zu erfassen und daraus pflegerische Handlungen abzuleiten, zu planen und durchzuführen. Der Erfolg der Handlungen muss immer wieder hinterfragt und manchmal auch neu adaptiert werden.

Empirische Erkenntnisse sind für die Pflege von großer Bedeutung, doch sie stellen lediglich eine konstruierte Realität dar. Die Wissenschaft leistet einen Beitrag zum Verstehen der Realität. Ihre Erkenntnisse sind erforderlich, jedoch nicht genügend, da sie weder Information über das konkrete Erleben, die Bedeutung und die Erfahrung noch über das Leiden des Patienten geben. Für eine adäquate Pflegeplanung bedarf es der Kenntnisse darüber, wie eine Person die spezielle Situation erlebt und erfährt (vgl. Schrems 2008, S. 11).

Um die Bedeutung für die betroffenen Frauen zu verstehen, ist auch das Verständnis der subjektiven Theorien erforderlich, welche im Folgenden näher erläutert werden.

9.1 Subjektive Theorien als Grundlage von pflegerischen Handlungen

Hinter der Bezeichnung *subjektive Theorie* steckt das Bemühen subjektive Vorstellungen in ein wissenschaftliches Konzept aufzunehmen. Der Grundgedanke ist, dass alle Menschen Vorstellungen bzw. Denkmuster über sich und die Welt im Kopf haben, welche miteinander kommunizieren. Die Verbindung zwischen den Gedanken und dass Schlussfolgerungen möglich sind zeigt Parallelen zu wissenschaftlichen Theorien und berechtigt somit zu der Bezeichnung *subjektive Theorie* (vgl. Flick 1991, S. 14).

Flick differenziert zwischen den Aufgaben von *subjektiven Theorien* und *wissenschaftlichen Theorien*. Unter Berücksichtigung und Miteinbeziehung einiger Werke und unterschiedlicher Autoren kommt er zu folgendem Ergebnis:

Subjektive Theorien verhelfen zu einer Definition der Situation, einer schnellen Zuordnung und Orientierung.

Subjektive Theorien eignen sich für die Begründung, das Verstehen und das

Erfassen einer Sachlage.

Subjektive Theorien dienen dazu, für besondere Lebenslagen vorzusorgen und nach Bedarf handeln zu können.

Subjektive Theorien wirken auf verhaltensbestimmende Funktionen.

Subjektive Theorien verhelfen zu einem guten, stabilen Selbstwertgefühl (vgl. Flick 1991, S. 14).

Auf Grund von Studien mit Menschen aus Handwerks- und Verwaltungsberufen kann abgeleitet werden, dass Menschen in Alltagssituationen subjektive Theorien erstellen, welche weitgehend aus komplexen gedanklichen Formationen bestehen. Die unterschiedlichen Inhalte werden miteinander in Verbindung gebracht und gleichzeitig als ein dynamischer Prozess beschrieben (vgl. Faltermaier 2005, S. 195). Der Sozialpsychologe Fritz Heider (1958) behauptet, dass „Durchschnittsmenschen“ im Alltag wie naive Wissenschaftler agieren. Um das Verhalten ihrer Mitmenschen oder bedeutende Begebenheiten zu begründen, suchen sie nach Ursachen. Dies führt zu „kausalen Attributionen“. Diese Ursachenzuschreibung hat eine Auswirkung auf ihre eigenen Reaktionen (vgl. Faltermaier 2005, S. 195).

Der Kulturpsychologe und Literaturwissenschaftler Norbert Groeben beschreibt, dass die subjektive Theorie in der deutschen Tradition als „Kognition der Selbst- und Weltsicht, als komplexes Aggregat mit (zumindest implizierter) Argumentationsstruktur“ begriffen werde (vgl. Groeben 1988 zitiert in: Faltermaier 2005, S. 227). Sie ermöglicht Menschen Ereignisse zu benennen, zu begründen und sich darin zurechtzufinden. Sie hilft dabei, Situationen begreiflich zu machen und sich auf zukünftige Situation einzustellen. Somit werden dadurch individuelle Maßnahmen gesteuert (vgl. Faltermaier 2005, S. 227).

9.1.1 Subjektive Theorien nach einer Fehlgeburt

Wie bei vielen traumatischen Erfahrungen bemühen sich Frauen auch nach einer Fehlgeburt darum, das Erlebnis sowie seine Auswirkungen mit Hilfe einer *subjektiven Theorie* emotional zu verarbeiten. Bezüglich der Ursache einer Fehlgeburt werden oft unzutreffende medizinische Erklärungen gegeben.

Häufig genannte *subjektive Theorien* wären z.B. Gene sowie psychosoziale Anspannung, Stress am Arbeitsplatz oder Ablehnung des Kindes. Die Richtigstellung unrichtiger Vorstellungen darf nur sehr behutsam erfolgen. Eine sensible Klärung der falschen Vorstellung und Schuldzuschreibung kann für die betroffene Frau sehr hilfreich sein. Das Interesse an der „subjektiven Krankheitstheorie“ gibt Aufschluss über das Erleben der Frau und bringt oft Erleichterung für diese Situation (vgl. Baltzer, Friese und Graf 2006, S. 123).

9.1.2 Subjektive Theorie – Bedeutung für die Pflege

Warum ist es für die Pflegeperson also von Bedeutung die *subjektiven Theorien* von Frauen nach einer Fehlgeburt zu erfassen? Die Kenntnis über die subjektive Theorie der betroffenen Frau gibt Auskunft über das Erleben und die Bedeutung des Verlustes. Erst wenn die Betrachtungsweise, der Blickpunkt und die daraus resultierenden Konsequenzen bekannt sind, kann die Pflegeperson gezielt auf die Bedürfnisse der betroffenen Frau eingehen.

9.1.3 Subjektive Theorie als „Realitätskonstrukt“

Folgendes von der Autorin selbst erstelltes Fallbeispiel soll die *subjektive Theorie* als Realitätskonstrukt veranschaulichen: Zwei Frauen (Frau A und Frau B) sind beide seit acht Wochen schwanger. Jede der beiden Frauen fährt am Sonntag auf einem flachen Fahrradweg mit ihrem Mann zwei Stunden Rad und beide erholen sich anschließend in einem Gastgarten eines Heurigenlokals. Keine der Frauen hatte das Gefühl, sich während der Fahrt mit dem Rad überanstrengt zu haben. Beide der Frauen bekommen abends eine vaginale Blutung und verlieren am darauffolgenden Tag ihre Babys.

Mögliche Gedanken und subjektive Theoriebildungen nach der Fehlgeburt:

Frau A: „Es war egoistisch von mir, nur an mich zu denken. Es ist bekannt, dass man sich in den ersten Wochen der Schwangerschaft schonen soll. Wer so rücksichtslos ist, hat vermutlich kein Kind verdient. Das ist die Strafe Gottes.“

Frau B: „Schade, dass es diesmal nicht geklappt hat. Vermutlich hatte das Kind einen Gendefekt. Behinderte Kinder haben es schwerer im Leben. Besser so, als mit einer Behinderung zu leben!“

Mit diesem Beispiel soll aufgezeigt werden, dass es sich hier um die gleiche Ausgangssituation handelt, die jedoch sehr unterschiedlich gedeutet werden kann und somit unterschiedlicher pflegerischer Ansätze bedarf.

Florence Nightingale kritisiert jene Menschen, die nichts über das tatsächliche Erleben der Situation (Erkrankung) wissen, aber Vorschläge unterbreiten. Empfehlungen, ohne dass man die „Wahrheit“ des betroffenen Menschen kennt, können massiven Schaden anrichten. Das Gegenüber kann unter Umständen folgende Sätze als vernichtend erleben: „Dir fehlt doch nichts, du brauchst nur ein wenig Ablenkung.“ oder „Du tust deiner Familie nichts Gutes, wenn du lange um dieses Kind trauerst.“ (vgl. Nightingale 2005 zitiert in: Matolycz 2009, S. 65 f).

9.2 Bedeutung verstehen / Hermeneutische Differenz

9.2.1 Hermeneutik

Das Ziel der Hermeneutik ist „Sachverhalte auf dem Hintergrund eines Kontextes sinnhaft zu deuten“ (Jung 2001 zitiert in: Schrems 2008, S. 149).

Hermeneutik wurde aus dem Griechischen „hermeneuein“ abgeleitet und bedeutet „ersetzen, dolmetschen, erklären, auslegen“. Hermes der Götterbote wurde von Zeus gesandt, den Menschen Botschaften zu überbringen. Er hat diese Botschaften verkündet und den irdischen Menschen so erklärt, dass diese sie verstehen konnten (Schrems 2008, S. 149). Der Auftrag der Hermeneutik ist folglich, den Sinn und die Zusammenhänge einer anderen „Welt“ in die persönliche „Welt“ zu transportieren.

Mit dem Verstehen sollten Sinnstrukturen erkennbar und „blinde Flecken sichtbar“ werden. Inhalte eines Textes werden gedeutet und der Sinn offen gelegt (Schrems 2008, S. 150).

9.2.2 Vertreter der Hermeneutik

Durch Schleiermacher, Dilthey, Heidegger und Gadamer erfuhr die Hermeneutik einen Wandel und Fortschritte (Gadamer 1993, S. 99).

War zu Beginn die Hermeneutik nur auf das Schriftliche beschränkt, so erfuhr diese durch Schleiermacher (Mitte des 19. Jhdt.) eine Neuerung. Er

verdeutlicht, dass das Verstehen erst durch Kommunikation und Interaktion möglich wird (Hermeneutischer Zirkel). „*Verstehen ist reproduktive Zusammenfassung der eigentlichen gedanklichen Produktion aufgrund der Kongenialität der Geister*“ (Gadamer 1993, S. 99). Schleiermacher setzte den Grundstein für ein *Wissenschaftssystem* auf hermeneutischer Basis, welches die Basis für *alle historischen Geisteswissenschaften* wurde (vgl. Gadamer 1993, S. 99).

Schleiermacher und Dilthey kommen zu dem Ergebnis, dass Texte auf zwei Arten auszulegen sind. Die objektive Auslegung beschreibt den Inhalt aus der Gesamtheit und die subjektive Auslegung stellt die Persönlichkeit des Verfassers und seinen Einfluss auf das Schriftstück dar (vgl. Schrems 2008, S. 150).

Diltheys Erkenntnisse zeigen, dass Kenntnisse der Biographie unbedingt erforderlich sind, um die „Welt“ eines Menschen zu kennen und um ihn verstehen zu können. Das Kernstück seines *hermeneutischen Ansatzes* war das Erlebnis, der Ausdruck und das Verstehen (vgl. Jung 1996 zitiert in: Schrems 2008, S. 150). Anders als die Naturwissenschaft, welche nach der Ursache fragt, möchte die Geisteswissenschaft den Sinn klären (vgl. Schrems 2008, S. 151).

Heidegger, einer der bemerkenswertesten Verfechter der Hermeneutik in der Philosophie, versteht die Hermeneutik als „Phänomenologie des Daseins“. Hermeneutik ist nach seinem Verständnis die Beschäftigung mit der Deutung. Interpretationen werden angewandt, wenn ein Sachverhalt nicht nachvollziehbar oder eindeutig ist (vgl. Heidegger 2001, Jung 2001 zitiert in: Schrems 2008, S. 151).

Auch Gadamer, ein Schüler Heideggers, übte einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Hermeneutik aus. Gadamer betrachtete die Zuschreibung der Bedeutung als Brücke zwischen Phänomenologie und Hermeneutik. Er verstand Hermeneutik als Meisterschaft der Auslegung und des Verstehens, einen Vorgang der „im menschlichen Dasein“ niemals beendet ist (vgl. Gadamer 1990 zitiert in: Schrems 2008, S. 154 f).

9.2.3 Hermeneutisches Fallverstehen

Das Hermeneutische Verstehen ist laut Schleiermacher über das Textverständnis definiert, das sowohl durch das grammatische, als auch das psychologische Verständnis zu verstehen ist. Vollkommene Kongruenz zwischen Sender und Empfänger wird fast unmöglich. Somit bleibt *die hermeneutische Differenz als Strukturebene des hermeneutischen Verstehens* immerzu erhalten. Damit Verstehen denkbar ist, werden zwei hermeneutische Zirkel benötigt. Lamneck verwendet den Begriff „hermeneutische Spirale“ (vgl. Lamneck 1995 zitiert in: Urban 2004, S. 80 f).

Das Verstehen eines Textes ist grundsätzlich nur möglich, wenn der Gesprächspartner bereits Vorkenntnisse zu diesem Thema hat. Außerdem muss er seinem Gegenüber vorurteilsfrei und aufgeschlossen begegnen. Die Kenntnisse im Vorfeld bestimmen, welche Anteile der Kommunikation registriert werden. Eine Betrachtung der persönlichen Kenntnisse und Einstellungen ist für jede Interpretation wesentlich (vgl. Schrems 2008, S. 151). Das Verstehen wird in zwei Ebenen gegliedert. Das „höhere Verstehen“ wird vom „elementaren Verstehen“ differenziert betrachtet. Höheres Verstehen baut auf das Elementare auf und steigert das Bewusstsein (das Verstehen) (vgl. Urban 2004, S. 80 f).

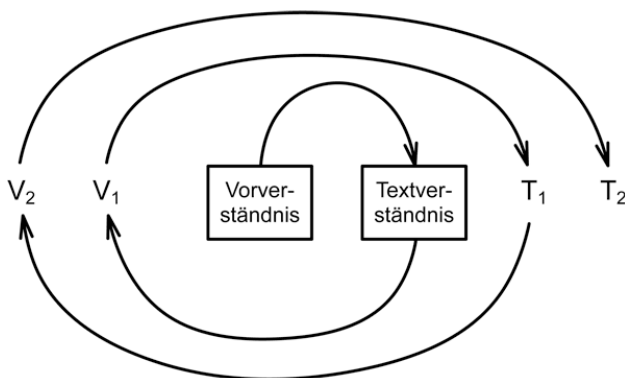


Abbildung 1: Der hermeneutische Zirkel

(Stangl 2009 in: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTGEIST/HermeneutikZirkel.shtml>)

10. Anforderungen an die Pflegeperson

10.1 Kompetenz

Der Bildungsbedarf für Pflegepersonen unterliegt einem ständigem Wandel. Durch laufende Veränderungen im Berufsfeld der Pflege kann die Grundausbildung nur als Vermittlung von Basiswissen gesehen werden, welche auf den Pflegeberuf vorbereitet. Auf diese Grundlagen muss unaufhörlich aufgebaut werden. Der laufende Neuerwerb von Wissen ist unumgänglich, da unter anderem unterschiedliche Kulturen und der Wertewandel unserer Gesellschaft eine sich häufig ändernde Herausforderung darstellen. Die Pflege ist gefordert, ihr Tun zu reflektieren und an die Ansprüche anzupassen (vgl. Falk und Keuchel 2007, S. 13 f).

Die Pflegewissenschaftlerin Christa Olbrich (2005) beschreibt, dass weder Wissen, noch methodisches Können alleine Kompetenz bedeutet. Es ist das Zusammenspiel von Einstellung, Wissen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, situativer Anpassung und entsprechenden Handlungen einer Pflegeperson, welches Kompetenz ausmacht (vgl. Olbrich 2005, S. 9 f). Folglich betrachtet Olbrich Kompetenz als einzigartige, auf die jeweilige Person bezogene, dynamische, variable Handlung.

Kompetenzerwerb nach Benner

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Benner überträgt das Modell von Dreyfus und Dreyfus (Mathematiker und Systemanalytiker / Philosoph) auf die Pflege. Benner ist überzeugt, dass die Pflegekompetenz nur durch die Praxis im Pflegeberuf und das Reflektieren von pflegerischen Situationen erworben werden könne. Sie unterteilt die Entwicklung der Pflegekompetenz in fünf Abschnitte (vgl. Benner 2012, S. 41 ff):

- *Neuling*
- *Fortgeschrittene Anfängerin*
- *Kompetente Pflegenden*
- *Erfahrene Pflegenden*
- *Pflegeexpertin* (Benner 2000, S. 41 ff).

In einer Untersuchung wurden 1.200 Pflegepersonen interviewt und zum Teil bei ihrer pflegerischen Tätigkeit beobachtet. Das Ziel war, Differenzen zwischen theoretischen und praktischen Kenntnissen zu erforschen. Die Auswertung einiger Interviews erbrachte zunächst 31 Kompetenzen. Diese wurden später auf sieben Kernkompetenzen der Pflege reduziert (vgl. Benner 2012, S. 64):

„-Helfen

- *Beraten und Betreuen*

- *Diagnostik und Patientenüberwachung*

- *Wirkungsvolles Handeln in Notfällen*

- *Durchführen und Überwachung von Behandlungen*

- *Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung*

- *Organisation und Zusammenarbeit“* (Benner 2012, S. 64).

Benner definiert Kompetenz über das „pflegerische Urteilen“ und „Handeln“ von Pflegepersonen. „Psychomotorische Funktionen“ und „Basisfunktionen“ werden in ihrer Studie nicht als Kompetenz anerkannt (vgl. Sahmel 2009, S. 17).

Ernebenen der Kompetenzentwicklung

Kompetenzentwicklung ist kein zufälliges Produkt. Die pflegerische Kompetenz ist eine Mischung aus mehreren Komponenten und kann in mehreren Etappen erlernt werden.

- ***Deklaratives Lernen*** beschreibt die Lerninhalte. Dieses Wissen (Fakten und Informationen) kann erlernt oder so eingepägt werden, damit später wieder abrufbar ist. Es ist leicht zu überprüfen, ob dieses Wissen gespeichert wurde.
- ***Prozedurales Lernen*** erläutert, wie man lernt und wie man handelt. Es geht um die Übung von Fertigkeiten, sodass diese automatisch, ohne viel Nachdenken, eingesetzt werden können. Dies betrifft unter anderem motorische Abläufe (Bsp. Verbandwechsel, Ganzkörperwaschung).
- ***Konditionales Lernen*** soll aufzeigen, unter welchen Bedingungen

Kenntnisse und Fertigkeiten zum Einsatz kommen sollen. Hier werden die Bedingungen abgeschätzt, in denen es am zweckvollsten ist, das deklarative und prozedurale Wissen einzusetzen.

- **Reflektierendes Lernen** bezeichnet die Frage nach dem „Warum“. Das Lernen soll auf dieser Ebene hinterfragt werden. Hier soll die Kompetenz der selbstständigen, kontinuierlicher Fortbildung erworben werden.
- **Identitätsförderndes Lernen** stellt die Frage nach der persönlichen, beruflichen Identität. (Wie nehme ich meine berufliche Rolle wahr?) Ein zentrales Thema ist hier die Betrachtung von Werten (vgl. Olbrich 2005, S. 12 f).

Die Lernebenen sind hierarchisch angeordnet und können entsprechend der angegebenen Reihenfolge aufeinander aufgebaut werden (vgl. Olbrich 2005, S. 12 f).

Olbrich (2005) unterscheidet zwischen zwei wesentlichen Kompetenzen. Zum einen gibt es Kompetenzen, die eine Person durch eine Schulung *erworben* hat und sie somit zu Handlungen berechtigt und Maßnahmen legitimiert. Zum anderen ist von der *formalen Kompetenz* die Rede, welche durch eine rechtliche Zuweisung durch eine Stellenbeschreibung oder durch Kompetenzzuschreibung vonseiten eines Vorgesetzten vermittelt wird. Die erworbenen Kompetenzen *Wissen* und *Können* haben keinen Platz, wenn die Rahmenbedingungen nicht vorhanden sind. Oft schöpfen Pflegepersonen ihr Potential aus juristischen Gründen nicht aus, obwohl dies für Patienten meist sehr hilfreich wäre (vgl. Olbrich 2005, S. 15 f).

Kompetenzbereiche von Pflegepersonen

Poser, Ortmann und Pilz unterscheiden in ihrem Buch „Personalmarketing in der Pflege“ vier berufliche Kompetenzbereiche von Pflegepersonen. Der Anspruch von Fach-, Methoden-, Sozial- und personaler Kompetenz wird wie folgt beschrieben: Die Pflegeperson soll über ein aktuelles, umfangreiches Wissen ihrer Disziplin sowie über fächerübergreifendes Wissen verfügen. Weiters sind Eigenständigkeit, vorausschauende Planung, Organisationsgeschick, Ausdrucksfähigkeit und stetige Entwicklung der eigenen

Fähigkeiten gefordert. Die *Sozialkompetenz* wird als qualifizierte Kommunikation, Kooperation, Teameignung und *Konfliktfähigkeit* dargestellt. Die Fähigkeit zu reflektieren sowie Empathie und *Toleranz* zählen ebenfalls zu den sozialen Kompetenzen. Die persönlichen Werte, Selbstbild, Handlungsmotive, Engagement sowie eine differenzierte Wahrnehmung werden als *personale Kompetenz* verstanden (vgl. Poser, Ortmann und Pilz 2004, S. 71 ff).

Matthias Vonken von der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät Erfurt beschreibt die Veränderung der Gesellschaft und Wirtschaft und die damit verbundenen Anforderungen an die Mitarbeiter sehr präzise. Autonomie, Handlungsfähigkeit, selbstbestimmtes Handeln und Flexibilität gewinnen zunehmend an Wichtigkeit als „Kompetenzen“. In diesem Falle stehen nicht *humanitäre Bemühungen*, sondern die *Steigerung von Produktivität und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter* im Vordergrund (vgl. Vonken 2005 zitiert in: Sahmel 2009, S. 9 f).

Erforderliche Kompetenz in der Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt

Die Kompetenzen einer angemessenen Betreuung von Frauen nach dem Verlust ihres Babys bedürfen, wie von Christa Olbrich (2005) beschrieben, dem gemeinsamen Wirken einer positiven pflegerischen Einstellung, umfangreichen und aktuellen Fachwissen, die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, sowie Flexibilität sich der Situation anzupassen und entsprechend zu handeln (vgl. Olbrich 2005, S. 9 f).

Die pflegerischen Kompetenzen werden vorausgesetzt. Der Fokus dieser Arbeit liegt im weitesten Sinne bei den sozialen Kompetenzen. Eine Voraussetzung für eine hilfreiche Betreuung von Frauen nach einer Fehlgeburt ist die Wahrnehmung, dass das Erleben von Frühaborten bis zur 12. Schwangerschaftswoche von den betroffenen Frauen sehr individuell erlebt wird. Dazu benötigt die Pflegeperson die Kenntnis welche Bedeutung dem Verlust zugesprochen wird. Das Ereignis muss im Kontext gesehen werden, um adäquate Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Zu den bedeutendsten Kompetenz in der Betreuung von Frauen nach dem Erleben einer Fehlgeburt gehören Empathie, kommunikative Kompetenzen, zuhören können, Schweigen,

Ruhe aushalten, angemessene Fragen stellen und eine erhebliche Beobachtungsgabe. Zusätzlich benötigt die Pflegeperson die Fähigkeit persönlichen Ressourcen der betroffenen Mutter, sowie Ressourcen aus dem Umfeld zu erkennen und zu nutzen. Das klingt in der Theorie sehr einfach, ist aber in der Umsetzung eine große Anforderung an die Pflegeperson.

Lebensereignisse / Lebenserfahrung

Bedeutsame *Lebensereignisse* können ein Auslöser für psychische Störungen sein. Faltermaier (2005) beschreibt die Erkennungszeichen für *Lebensereignisse*, als *drastische Änderung des gewohnten Lebensstils*, die sich in Form von Neuerung der Ziele, des Freundeskreises, der sozialen Rolle oder der Werte äußern kann und die Lebensform der betroffenen Person *ruckartig* „auf den Kopf stellt“. *Lebensereignisse* haben für die Person eine *subjektive Bedeutung* und sind *von Emotionen geprägt* (vgl. Faltermaier 2005, S. 85 f).

Plötzliche *Lebensereignisse* werden von der involvierten Person und von dem Ereignis bestimmt. Verlustereignisse sind eine mögliche Ursache. Es können Tod eines Angehörigen, *Verlust des Arbeitsplatzes*, Scheidung, Fehlgeburt, aber auch positive Erfahrungen als *Lebensereignis* definiert werden. Ebenso ist es möglich, dass für uns weniger bedeutende Ereignisse durch eine subjektive Zuschreibung beachtliche psychische Auswirkungen haben (vgl. Faltermaier 2005, S. 86).

11. Differenzierte Gesprächssituationen

Viele Frauen kommen mit dem Ereignis einer Fehlgeburt offensichtlich gut zurecht, doch ist es wichtig, den Frauen die Möglichkeit zu geben über ihr Empfinden und ihre Befürchtungen zu sprechen (vgl. Robinson 2011, S. 571 ff). Der Wunsch nach Information in medizinischen Belangen und nach Gesprächen, die Auskunft über die seelische Bewältigung geben, werden oft nicht ausreichend berücksichtigt, jedoch nach einer Fehlgeburt von den meisten Frauen geschätzt (vgl. Beutel 2002, S. 67). Zu den pflegerischen Kompetenzen gehört ein optimales Kommunikationsverhalten. Von einer „gelungenen Kommunikation“ spricht man, wenn ein Gespräch Zweifel und Unsicherheiten reduziert und man nach dem Gespräch mit dem Gegenüber im „Verständnis“ an Konformität gewinnt (vgl. Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 29). Erfolgreiche Kommunikation ist abhängig von der Fähigkeit, sich auf andere Menschen einzustellen, sie in ihren Bedürfnissen zu erfassen, ihre Gefühle zu verstehen sowie von der emotionalen Nähe. Durch Empathiefähigkeit ist die Kooperation und das Erreichen gemeinsamer Ziele möglich (vgl. Sahmel 2009, S. 35).

11.1 Grundlagen der Kommunikation

Carl R. Rogers (1975) ist davon überzeugt, dass eine gute, produktive Gesprächssituation eine positive Grundhaltung des Menschen verlangt. Um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, sind *Echtheit*, *Wertschätzung* und *Empathie* unerlässlich (vgl. Rogall, Josuks und Adam 2005, S. 49 ff).

Alles, was gesagt wird, soll mit dem Denken und den Gefühlen des *Senders* übereinstimmen, aber nicht alles, was gedacht wird, muss auch gesagt werden. Cohn spricht in diesem Fall von *selektiver Echtheit* (vgl. Rogall, Josuks und Adam 2005, S. 49).

Rogers verwendet den Begriff *Wertschätzung* („positive Wertschätzung“, „Wertschätzende Annahme“, „Akzeptanz und Toleranz“). Wertschätzung umschreibt die Akzeptanz, das Interesse und die Annahme einer anderen Person. Die bedingungslose Annahme schafft Vertrauen und gibt dem Gegenüber die Möglichkeit, sich zu öffnen (vgl. Rogall, Josuks und Adam 2005,

S. 49 ff).

Empathie beschreibt das Können und den Willen, sich auf andere Menschen einzustellen und sich in ihre Denkweise einzufühlen. Die Pflegeperson sollte die *innere Welt* des Patienten zwar erfassen, aber in dem Bewusstsein, dass es nicht ihre eigene, sondern die Welt des Anderen ist. Die Bedeutsamkeit für das Empfinden des Gegenübers soll zwar gefühlt werden, aber mögliche Symptome (z. B. Panik, Zorn, Beklommenheit) dürfen nicht übernommen werden (vgl. Matolyz 2009, S. 92).

Für die Abhandlung von Fragen, Anliegen oder Konflikten sind Vertrauen und Verständnis wichtig, welches durch Empathie, Echtheit und Wertschätzung aufgebaut wird (vgl. Rogall, Josuks und Adam 2005, S. 49 ff; Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 21 ff). Um eine gute Beziehung und somit ein gutes Gesprächsklima herzustellen, sind bejahende Fragen, die Teilnahme und Achtsamkeit signalisieren, geeignet. Passende Fragen wären: „Möchten Sie mir sagen, welche Erfahrungen Sie ...?“ oder „Wollen Sie mir erzählen, was Sie beschäftigt?“ (vgl. Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 43).

Eine Kommunikation ist zum Scheitern verurteilt, wenn der Gesprächspartner (in diesem Falle die Pflegeperson) überheblich ist, verletzende Andeutungen macht, versucht, wesentliche Bereiche eines Themas zu umgehen, moralisiert, mit Vorwürfen konfrontiert, den Psychologen mimt (Bsp. „Das denken Sie deshalb, weil...“) oder ironische Aussagen macht. Befehle („Sie benötigen in jedem Fall ...“, „Sie dürfen nicht ...“) oder der Versuch, seinen Gesprächspartner in eine bestimmte Schiene zu drängen, sowie unerwünschte Empfehlungen (Bsp. „Wenn sie das befolgen, dann...“, „Ich würde...“) sind ebenfalls Kommunikationskiller. Steht ein bestimmtes Thema an, wäre es kontraproduktiv nicht auf das Wesentliche dieser Angelegenheit einzugehen und davon abzulenken (Bsp. „Das wird sich alles zum Guten wenden ...“, „Sie haben doch schon ein Kind, jetzt konzentrieren sie sich mal...“) (vgl. Rogall, Josuks und Adam 2005, S. 49 ff).

Eine weitere belastende Situation erlebt der Patient, wenn Informationen oder andere Gespräche „hinter seinem Rücken“ bzw. für ihn nicht verständlich weitergegeben werden. Dies kann z.B. durch Flüstern oder Gespräche vor der

Zimmertür passieren. Dadurch können Patienten verletzt oder verunsichert werden. Ebenso verunsichernd ist, wenn die Pflegeperson heranschleicht und scheinbar unbemerkt zögerlich handelt. Um den Patienten Sicherheit zu geben, braucht die Pflegeperson unter anderem ein sicheres Auftreten, entschlossene Handlungen sowie klare, gezielte Berührungen (vgl. Matolycz 2009, S. 53 f).

11.1.1 Vier Seiten einer Nachricht

Die Kommunikation bezeichnet das Vermitteln einer Nachricht zwischen dem Sender und dem Empfänger. (vgl. Hausmann 2009, S. 171, Schulz von Thun 2006, S. 25 ff). Schulz von Thun beschreibt in seinem „4-Ohren-Modell“ vier Seiten einer Nachricht: Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell. Der Sachinhalt informiert über den Inhalt einer Sache, in der Selbstoffenbarung gibt der Sender etwas von sich selbst preis, die Beziehung beschreibt, wie die beiden zueinander stehen, und der Appell drückt aus, was der Sender mit dieser Aussage bewirken möchte (vgl. Schulz von Thun 2006, S. 25 ff.).

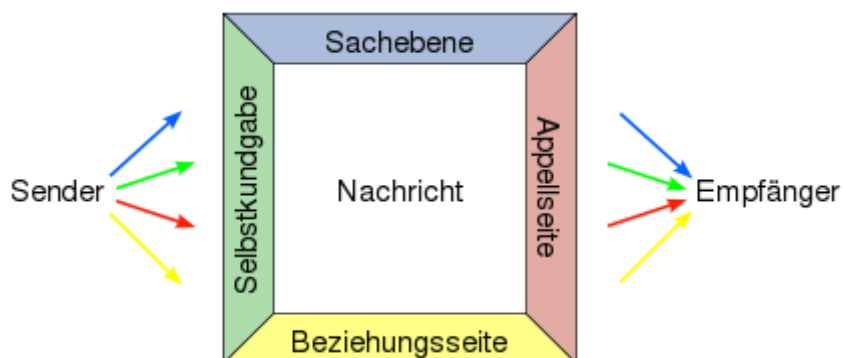


Abbildung 2: Das Vier-Seiten-Modell

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell>)

Jede Information wird auf der Sachebene und der Beziehungsebene übermittelt. Die Sachebene vermittelt den Inhalt, die Beziehungsebene Emotionen, Eindrücke und Stimmungen. Disharmonie in einer der beiden Ebenen bewirkt eine Störung der jeweils anderen Ebene. Ungereimtheiten auf der Sachebene können Kritik und Unsicherheit auslösen. Unstimmigkeit auf der

Beziehungsebene können eine Einigung verhindern (vgl. Hausmann 2009, S. 177).

Das Eisbergmodell von Freud soll deutlich machen, wie viel an Information im Verborgenen kommuniziert wird und wie wichtig die Aufmerksamkeit der Pflegeperson ist, um die Botschaft zu verstehen:

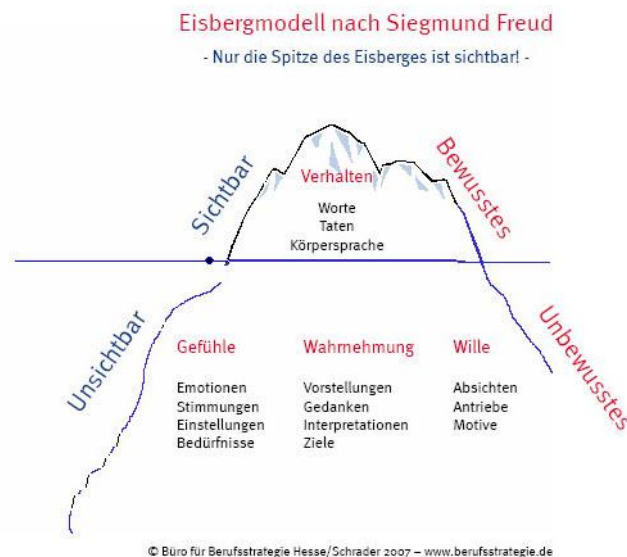


Abbildung 3: Das Eisbergmodell

(http://www.berufsstrategie.de/bewerbung-karriere-soft-skills/kommunikations_modelle-eisbergmodell.php)

11.1.2 Verbale – und nicht-verbale Kommunikation

Eine der bekanntesten Aussagen von Paul Watzlawick ist „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“ (vgl. Student, Napiwotzky 2011, S. 48).

Eine Information ist ein Paket aus mehreren Mitteilungen mit sprachlichen und nichtsprachlichen Anteilen. Schulz von Thun beschreibt, dass eine Nachricht explizite Anteile hat, welche die Botschaft klar und deutlich zum Ausdruck bringen und implizite Anteile, die nicht ausgesprochen werden, mit der Aussage aber dennoch übermittelt werden. Explizite Anteile lassen Platz zum Interpretieren (vgl. Schulz von Thun 2006, S. 33).

Pflegepersonen richten ihr Handeln und Tun auf die Bedürfnisse der Patienten aus. Der enorme Zeitdruck, durch den die Kommunikation oft nur „nebenbei“

erfolgt, verlangt ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, die Message auf allen vier Ebenen zu empfangen (vgl. Matolycz 2009, S. 50).

Es liegt die Vermutung nahe, dass der explizite Anteil einer Aussage die Hauptbotschaft sei und implizite Botschaften nur nebensächlich wären. Manche Menschen jedoch senden ihre Botschaften hauptsächlich auf implizite Weise, damit sie im Nachhinein ihre Aussage besser von sich weisen können (Bsp. „So habe ich das nicht erzählt ...“) (vgl. Schulz von Thun 2006, S. 33). Weitere Formen, eine Information implizit zu übermitteln, sind *Gestik* und *Mimik*. Sie geben Aufschluss darüber, wie eine Nachricht zu deuten ist. Nonverbale Zeichen können eine Aussage untermauern, abrunden, abschwächen oder verstärken (vgl. Schulz von Thun 2006, S. 34, Specht-Tomann und Tropper 2007, S. 14). Auch eine „rein-nicht-sprachliche Nachricht“ (Bsp. nichts entgegen oder schluchzen) kann mit dem Modell von Schulz von Thun analysiert werden, allein die Sachebene würde dabei verborgen bleiben (vgl. Schulz von Thun 2006, S. 34). So sollen bei einer Kommunikation ungefähr 25% der Nachricht durch das Wort und etwa 75% durch die nonverbalen Geschehnisse übermittelt werden (vgl. Specht-Tomann und Tropper 2007, S. 14).

Kongruenz der Signale

Verbale und nonverbale Elemente stehen in einer bestimmten Beziehung zueinander. Je mehr Konformität in diesen beiden Bereichen gegeben ist, umso harmonischer, glaubwürdiger und vertrauenserweckender wirkt eine Aussage. Eine Nachricht ist dann kongruent, wenn Gefühle, Gedanken und Darbietung übereinstimmen (vgl. Specht-Tomann und Tropper 2007, S. 14 f; Hausmann 2009, S. 174). Dazu muss man sich jedoch seiner Gefühle bewusst sein, „Echtheit“ in einem Gespräch will geübt sein. In Stresssituationen hält man sich meist an altbewährte Formen der Kommunikation. Wo keine Kongruenz herrscht, wird die Kommunikation von ihren nonverbalen Aspekten geleitet (vgl. Specht-Tomann und Tropper 2007, S. 14 f).

11.2 Kommunikative Kompetenzen

11.2.1 Unterstützung durch aktives Zuhören

In Rowlands Studie beschreiben einige Frauen nach ihrer Fehlgeburt, wie wichtig die Anwesenheit und die Gespräche ihrer Freunde und Familie nach dem Ereignis für sie gewesen seien. Andere Mütter legen sich nicht auf ihre Familie und Freunde fest, um mit dem Verlust fertig zu werden. Für sie ist es nur wichtig einen Menschen um sich zu haben, der zuhört und Unterstützung bietet (vgl. Rowlands und Lee 2010, S. 274 ff).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, wie wichtig es ist, dass das Pflegepersonal die Methode des "aktiven Zuhörens" übt, internalisiert und anwendet. Neben Echtheit, Wertschätzung und Empathie ist ein geeigneter Rahmen wichtig. Angemessene Zeit, innere Ruhe und eine störungsfreie Umgebung sind von Vorteil (vgl. Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 42 f). Das aktive Zuhören umfasst drei wesentliche Bereiche: Beziehung, Inhalt bzw. Sache, und Gefühle.

Methoden des aktiven Zuhörens

Das aktive Zuhören zeichnet sich durch uneingeschränkte Aufmerksamkeit ohne Nebenbeschäftigung, durch Blickkontakt und Hinterfragen von missverständlichen Mitteilungen sowie Achtsamkeit gegenüber Sachinhalten, Empfindungen und Hinweisen auf Anliegen aus (vgl. Hausmann 2009, S. 182 f). Folgende Methoden sind dabei anwendbar:

- Paraphrasieren

Der Inhalt einer Aussage wird vom Zuhörer mit eigenen Worten formuliert und wiederholt. Dabei soll das Verständnis überprüft und eventuell vom Erzähler korrigiert oder ergänzt werden (vgl. Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 44; Student und Napiwotzky 2011, S. 52 f; Engel 2011, S. 85).

- Produktive Fragen

Fragen, welche mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind, lassen nicht viel Spielraum und engen die Sichtweise betreffend der Lösungsansätze ein. Besser geeignet sind „W-Fragen“ (z.B. „Was fühlen Sie, wenn Sie daran denken?“, „Welche Bedeutung hat das für Sie und Ihre Familie?“) (vgl. Wehner,

Brinek und Herdlitzka 2010, S. 44).

- **Zirkuläre Fragen**

Die Form der zirkulären Fragestellung eignet sich sehr gut, wenn es der betroffenen Person schwerfällt, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu formulieren. Gefühlszustände, Sachverhalt, Reaktionen sowie Ansichten werden über Dritte erforscht (z.B. „Wie denken Sie, haben Ihre Freunde die Situation wahrgenommen?“, „Was meinen Sie, wie wird die Situation von anderen Patienten, die zur stationären Aufnahme kommen, erlebt?“) (vgl. Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 45). Tauchen während der Kommunikation Verständnisfragen auf, können diese in Form einer speziellen Fragetechnik ausgeräumt werden. Bei dieser Fragetechnik wird ein Wort aus der Information entnommen und als Frage postiert. Sagt eine Frau zum Beispiel „Seit der Ultraschaluntersuchung bin ich traurig.“, so wird das Wort „traurig“ als Frage formuliert, sodass die Frau ihre Situation detaillierter wiedergeben kann, ohne in ihrer Mitteilung unterbrochen zu werden (vgl. Wehner, Brinek und Herdlitzka 2010, S. 45).

11.2.2 Kommunikationsregeln für mehr Verständnis

In einer belastenden Ausnahmesituation fällt es den meisten Menschen schwer, sich zu öffnen und sich anderen Menschen anzuvertrauen. Wenn dies doch gelingt, möchte dieser Mensch Signale, dass seine Situation und seine Empfindungen verstanden werden. Auch wenn die Pflegeperson ähnliche Erfahrungen gemacht hat, sollte sie Floskeln (Bsp. „Das kann ich gut nachvollziehen.“ oder „Das kenne ich von ...“) vermeiden, da diese nicht hilfreich sind und das Erleben der hilfeschuchenden Person dadurch nicht als persönliche Erfahrung gewertet wird (vgl. Student und Napiwotzky 2011, S. 52 f).

Die Verbalisierung von Empfindungen drückt aus, welche Gefühle die Pflegeperson in das Erleben des Patienten interpretiert. Durch die Benennung der Empfindungen erleben die Patienten oftmals Trost und Hilfestellung, da das Unbekannte, die beängstigende Situation zur Sprache kommt. Die Patienten fühlen sich verstanden (vgl. Matolyz 2009, S. 91).

Reaktionen in Form einer Frage (Bsp. „So etwas haben Sie noch nicht erlebt?“ oder „Das stimmt Sie jetzt sehr traurig?“) sind hilfreich, da bei dieser Aussage Zustimmung oder Korrektur möglich ist. Vor dem Abschluss eines Gesprächs sollte der Inhalt des Gesprächs von der Pflegeperson mit eigenen Worten zusammengefasst werden. So wird vermittelt, was man aufgenommen und verstanden hat. Während der Zusammenfassung ist auf die Reaktion des Gesprächspartners (Nicken oder Abwehr) zu achten und so lange zu korrigieren, bis man mit dem Patienten konform ist. Der Patient erhält dadurch Sicherheit, fühlt sich anerkannt und respektiert. Außerdem kann diese Zusammenfassung auch die Sichtweise des Betroffenen auf seine Situation verändern (vgl. Student und Napiwotzky 2011, S. 52 f).

11.2.3 Gründe für eine missglückte Kommunikation

Manche Pflegepersonen schieben den Zeitfaktor vor, um heikle Gespräche zu umgehen. Die britische Kommunikationswissenschaftlerin Susi Wilkinson (1991) hat die Ursachen untersucht, warum Pflegepersonen in der Kommunikation mit krebserkrankten Personen versagt haben. Die Ergebnisse zeigen, dass durch Ignorieren oder Informieren ein hilfreiches Gespräch verhindert wird. Manche ignorieren die Signale, die Hinweis geben, dass der Patient ein Anliegen hat und wechseln das Thema, um mit oberflächlicher Kommunikation das vom Patienten angestrebte Gespräch zu umgehen. Andere Pflegenden geben wiederum sehr viele Informationen über Therapiemöglichkeiten und vermitteln unaufgefordert ihren Standpunkt zu der Situation, um ein tiefgehendes Gespräch zu verhindern. Erstaunlich ist, dass die Untersuchung zwar mit Pflegepersonen durchgeführt worden ist, die bereits eine Kommunikationsschulung besucht hatten, dennoch konnte nur knapp ein Viertel der Teilnehmer das Gelernte umsetzen. Als Ursache der negativen Gesprächsführung wurde „Angst vor emotionaler Irritation“ angegeben (vgl. Student und Napiwotzky 2011, S. 54). Ein weiterer Stolperstein für eine produktive Kommunikation kann die von Watzlawick (2007) beschriebene „Interpunktion“ in einem Kommunikationsablauf sein. Die „Interpunktion“ einer Kommunikation findet statt, wenn beide Gesprächsteilnehmer ihr eigenes Verhalten lediglich als Erwiderung des Gegenübers betrachten. Das Gespräch

verläuft kreisförmig. Es erscheint nicht mehr klar, wo der Beginn und was die Ursache gewesen ist. Die involvierten Personen dieser Kommunikation haben eine individuelle Vorstellung von Ursache, Wirkung sowie der Steigerung konstruiert (vgl. Watzlawik 2007, S. 57).

Folgendes Beispiel einer mögliche Situation aus dem Setting Krankenhaus soll diese Verhaltensweise näher veranschaulichen: Frau M. ist nach einer Fehlgeburt im Zimmer und weint. Die Schwester betritt das Zimmer nur selten (um die Vitalzeichen und Vorlage zu kontrollieren) und bleibt dann sehr kurz. Bespricht man diese Situation mit der Patientin, wird diese ihr Verhalten möglicherweise so begründen: „Ich weine, da ich über den Verlust meines Kindes sehr traurig bin und mich von der Schwester nicht verstanden und alleine gelassen fühle.“ Die Sichtweise der Pflegeperson könnte wiederum eine ganz andere sein: „Ich nehme mich zurück, weil Frau M. weint und noch nicht gesprächsbereit ist.“

Generell liegt es in der menschlichen Natur, das eigene Verhalten mit der Reaktion auf das Gegenüber zu begründen und nicht umgekehrt. Interpunktion „ist ein wesentlicher Bestandteil jeder menschlichen Beziehung“ (Watzlawik 2007, S. 58). Unstimmigkeiten im Bereich der Interpunktion sind Auslöser zahlreicher Beziehungsschwierigkeiten (vgl. Watzlawik 2007, S. 58). Um diesem Kreislauf und den daraus entstehenden Differenzen zu entkommen, müssen sich die Beteiligten auf der Ebene der *Metakommunikation* begegnen (vgl. Watzlawik 2007, S. 93). Dies verlangt von beiden Teilnehmern Selbstreflexion und die Bereitschaft, über persönliche Empfindungen, Gedanken und Wünsche zu sprechen.

11.2.4 Gründe für eine erfolgreiche Kommunikation

Ein Erfolgsfaktor für eine positive Kommunikation ist die Devise „*den Patienten dort abholen, wo er ist*“ (Hausmann 2009, S. 181). Seine aktuellen Gedanken, Sorgen, Bedürfnisse haben Priorität:

- Der Patient darf keinen Zeitdruck oder eine eventuelle Unruhe seines Gesprächspartners spüren. Er soll genügend Zeit haben, die passenden Worte zu finden, mit denen er sein Anliegen ausdrücken kann.

- Der Patient soll das Verständnis und die Akzeptanz der Pflegeperson wahrnehmen. Das heißt, dass dies auch unmissverständlich zum Ausdruck gebracht werden muss.
- Dem Patienten muss signalisiert werden, dass seine Fragen und Einwände legitim sind. Die Pflegeperson muss Interesse zeigen (vgl. Hausmann 2009, S. 181).

11.3 Differenzierte Gesprächssituationen

11.3.1 Erstgespräch

Abt-Zegelin und Schnell (2005) sind der Meinung, dass das Erstgespräch nicht als pflegerisches Handeln gewertet werden kann, da hier keine pflegerischen Ziele verfolgt werden. Beratung, Motivation oder beruhigende Worte kommen meist nur unbeabsichtigt vor, da der *institutionelle Kontext* und der Zeitdruck, unter dem ein Erstgespräch geführt wird, keinen Platz dafür lassen (vgl. Abt-Zegelin und Schnell 2005, S. 54).

Obwohl das Erstgespräch ein geeigneter Moment wäre, um mit dem Patienten in Beziehung zu treten, wenden die meisten Pflegepersonen eine Gesprächsform an, die von den hilfsbedürftigen Personen abweisend wahrgenommen wird. Die Distanzierung der Pflegeperson vom Patienten dient dazu, dem vorgegebenen Arbeitsaufwand der Institution gerecht zu werden (vgl. Abt-Zegelin und Schnell 2005, S. 54). Insbesondere das Erstgespräch verlangt nach einem bewussten Umgang auf der Beziehungsebene. Die Pflegeperson sollte sich bei der ersten Begegnung mit dem Patienten namentlich vorstellen und den Patienten mit seinem Namen begrüßen. Die Beziehungsaufnahme sollte auf gleicher Augenhöhe und mit Blickkontakt stattfinden. Es ist gut die Lautstärke und das Sprechtempo dem Patienten anzupassen (vgl. Hausmann 2009, S. 177).

Sonneck ist der Überzeugung, dass das Erstgespräch bei Menschen, die mit belastenden Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert sind, von besonderer Bedeutung ist. In diesem Gespräch soll eine positive, vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient entstehen. Der aktuelle Zustand, die emotionale Lage, das soziale Umfeld, sowie andere

Ressourcen können bei dieser Gelegenheit erhoben werden. Durch den Beziehungsaufbau, die Aufmerksamkeit und das Interesse an der persönlichen Situation erlebt der Patient oft bereits eine erste Hilfestellung (vgl. Sonneck 2000, S. 95).

11.3.2 Das Gespräch als pflegerische Handlung

Die Pflegeperson kann mit ihrem Gespräch einiges erreichen. Worte können trösten, ermutigen, animieren oder auch andere Einflüsse haben. Im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten ist das gesprochene Wort nicht nur eine Begleitung der Handlung, sondern ein eigenständiger pflegerischer Vorgang. Sprachliches Handeln bezeichnet den bewussten Einsatz der Kommunikation. Diese sollte immer wieder in Bezug auf Erfolg und Misserfolg reflektiert werden und im Bedarfsfall angepasst werden. Bei intuitiven Gesprächen ist der Erfolg dem Zufall überlassen (vgl. Abt-Zegelin und Schnell 2005, S. 51-53).

Nach Lewandowski (1990) ist die pflegerische Handlung

„eine (...) ziel- und zweckgerichtete, motivierte und situationsorientierte, durch Normen, Erwartungen und Gewohnheiten geregelte Tätigkeit. Ein bestimmtes Verhalten erscheint als Handlung, wenn es intentional interpretiert bzw. als absichtsvoll verstanden werden kann.“ (Lewandowski 1990 zitiert in: Abt-Zegelin und Schnell 2005, S. 53).

Hausmann beschreibt, dass sich das pflegerische Gespräch von einem Alltagsgespräch darin unterscheidet, dass es durch die beabsichtigte Planung und Abwicklung des Gesprächs zweckgebunden ist und in Etappen erfolgt. Er beschreibt vier wesentliche Aspekte eines pflegerischen Gesprächs:

- Zielbestimmung
- Planung und Kontrolle über den Gesprächsverlauf
- Sorge tragen für ein störungsfreies Umfeld
- Beginn und Schluss der Kommunikation kennzeichnen (vgl. Hausmann 2009, S.180).

Studien belegen, dass die Verfassung und das Verhalten der Patienten von den durch Pflegepersonen gezielt angewendeten Gesprächen beeinflusst werden (vgl. Abt-Zegelin und Schnell 2005, S. 53).

11.3.3 Information

Bei einem Informationsgespräch sind mehrere Aspekte zu beachten.

- Die erste Maßnahme der Pflegeperson ist, während des Informationsgesprächs für eine angemessene (störungsfreie) Atmosphäre zu sorgen. Zu Beginn soll der Themenbereich und der Sinn der Informationsvermittlung bekannt gegeben werden.
- Die Vermittlung der Information ist prägnant, nachvollziehbar und in bildhafter Darstellung durchzuführen. Essenzielle Informationen gehören zu Beginn genannt, hervorgehoben und erklärt.
- Erklärungen ersetzen nicht die Verständnisfragen. Der Patient braucht Zeit, um die Informationen zu begreifen und Befürchtungen oder Einwände zu äußern. Wenn der Patient nichts sagt, soll eine kurze Pause eingehalten werden. Erst dann kann mit einer Frage oder einer weiteren Information das Gespräch weitergeführt werden (vgl. Hausmann 2009, S. 191 f).

Damit die Informationsvermittlung zielführend ist, sollten die Fähigkeit der Informationsaufnahme, die Vorkenntnisse des Empfängers und die aktuellen Bedürfnisse der betroffenen Person überprüft werden (vgl. Hausmann 2009, S. 192).

Aufklärung, Erklärungen und Hinweise können während eines Krankheitsverlaufes, aber auch in anderen belastenden Situationen wie einer Fehlgeburt in vielen Stadien der Bewältigung hilfreich sein. Durch Informationen kann der Patient an Sicherheit gewinnen und eine Vorstellung über den möglichen Verlauf konstruieren. Dadurch ist eine Reduktion der Ängste, Schuldgefühle und Scham erreichbar. Informationen geben Aufschluss über geplante Untersuchungen, Operationen und Pflegemaßnahmen. Aufgeklärte Patienten verstehen den Zweck und die Notwendigkeit einer medizinischen oder pflegerischen Handlung besser. Dieses Wissen verändert ihre

Kooperation, Compliance und den Heilungsverlauf (vgl. Hausmann 2009, S. 191).

Nach traumatischen Ereignissen dauert es manchmal mehrere Tage, bis eine rationale Bearbeitung (Aufnahme von Informationen) denkbar ist. Obwohl die Informationen für die Bewältigung (Zukunftsansicht, Schuldfrage, usw.) notwendig sind und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus dafür meist nicht reicht, darf der Patient jedoch auch nicht mit Informationen „überschüttet“ werden (vgl. Hausmann 2010, S. 125).

11.3.4 Beratung

Die pflegerische Beratung hat zwei wesentliche Ansätze. Zum einen zielt die Beratung auf pflegerelevante Auswirkungen von Erkrankungen ab und zum anderen steht das Bemühen, durch die Beratung die Gesundheit zu fördern, im Vordergrund (Salutogenese). Die professionelle Pflegeperson führt die pflegerische Beratung nicht im Zuge eines gewöhnlichen Informierens durch, sondern erhebt den tatsächlichen Beratungsbedarf, plant und führt eigenständig die pflegerische Beratung durch (vgl. Engel 2011, S. 38). Professionelle Beratung in der Pflege erfolgt prozesshaft. Dieser Prozess umfasst die Analyse des Beratungsanspruchs, die Planung und Durchführung sowie die Evaluierung. Die Erarbeitung erfolgt in Kooperation mit dem Patienten (vgl. Engel 2011, S. 73).

Beratungsgrundsätze nach Engel (2011) und Bamberger (2010):

Orientierung an den vorhandenen Ressourcen

In diesem Falle schaut man auf die vorhandenen Potentiale und überprüft, in welcher Form diese eingesetzt werden können (vgl. Engel 2011, S. 39).

Lösungsorientierung

Hier wird von Beginn an der Blick auf das Problem vermieden und auf die Lösung gerichtet. Bei der lösungsorientierten Beratung wird nur kurz, wenn es für die Problemverarbeitung förderlich ist, über das Problem selbst gesprochen. Das Problem wird nicht analysiert, sondern es werden schnell die verfügbaren Fähigkeiten sowie die *Ressourcen* fokussiert (vgl. Bamberger 2010, S. 38).

Präventionsorientierung

Bei der Präventionsorientierung werden Risikofaktoren zur Gesundheitsschädigung ausgeschaltet (vgl. Engel 2011, S. 39).

Gesundheitsförderungsorientierung

Die Stärkung der persönlichen salutogenen Elemente ist das Ziel der gesundheitsfördernden Orientierung (vgl. Engel 2011, S. 39).

Interaktionsorientierung

Der Einfluss bzw. die Auswirkung von gegenseitiger Achtung, Annahme und Einfühlungsvermögen auf das Verhältnis von Menschen werden bei der Interaktionsorientierung als äußerst wichtig eingeschätzt (vgl. Engel 2011, S. 39).

Die primäre Bestimmung der Beratung ist, einer Person in einer Krise zu helfen, alle ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen zu aktivieren, um ein erträglicheres und zufriedenstellendes Leben zu führen (vgl. Koch-Straube 2008, S. 66).

11.3.5 Entlastungsgespräch

Eine der häufigsten Reaktionen einer Frau auf eine Fehlgeburt sind Kummer und Schuldgefühle (vgl. Hale 2007, S. 24 ff). Ärzte, Pflegepersonen und Psychologen sind aufgefordert, einen objektiven Blick auf die Betroffene zu werfen, um sie in ihrem Strudel von Gefühlen und bei den therapeutisch erforderlichen Maßnahmen (medizinischen Eingriffe) zu unterstützen (vgl. Hale 2007, S. 24 ff). Ein Entlastungsgespräch kann hier eine große Hilfestellung sein. Der Patient kann über seine Anliegen, Empfinden, Befürchtungen oder Ängste sprechen, ohne dass diese heruntergespielt oder nicht anerkannt werden. Meist führt das Gespräch, das Benennen der „Dinge“, zu einer positiven emotionalen Wirkung (vgl. Hausmann 2009, S. 181).

11.3.6 Krisengespräch

Krisensituationen beschreiben ein plötzliches, unerwartetes Geschehen (wie z.B. den Verlust eines Babys) und dies bedarf einer sensiblen Kommunikation. Oft reicht es aus, wenn eine Pflegeperson anwesend ist. Im Vordergrund steht,

dass sich der Patient nicht alleine fühlt und das Ereignis mitteilen kann. Nonverbal wird signalisiert: „Ich bin für Sie da“. Manche Patienten erleben in dieser Situation Gespräche über Religion, Sinn- und Wertvorstellungen als emotionale Unterstützung (vgl. Hausmann 2009, S. 181).

11.3.7 Entlassungsgespräch (Informationsgespräch)

Das Entlassungsgespräch dient in erster Linie dazu, Informationen zu geben. Informationen sollen mündlich und in Form von Informationsbroschüren übermittelt werden. Das Wissen soll Frauen nach ihrem Verlust Orientierung und Sicherheit geben (vgl. Hausmann 2009, S. 191).

Zu den essentiellen Informationen nach einer Fehlgeburt zählt die Bekanntmachung mit den Trauerphasen. Die Trauer erfolgt, so zeigen die Erforschungen mehrerer Autoren, in Phasen. Die unterschiedlichen Phasen unterliegen keinem starren Ablauf. Sie können nebenher oder wiederholt auftreten (vgl. Kast 2006, S. 14 ff; Sammer 2010, S. 71 ff).

Die Frauen sollen Bescheid wissen, dass jeder anders und unterschiedlich lange trauert. Lothrop (2011) beschreibt Trauer als individuelle Erfahrung. (vgl. Lothrop 2011, S. 165).

Ein Hinweis, dass Männer anders trauern und die unterschiedliche Art und Weise der Trauer häufig Differenzen in der Beziehung bewirkt, kann hilfreich sein (vgl. Lothrop 2011, S. 137).

Weiters soll der Nutzen des sozialen Umfelds den betroffenen Frau vermittelt werden. In mehreren Studien wurde der Partner als wichtigste Quelle der Unterstützung genannt (vgl. Harris und Daniluk 2010, S. 716; Rowlandsa 2010, S. 278). Einige Frauen behaupten, dass Freunde oder ihre Familie in der Zeit nach dem Verlust die wertvollste Hilfe waren. Diese Information sollte als Anregung gegeben werden (vgl. Rowlandsa 2010, S. 278).

Die Pflegeperson ist gefordert darauf hinzuweisen, dass eventuell ein Bedarf an psychologischer Hilfe entstehen könnte. Eine Untersuchung von Bergner, Beyer und Klapp (2009) hat gezeigt, dass die *depressiven Symptome* zwar innerhalb eines Jahres beachtlich reduziert werden, aber mehr als 20 Prozent der betroffenen Frauen nach einem Jahr noch immer davon betroffen sind. In

diesem Falle sollte der Bedarf einer Therapie abgeklärt werden (vgl. Bergner, Beyer und Klapp 2009, S. 63).

Aktivitäten, die in der Trauerphase hilfreich sein können, sollen aufgezeigt werden. (Bsp. Achtsame Lebensführung, ausreichend Schlaf- und Ruhephasen, ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivitäten, Entspannungsübungen) (vgl. Lothrop 2011, S. 172).

Auch Kontaktadresse und Angebot der Seelsorge können für die Frauen, je nach Glaubensbekenntnis, nach dem Erleben der Fehlgeburt eine Hilfestellung sein.

Die Auskunft über das Bestattungsrecht, beziehungsweise die Bestattungspflicht ist für die Eltern relevant. Die Eltern sollen darauf aufmerksam gemacht werden, dass Verdrängung keine passende Form der Trauerbewältigung ist. Vielmehr brauchen sie Informationen über die Möglichkeit der Bestattung. (vgl. <http://www.sonnenstrahl.org/>, 2011). Das Wissen, dass es in Österreich nicht nur ein Bestattungsrecht, sondern auch eine Bestattungspflicht gibt, die einer landesgesetzlichen Regelung unterliegen und somit nicht einheitlich sind, sollen den Eltern vermittelt werden (vgl. Kopetzki 2011, S. 14 ff).

Die Information über die Bedeutung der Rituale kann dienlich sein. Für viele Frauen waren Rituale eine beachtliche Hilfestellung, da ihr Kind benannt und anerkannt wurde und sie ihre Trauer legitim erlebten (vgl. Harris und Daniluk 2010, S. 716). Rituale sind oft ein Weg aus der Einsamkeit und geben Orientierung. Sie helfen die Situation zu begreifen und zu bewältigen (vgl. Lothrop 2011, S. 102).

Die Hilfestellung durch Selbsthilfegruppen ist ein zentraler Punkt des Entlassungsgesprächs. Der Austausch mit anderen Frauen, die ein ähnliches Schicksal hatten, wurde von Frauen nach dem Ereignis einer Fehlgeburt sehr hilfreich wahrgenommen. Die betroffenen Frauen erlebten ihre Gefühle und Reaktionen durch die Übereinstimmung als Normalität und somit entlastend (vgl. Harris und Daniluk 2010, S. 715).

11.4 Kommunikation kann man lernen

Ein fundamentaler Teil der Pflege ist die Kommunikation mit Menschen in bedrohlichen, traurigen oder beängstigenden Lebenssituationen. Fallowfield (2004) kritisiert, dass nur wenige Pflegekräfte eine kommunikative Ausbildung hätten (vgl. Student und Napiwotzky 2011, S. 52 f). Wie in vielen Bereichen, benötigt eine effektive Kommunikation viel Übung. Die Nutzung von Seminarangeboten wird empfohlen, da dort die Regeln der Kommunikation vermittelt werden. Eine der wichtigsten Regeln heißt aktives Zuhören, ohne Ratschläge und eigene Erfahrungen einzubringen. Ein Sprichwort, das in einem Gespräch erfolgsversprechend sein kann, lautet „Gott hat uns einen Mund, aber zwei Ohren gegeben“. Rogers empfiehlt, „eine Zeit in die Schuhe des Anderen zu schlüpfen, ohne die eigene Jacke auszuziehen“ (Rogers 1983, zitiert in: Student und Napiwotzky 2011, S. 52 ff).

Beziehungsebene im Kommunikationsprozess

Benner (2012) beschreibt in ihrem Buch „Stufen zur Pflegekompetenz“ Merkmale einer „heilenden Beziehung“. Eine hilfreiche („heilende“) Beziehung zeichnet sich durch Zuversicht und Vertrauen sowohl auf pflegerischer, als auch auf Patientenseite aus. Das Verständnis und die Akzeptanz für Empfindungen wie Schmerz, Ängstlichkeit, Besorgnis, Panik und andere Wahrnehmungen seitens der Pflege sind dienlich. Ebenso förderlich ist die Hilfestellung durch die Pflegeperson, um *sozialen, gefühlsmäßigen oder geistigen Beistand zu finden* (vgl. Benner 2012, S 68). Eine erfolgreiche Kommunikation hängt von der Fähigkeit ab, sich auf einen anderen Menschen einzustellen, ihn in seinen Bedürfnissen zu erfassen und seine Gefühle zu verstehen. Durch Empathiefähigkeit wird die Kooperation und das Erreichen gemeinsamer Ziele möglich (vgl. Sahmel 2009, S. 35).

Begriff Empathie

Der Begriff „empathy“ kommt aus dem Englischen und heißt „Einfühlung“ (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S108).

Eine der ersten Definitionen von Empathie stammt von dem Moralphilosophen und Ökonomen Adam Smith (1759). Als einer der Vorreiter hat er unter

anderem den Begriff „sympathy“ erläutert. Er geht davon aus, dass der Mensch mit der Kompetenz der Anteilnahme und des Mitgefühls sowie mit dem Willen geboren werde und aus uneigennütigen Gründen bereit sei, am „Los“ des anderen teilzunehmen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 108).

Der Begriff Empathie wird von Olbrich als Anteilnahme an der Situation einer anderen Person beschrieben, indem man sich deren Anliegen zuwendet, diese auch aushält und in der Situation ausharrt. Bestimmt von einer besonderen Einstellung zur beruflichen Identität und Fähigkeit einer Pflegeperson kann eine empathische Beziehung entstehen. Empathie ist eine Fähigkeit, für die es keinen Maßstab gibt. Sie gehört zu den Sozialkompetenzen, welche für eine qualitative Pflege erforderlich sind (vgl. Olbrich 2010, S. 101).

Empathische Begleitung

Empathisches Verstehen hat den Anspruch, sich dem Gegenüber in einer Form zu öffnen, in der die Pflegekraft die „innere Welt“ des Patienten so erlebt, als wäre sie die eigene. Dies verlangt von der Pflegeperson nicht nur das Ereignis an sich zu verstehen, sondern auch die Bedeutung, die es für die betroffene Person hat. Wenn auch die Erfassung des Problems so intensiv ist, als sei es die eigene Situation, so erscheint es essenziell, dass sie sich dem „als wäre“ bewusst wird (vgl. Matolycz 2009, S. 67). Durch das Verstehen soll ein Bild der Erlebniswelt des Patienten entstehen. Der Einblick in die Erlebniswelt des Patienten ermöglicht der Pflegeperson das Interesse und die pflegerischen Ansprüche zu erkennen. Pflegerische Handlungen und Informationen können so auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet sein, und nicht nach der eigenen Vorstellung der Pflege gestaltet werden (vgl. Matolycz 2009, S. 67).

Die Bildung der „emotionalen Intelligenz“ steht nicht in Zusammenhang mit der gelehrten fachlichen Kompetenz. Sie gilt als autonome Ausrichtung der pflegerischen Kompetenzen (vgl. Olbrich 2010, S. 101).

Bischoff-Wanner teilt die Kommunikation in zwei Bereiche. Die *kognitive Empathie* ist die bewusste Auseinandersetzung mit dem Gegenüber, indem man in die Rolle eines anderen schlüpft, die Position eines anderen einnimmt und das Verständnis und die Kenntnis für das Unbekannte entwickelt. Bischoff-

Wanner nennt dies „Ich-Andere-Differenzierung“. Die *affektive Empathie* hingegen beschreibt die „Teilnahme“ an den Gefühlsregungen anderer. Die Gefühle werden nicht übernommen, sondern bleiben bei der betroffenen Person (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 114 ff). Empirische Untersuchungen bestätigen, dass *Ähnlichkeit, Vertrautheit* oder *Zuneigung* zur affektiven Empathie anregen oder die Gefühle der Bezugsperson steuern (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 114 ff). Die affektive Empathie ist durch unterschiedliche Konzepte geprägt. So wird die affektive Empathie als Nachempfinden von Emotionen eines anderen beschrieben, in dem die Bezugsperson ähnliche oder identische Empfindungen hat wie die betroffene Person selbst (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 120). In weiteren Ausführungen werden instinktive Reaktionen der Teilnahme in Form von Mitgefühl, Erbarmen oder Besorgnis um das Wohlbefinden der betroffenen Person genannt (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 120). Stotland (1969) hat widersprüchliche Wirkungen in das Verständnis von Empathie mitaufgenommen. Er geht davon aus, dass die Reaktionen der Bezugsperson auch andere Emotionen auslösen können, als bei der betroffenen Person. Als differenzierte Empfindung wird von Stotland z. B. „Schadenfreude“ als *empathische Reaktion* angeführt, welche von ihm als *contrast empathy* bezeichnet wird (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 119 f). Im Unterschied zu den vorgestellten Konzepten ist Holz-Ebeling (1995) der Auffassung, dass alle persönlichen Reaktionen (z. B. Unwohlsein, Sorge, Mitgefühl, kontrastierende Reaktionen) keinen Platz im „Empathieverständnis“ haben (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 120 f).

Eine Zusammenfassung von Bischoff-Wanner (2002) zeigt, dass Empathie als „objektivierendes, nicht urteilendes Verstehen“ und bei Bewahrung der Distanz, „*nicht nur wohlwollende Reaktionen umfasst*“ und dass „*immer eine Differenzierung zwischen dem eigenen und fremden Erleben erfolgen muss*“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 122).

Empathie in der Pflege

Empathisch sein bedeutet den Patienten in seiner Wahrnehmung und seinem Erleben zu verstehen. Das heißt, dass die Auseinandersetzung mit dem Unbekannten, dem seltsam Erscheinenden, dem nicht Vertrauten erfolgt und

die eigenen Verhaltensmuster und Einstellungen der Pflegeperson an Bedeutung verlieren. Es ist der Versuch eines Perspektivenwechsels, um die Situation und deren Bedeutung für die betroffene Person zu verstehen. Unter diesen Voraussetzungen ist eine individuelle, den Bedürfnissen angepasste Pflege möglich (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 235).

12. Krisenintervention (Bewältigungsstrategien)

Der Verlust eines Babys ist ein prägendes Ereignis. Da eine Fehlgeburt meist plötzlich erfolgt, haben Eltern keine Zeit sich mit der Situation vertraut zu machen. Im ersten Schock und emotionalen Ausnahmezustand sind die Betroffenen von der Kompetenz und der sensiblen Begleitung der Pflegeperson und des Mediziners abhängig. Die Betreuung in der ersten Phase nach der Fehlgeburt ist maßgeblich dabei, welchen Einfluss der *Verlust* auf das künftige *Leben der Betroffenen* hat (vgl. Lohtrup 2011, S. 233). Griebel, Halvorsen und Golemon beschreiben, dass Erfolge der psychologischen Beratung nicht eindeutig belegt seien, aber dass angenommen wird, Frauen hätten bessere Ergebnisse in der Bewältigung des Erlebten, wenn sie nach ihrer Fehlgeburt von geschulten Personen unterstützt würden. (vgl. Griebel, Halvorsen und Golemon 2005, S. 1243 ff).

12.1 Der Begriff Krise

Der aus dem altgriechischen stammende Begriff „crisis“ wird mit Umkehr oder Wende übersetzt. Wird der Begriff *Krise* im medizinischen Bereich verwendet, markiert er eine Wende im Krankheitsverlauf, welcher sowohl positiv, als auch negativ sein kann (vgl. Stein 2009, S. 20).

„Eine Krise ist durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts gekennzeichnet, wenn ein Mensch mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie seine bisherigen Problemlösungsfähigkeiten übersteigen“ (Ortiz-Müller, Scheuermann und Gahleitner 2010, S. 67).

Kardels, Pajonk und Kinn (2007) führen Merkmale an, die eine Krise beschreiben:

- Die Krise steht immer mit einem emotionalen, außergewöhnlichen Vorfall oder einer beachtlichen Wende der Lebenssituation in Verbindung.
- Die Krise zeichnet sich dadurch aus, dass sie plötzlich auftritt und zeitlich begrenzt ist.

- Sie wird von der betroffenen Person als Bedrohung erlebt und zu diesem Zeitpunkt als nicht zu bewerkstellendes Ereignis wahrgenommen, das mit Kontrollverlust einhergeht.
- Die Krise erzeugt bei der betroffenen Person außergewöhnliche Emotionen, welche zu einer Fremd- oder Selbstgefährdung führen können (vgl. Kardels, Pajonk und Kinn 2007, S. 20).

Stein erweitert die Merkmale einer Krise mit der negativen (oder positiven) Auswirkung auf den Selbstwert eines Menschen. Er beschreibt eine Krise als bedeutende Richtungsweisung für die Zukunft sowie als Entwicklungschance oder Gefahrenpotenzial für die Entwicklung eines Menschen (vgl. Stein 2009, S. 23).

Die Krise wird als belastendes Ereignis erlebt, das von der betroffenen Person sehr viel Energie und Einsatz zur Bewältigung der widrigen Lebensumstände verlangt. Durch diesen Kraftaufwand werden oft die Anforderungen anderer Lebensbereiche vernachlässigt, was wiederum zu neuen Problemen führt. Die betroffene Person verliert an Selbstwertgefühl und Mut. Die vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung bestimmen die Richtung für eine positive oder negative Entwicklung. Oft werden unproduktive Mittel und Wege z.B. (Drogenkonsum oder Alkoholabusus) für die Bewältigung gewählt. Der positive Ausgang einer Krisensituation ist ein essenzieller Reifungsprozess, der die Person für künftige Herausforderungen kräftigen kann (vgl. Stein 2009, S. 23).

Das Erleben einer Krise und dessen Verlauf werden durch die Korrelation von verschiedenen Elementen (Umständen) bestimmt:

- Subjektive Bedeutung der Begebenheit
- Krisenanfälligkeit (unbewältigte Krisen oder mehrere Belastungen in kurzer Folge)
- Reaktionen der Umwelt (Unterstützung durch soziales Netz)
- Verstrickung des sozialen Umfelds („Helfer“ in der Krise als „Verschärfer der Situation“)
- Soziales Umfeld als Auslöser (beabsichtigt oder unbeabsichtigt) (vgl. Stein 2009, S. 25-30).

12.2 Krisenmodell

Es existieren einige Krisenmodelle die überwiegend von idealtypischen Phasen ausgehen. Das Modell der Krisenintervention von Schnyder z.B. hat sieben Stufen:

1. Kontaktaufnahme (Erleichterung der Gefühlssituation)
2. Problemanalyse (mit Orientierung an Ressourcen und Lösungsstrategien)
3. Problemdefinition
4. gewünschtes Ergebnis definieren
5. Problembearbeitung
6. Beendigung – Standortbestimmung (Hinweis für weitere Therapie überprüfen) (vgl. Oritz-Müller, Scheuermann und Gahleitner 2010, S. 70 f).

Die Abfolge einer Krise verläuft nicht immer nach einem Schema. Der Ablauf ist individuell und die Intervention muss mit den Bedürfnissen (Emotionen) der betroffenen Person in Einklang stehen (vgl. Oritz-Müller, Scheuermann und Gahleitner 2010, S. 71).

12.3 Krisentypen

Auch hier gibt es unterschiedliche Klassifizierungen und Einteilungen. (vgl. Sonneck 2000, S 32 ff) Im Wesentlichen sind zwei Arten von Krise zu unterscheiden. Während Cullberg den Verlauf der Traumatischen Krise beschreibt, hat Caplan das Phasenmodell einer Veränderungskrise entworfen (vgl. Oritz-Müller, Scheuermann, Gahleitner 2010, S. 67).

Bezeichnend für eine *traumatische Krise* ist, dass das Ereignis unerwartet und spontan zu einer Wende der Situation führt. Dies kann z.B. durch Tod, Scheidung, Verlust eines Babys oder durch ein Beziehungsende eintreffen. Das Ergebnis ist unabänderlich. Die *Veränderungskrise* hingegen wird durch eine oder mehrere Veränderungen der Lebenssituation ausgelöst. Die Veränderungen sind nicht abrupt und absehbar. Häufig wird diese Veränderung

zu Beginn positiv erlebt, wird jedoch in Folge als Druck und Gefährdung wahrgenommen. Klassische Veränderungskrisen sind unter anderen die Pubertät, Stress im Zusammenleben mit der Familie, Heirat, ein Baby, ein unsicherer Arbeitsplatz und Entscheidungen bei der Berufswahl (vgl. Oritz-Müller, Scheuermann und Gahleitner 2010, S. 67 ff).

Cullbergs Verlauf der „Traumatischen Krise“ besteht aus *Schock, Reaktion* und *Bearbeitung*, welche mit einer Neuorientierung oder Chronifizierung (*Krankheit, Sucht, Suizidalität*) einhergehen kann (vgl. Oritz-Müller, Scheuermann und Gahleitner 2010, S. 67).

Caplans Verlauf der „Veränderungskrise“ hingegen beinhaltet *Konfrontation (Bewältigungsfähigkeit überfordert)*, *Versagen/Ineffektivität* und *Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen*, die mit einem *Zusammenbruch (Vollbild Krise)* oder einer *Bewältigung* verlaufen kann (vgl. Oritz-Müller, Scheuermann und Gahleitner 2010, S. 67).

12.4 Konzepte zur Krisenintervention

Auch dazu gibt es zahlreiche Konzepte aus der medizinischen Psychologie der klinischen Psychologie, der Sonder- und Heilpädagogik und der Psychiatrie. Exemplarisch soll eines vorgestellt werden.

Sonneck (2000) hat ein *Kriseninterventionskonzept für akute Krisensituationen* (BELLA) entwickelt.

Beziehung aufbauen

Erfassen der Situation

Linderung der Symptome

Leute einbeziehen, die unterstützen

Ansatz zur Problembewältigung (vgl. Sonneck 2000, S. 96–100).

Der Beziehungsaufbau sollte der Beginn eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Patient und Pflegeperson sein. Durch die sensible, empathische Begegnung soll dem Patienten bewusst werden, dass er akzeptiert und seine Problemlage als solche wahrgenommen wird. Die Erfassung der Situation dient dazu Situation im Kontext verständlich zu machen und die daraus möglichen

Konsequenzen für die betroffene Person zu klären. Die Linderung der massiven Anzeichen kann durch das Eingehen auf die emotionale Lage des Patienten erfolgen. Ängste, Panik oder andere Gefühle sollen besprochen werden und entsprechenden Platz haben. Dadurch kann der Patient an Klarheit und Entlastung gewinnen. Er soll ermutigt werden, seine Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen. Wenn erforderlich, könnten auch eine Selbsthilfegruppe, eine Institution oder Internetforen genutzt werden. Der Versuch, das Problem zu bewältigen, erfolgt durch die Benennung der Angelegenheit (in vorliegendem Fall der Fehlgeburt und allen damit verbundenen Emotionen und Auswirkungen). Durch Widersprüche in der Problemdarstellung kann oft zwischen subjektivem und tatsächlichem Ausmaß des Ereignisses differenziert werden und eine Veränderung erfolgen (vgl. Sonneck 2000, S. 96 ff).

Aufgaben der Krisenintervention

Die Funktion der Krisenintervention ist, auf psychische Belastungen unterstützend zu reagieren. Sie impliziert die Betreuung und Behandlung von Menschen in einer Ausnahmesituation. Die Krisenintervention ist von der Akutpsychiatrie klar abzugrenzen. Die Aufgaben bestehen darin, krisenbedingtes Leid zu reduzieren und die Gefahr von möglichen Krankheiten, als Folge der unbewältigten Krise, zu minimieren (vgl. Sonneck 2000, S. 61).

12.5 Aspekte der Krisenintervention

12.5.1 Pflegerischen Interventionen

Pflegepersonen, die mit Menschen in einer Krise konfrontiert sind, benötigen für die professionelle Betreuung dieser Personen aktuelles theoretisches Wissen (Bsp. Trauerphasen). Kenntnisse von Krisentheorien und Krisenmodellen sind für eine adäquate Unterstützung ebenfalls erforderlich (vgl. Ihle 2008, S. 31). Die Unterscheidung von Krisen (*traumatische Krisen* bzw. *Lebensänderungskrisen*), wie sie von Cullberg (1978) getroffen wurde (vgl. Sonneck 2000, S. 61), die Bedeutung des Ereignisses und die subjektiven Theorien der betroffenen Person sollten der Pflegeperson bekannt sein (vgl. Ihle 2008, S. 31). Der Beziehungsaufbau und eine Vertrauensbasis sind, wie

auch bei anderen pflegerischen Handlungen, grundlegend für eine erfolgreiche Krisenintervention (vgl. Ihle 2008, S. 31).

Der Krankenhausaufenthalt und die veränderten Lebensumstände werden von den meisten Patienten als sehr belastend erlebt. Die Pflegepersonen haben in der Regel den konstantesten und intensivsten Kontakt mit dem Patienten. Neben der körperlichen Pflege gehört auch die Wahrnehmung psychischer Instabilität von Patienten zum Arbeitsfeld der Pflegeperson (vgl. Hausmann 2009, S. 140 f).

Durch die Kommunikation, die scheinbar nur nebenbei geführt wird, kommen oft tiefliegende Probleme und Befürchtungen an die Oberfläche. Die banale Frage „Wie geht es ihnen?“ wird oft nicht direkt beantwortet, sondern fordert von der Pflegeperson Aufmerksamkeit in Bezug auf nonverbale Gesten oder „versteckte Botschaften“. Die Aufgaben der psychosozialen Hilfe sind unter anderem: Den Patienten durch Zuhören *Aufmerksamkeit signalisieren*, seine Emotionen, Wünsche und Befürchtungen wahrzunehmen, sowie auf latente Aufforderungen zur Hilfestellung zu reagieren. Eine *Einschätzung der Situation* umfasst die körperliche Verfassung sowie die *aktuelle psychische Situation* und erfordert möglicherweise Handlungen, um eine *Regression* zu vermeiden. Die *Aktivierung von Ressourcen* betrifft die *körperliche, psychische* und *soziale* (Einbindung von Angehörigen) Ebene. (vgl. Hausmann 2009, S. 140).

Auffassungen, Denkweisen und Überzeugungen des Patienten sollen beachtet und respektiert werden. Ablehnung oder Widerstand dient oft als Selbstschutz. Die Unterstützung soll die *Anwendung hilfreicher Copingstrategien*, sowie einen „normalen“ Umgang mit *Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Belastungen* und Krisensituationen betreffen und Hilfestellung in der Verarbeitung sein. Eine große Herausforderung ist die *Stille auszuhalten*, nicht mit anderen Themen fortzufahren, abzuwarten und miteinander zu schweigen. Auch wenn es z.B. für etwas „keine Worte gibt“, in bestimmten Momenten nicht alleine zu sein, kann an sich schon sehr heilsam sein (vgl. Hausmann 2009, S. 140 f).

Die Gespräche müssen nicht sehr lange sein. Oft reichen einzelne Sequenzen, um die psychische Reaktion oder Veränderung zu erkennen. Bei Patienten in Krisensituationen ist die kontinuierliche Zuwendung und Überprüfung der

psychischen Stabilität (bzw. Instabilität) erforderlich (vgl. Hausmann 2009, S. 141).

12.5.2 Ziele der Krisenintervention

Das Bestreben der Pflegeperson in der Krisenintervention sollte die Unabhängigkeit des Patienten sein. Das Ziel der Interventionen ist „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die bedrückende Wahrheit darf dabei nicht verleugnet werden. Die betroffene Person soll empathisch begleitet und bestärkt werden ihre Emotionen (Trauer, Schmerz, Wut, Neid) auszudrücken (vgl. Sonneck 2000, S. 62). Nach Erfahrung der Autorin wird die erste Einschätzung und Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten im Krankenhaus meist durch Pflegepersonen übernommen und bei Bedarf werden Psychologinnen oder Krankenhauseelseosorger hinzugezogen. In der Schockphase ist es wichtig, dass die betroffene Person jemanden an ihrer Seite hat und nicht isoliert ist (vgl. Sonneck 2000, S. 63).

Die Krisenintervention in einem Krankenhaus kann mehrere Funktionen haben.

- *Prävention*: Die betroffenen Personen sollen in außergewöhnlichen Krisen präventiv unterstützt werden, um langwierige oder sogar dauerhafte psychische Schäden zu verhindern.
- *Früherkennung und Information*: Der Auftrag ist eventuelle psychische Beeinträchtigungen rasch festzustellen und dies bekannt zu geben, damit eine adäquate Betreuung gewährleistet ist.
- *Gefährdungen reduzieren*: Menschen in Krisen handeln oft irrational und begeben sich in Gefahr. Das Ziel wäre, diese Personen möglichst gut zu schützen.
- *Motivieren, weiterführende Hilfe in Anspruch zu nehmen*: Da die Krisenintervention im Krankenhaus oft nur ein erster Impuls ist und selten genügt, sollte die Person überzeugt werden, dass sie weiterhin Hilfe in Anspruch nimmt.
- *Entlastung für Angehörige*: Durch die Krisenintervention sollen Personen aus dem sozialen Umfeld Unterstützung erhalten. Angehörige erhalten somit einen Blick von außen auf die Situation und ihre Ressourcen zur Hilfestellung.

- *Defizite abdecken*: Wenn die betroffene Person keinen Partner oder andere Vertrauenspersonen hat, kompensiert dies oft das Pflegepersonal. Bei Menschen mit einem Beziehungsdefizit sollte unbedingt der Bedarf nach weiteren Betreuungsmaßnahmen geklärt werden.
- *Entlastung*
- *Unterbringung abwenden* (vgl. Kunz, Scheuermann und Schürmann 2009, S. 191 f).

Nicht alle Aspekte der Krisenintervention, die hier genannt werden, müssen auch zum Einsatz kommen. Dies variiert von der jeweiligen Institution, dem Versorgungsauftrag und der zu betreuenden Person. (vgl. Kunz, Scheuermann und Schürmann 2009, S. 191 f)

Ein wesentliches Ziel bei der Krisenintervention im Falle einer Veränderung der Lebenssituation (Verlust des Babys) ist der betroffenen Person Verständnis für ihre Emotionen zu vermitteln und die individuelle Bedeutung des Ereignisses anzuerkennen (vgl. Kardels, Pajonk und Kinn 2007, S. 22) Im Falle einer *traumatischen Krise* steht die Reduzierung des Stresspegels und der *psychophysiologischen Anspannung* im Vordergrund (vgl. Kardels, Pajonk und Kinn 2007, S. 23). In beiden Fällen sollte der Patient bei Bedarf ermutigt werden, *psychotherapeutische Hilfe* in Anspruch zu nehmen (vgl. Kardels, Pajonk und Kinn 2007, S. 22 f).

12.5.3 Interventionsprinzipien nach einer Fehlgeburt

Die Wahl des richtigen Zeitpunkts

Ein traumatisches Ereignis ist oftmals die Ursache für eine *traumatische Krise*. Nicht selten wird von übermotivierten „Helfern“ zu rasch gehandelt und die hilfsbedürftige Person überbeansprucht. Um adäquate Hilfe zu leisten ist die Wahl des „richtigen Zeitpunkts“ und eine entsprechende Beurteilung der aktuellen psychischen Auswirkung erforderlich (vgl. Hausmann 2010, S. 125).

Die Bearbeitung des traumatischen Ereignisses kann in drei Phasen unterteilt werden:

Schockphase

In dieser Phase soll der Patient nicht alleine gelassen werden. Die Aufgabe der Pflegenden wäre, auf die aktuellen Wünsche einzugehen, Geborgenheit zu geben und Sicherheit auszustrahlen. In dieser Phase ist es sinnlos, über die Gründe (Auslöser, Motive) und Auswirkungen des Ereignisses zu sprechen, da eine *rationale Bearbeitung* von der betroffenen Person meist noch nicht möglich ist (vgl. Hausmann 2010, S. 125).

Reaktionsphase

Die Pflegeperson hat nun die „Rolle des Zuhörers“. Alle Erinnerungen, Wahrnehmungen, Emotionen (Wut, Angst, Trauer, u.a.) dürfen ausgesprochen werden. Dies erfolgt oft konfus und ohne Zusammenhänge, aber spiegelt die Gefühlslage wider. Erste vorsichtig formulierte Informationen durch die Pflegeperson können bereits die Realität stückweise näherbringen (vgl. Hausmann 2010, S. 125).

Bearbeitungsphase

Erst jetzt kann die betroffene Person das Erlebte (die *Diagnose*, etc.) und die daraus resultierenden Konsequenzen begreifen. Eine Auseinandersetzung und ein Gespräch sind in dieser Phase möglich. Der Zeitpunkt wird von der betroffenen Person bestimmt und sollte keinesfalls „erzwungen“ werden (vgl. Hausmann 2010, S. 125). Manchmal dauert es Tage, bzw. Wochen bis eine rationale Bearbeitung möglich wird. In diesem Fall ist die kurze Verweildauer im Krankenhaus problematisch, da für eine positive Verarbeitung (Zukunftsperspektive, Schuldfrage klären, etc.) weitere *Informationen* nötig sind (vgl. Hausmann 2010, S. 125).

Cullbergs Phasenmodell endet mit der *Neuorientierung*: In dieser Phase sollen Sicherheit und Selbstvertrauen wiederhergestellt sein (vgl. Stein 2009, S. 59)

Ressourcenorientierte Interventionen

Eine an den Ressourcen orientierte Intervention ist dadurch gekennzeichnet, dass der Blick auf die Fähigkeiten, die Stärken und alle zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Hilfestellungen gerichtet wird und nicht auf die

Schwächen oder Mängel eines Menschen oder Systems. Besonders in Krisensituationen haben viele Menschen keinen Zugang zu bewährten Bewältigungsstrategien. Eine grundsätzliche Funktion der Pflegeperson ist die betroffene Person in der Krise zu unterstützen, sich möglicher Ressourcen bewusst zu werden und an bewährte Bewältigungsstrategien zu erinnern (vgl. Kunz, Scheuermann und Schürmann 2009, S. 21).

13. Nutzung von Ressourcen

13.1 Soziales Umfeld

Die Erfahrung zeigt, dass es nach einer Fehlgeburt oft optimal wäre, wenn Personen aus dem sozialen Umfeld Schutz und Geborgenheit vermitteln. Durch Gespräche sollte dieser Bedarf geklärt werden.

13.2 Rituale

Das Durchführen von Ritualen ermöglicht vielen Patienten Übergänge leichter zu „bewerkstelligen“, das Ereignis bzw. die verlorene Person können thematisch mit einbezogen werden und somit Grenzerfahrungen sinnhaft bewältigt werden (vgl. Unterthiner und Volgger 2008, S. 30). Rituale in der Trauerphase werden von Menschen hilfreich erlebt, sind aber *keine therapeutischen Handlungen*, da der Tod einer geliebten Person und die damit verbundene Trauer keine Erkrankung darstellt (vgl. Frick 2009, S. 202).

Eine Fehlgeburt zu haben ist eine bewegende Erfahrung. Besonders schwierig wird die Situation dadurch, weil der Verlust „unsichtbar“ bleibt und somit häufig die Unterstützung durch Gespräche fehlt. Abboud und Liamputtong (2003) kritisieren, dass es nach einer Fehlgeburt weder anerkannte Rituale noch Riten gibt (vgl. Stratton und Lloyd 2008, S. 5 ff).

Viele Menschen brauchen „Bilder“ und „Erinnerungen“, um sich von ihren Geliebten verabschieden und sie loslassen zu können. Wenn es jedoch an der toten Person fehlt (z.B. Vermisste oder unkenntliche Person nach Tsunami, Bränden, Fehlgeburt usw.) sind Rituale besonders wichtig (vgl. Frick 2009, S. 202).

Rituale können vermitteln, was man nicht in Worte fassen kann (vgl. Hecking und Moser Brassel 2006, S. 27; Fleck-Bohaumilitzky und Fleck 2006, S. 133). Eindrücke, Ansichten und Darstellungen, welche im Inneren sind, können durch Rituale von außen erkennbar und wahrnehmbar werden (vgl. Hecking, Moser Brassel 2006, S. 27; Unterthiner und Volgger 2008, S. 30 f). Sie sind eine Hilfestellung dabei mit Verlust in einer Form umzugehen, wie es von der Gesellschaft akzeptiert wird. Rituale gibt es in unterschiedlichsten Formen und

Lebensphasen. Bei Übergängen in eine neue Situation werden durch Rituale Anfang und Ende markiert. Das Ritual soll den Abschied von einer alten Situation und die Bereitschaft für eine neue Situation zum Ausdruck bringen (vgl. Sammer 2010, S. 82).

Unterthiner und Volgger (2008) beschreiben die Notwendigkeit Eltern nach einer Fehlgeburt den *Nutzen von Ritualen aufzuzeigen*. Rituale geben Sicherheit und Halt. Sie helfen den Eltern, ihre Ängste zu reduzieren und ihr Gefühlschaos zu ordnen (vgl. Unterthiner und Volgger 2008, S. 30).

13.2.1 Abschiedsrituale

Abschied vom Kind

Eine Möglichkeit, sich vom toten Föten zu verabschieden, ist das *Ansehen* der kleinen Gestalt. Allerdings gibt es dazu unterschiedliche Ergebnisse. Eine Studie von Beutel (2002) hat ergeben, dass viele Frauen das tote Kind nicht sehen wollen, da sie befürchten ihr Kind sei zu sehr verunstaltet und der Anblick erschreckend. In dieser Untersuchung gab nur jede siebente Frau (nach einer Kuerettage) an, ihren toten Embryo angesehen zu haben. Mehr als die Hälfte der Frauen, die ihr Kind sahen, fanden dies kaum hilfreich. Einige der Frauen erlebten das Ansehen des toten Wesens als bedrückend (vgl. Beutel 2002, S. 73).

Untersuchungen von Lothrop zeigen, dass Eltern, die ihr Baby nicht sehen, noch Jahre danach das Versäumnis bereuen (vgl. Lothrop 2011, S. 81; Schäfer 2008, S. 41). Das Sehen des Kindes stärkt vielfach die Erinnerung an das Kind und es kann dadurch Teil der Familie werden. Die Möglichkeit des Abschiedes bringt oft Zufriedenheit. Es sollte auch von ganz kleinen Babys (sobald als Mensch erkennbar / ab der achten Schwangerschaftswoche) Abschied genommen werden, wenn es nicht durch die Kuerettage verunstaltet wurde (vgl. Lothrop 2011, S. 80 f).

Dass Eltern der Anblick der Missbildung ihres Kindes zu sehr belastet würde, darf nicht verallgemeinert werden. Hier haben die Erfahrungen gezeigt, dass die Realität nicht so schrecklich als die Vorstellung der Eltern ist. Eltern konzentrieren sich beim Anblick ihres toten Kindes auf Dinge, die sie für schön

halten. Missbildungen werden von Eltern meist ausgeblendet (vgl. Lothrop 2011, S. 85).

Die Meinung darüber, ob der Fötus oder das totgeborene Kind den Eltern gezeigt werden sollte, hat sich in den letzten Jahren verändert. Hat man früher darauf geachtet, dass dieses leblose Wesen so rasch als möglich entfernt und von den Eltern nicht gesehen werden sollte, werden nun die Eltern ermutigt, ihr Kind anzusehen. Es gibt keine Bestätigung, dass dieser Ansatz besser wäre, aber die Eltern sollten die Möglichkeit bekommen und selbst wählen, ob sie das Kind sehen möchten oder nicht (vgl. Robinson 2011, S. 571 ff).

Erinnerung

Rituale, wie sie auch für Totgeburten angewandt werden, könnten ebenso für die Fehlgeburt angewendet werden. Es gibt zwar kein Baby, das man in den Arm nehmen könnte und auch keine Fotos, aber die Möglichkeit, dem Kind einen Namen zu geben, eine Trauerfeier abzuhalten oder *Erinnerungsstücke* aus dem Krankenhaus aufzubewahren (zum Beispiel das Identifikationsband der Mutter). Es kann auch ein symbolischer Gegenstand gekauft werden, um die Existenz dieser Schwangerschaft in Erinnerung zu halten (vgl. Robinson 2011, S. 571 ff).

Trauerfeier

Frauen nach der Erfahrung einer Fehlgeburt befragt, gaben an, dass eine vom Krankenhaus veranstaltete Zeremonie für ihre emotionale Bewältigung des Verlustes sehr förderlich gewesen sei (vgl. Robinson 2011, S. 571 ff):

“The hospital once a month does a cremation, um, which was really helpful, to put some closure on it that way because I had some souvenirs, I had a service, I had a candle – that little angel candle that they give to you and yeah, just you know, a point in time where someone is gone. “Yep, you had a baby and that baby died”. And, we’re going to speak about that in public. So that was good.” (Rowlands und Lee 2010, S. 280).

Ein Ritual, welches den Verlust des Babys begreifbar macht, unterliegt keinen offiziellen Normen. Das Abschiedsritual darf sehr individuell ausgerichtet werden. (vgl. Unterthiner und Volgger 2008, S. 30).

Eine weitere Möglichkeit zum Gedenken der verlorenen Kinder ist ein Gottesdienst, bei dem für jedes Kind eine Kerze entzündet wird. Die Flammen wärmen und erhellen den Raum (vgl. Fleck-Bohaumilitzky und Fleck 2006, S. 133).

Rituale verbinden

Ein verbindendes Ritual von Menschen in aller Welt findet jedes Jahr am zweiten Adventsonntag um 19 Uhr (*„Weltgedenktag für verstorbene Kinder“*) statt. Menschen, die einer verlorenen Kinderseele gedenken, entzünden eine Kerze und stellen diese ins Fenster. Durch die Zeitverschiebung gehen irgendwo die Kerzen aus und anderswo werden welche angezündet. So geht ein Leuchten um die Welt (vgl. Fleck-Bohaumilitzky und Fleck 2006, S. 133).

Spiritualität und Religion

Auch die Religion und Spiritualität bedient sich vieler Rituale. *„Begrüßung und Abschied“*, *„Taufe und Beerdigung“* gehören zu den traditionellen Übergangsritualen, die durch eine behutsame Begleitung und Planung nach den Bedürfnissen der Eltern sehr heilsam erlebt werden können (vgl. Hecking und Moser Brassel 2006, S. 27).

Menschen, die meist abseits und isoliert in ihrer Trauer verharren, können durch Gebete und Lieder in der Gemeinschaft Trost erfahren, von anderen gestärkt werden und Anderen Kraft geben. Der Gottesdienst hat mehrere Funktionen. Die trauernde Mutter nimmt den Schmerz des Verlustes und das Gefühl, dass dieses Kind ein Teil ihrer Person ist, wahr. Diese Erkenntnis ist in der Zeit der Trauer für die betroffene Frau hilfreich (vgl. Fleck-Bohaumilitzky und Fleck 2006, S. 134).

Hecking und Moser Brassel (2006) beschreiben, dass nicht alle Mütter nach dem Verlust ihres Babys einen Gottesdienst oder einen religiösen Ritus wünschen (vgl. Hecking und Moser Brassel 2006, S. 34). Manchmal reicht das Angebot einer „Seelsorge“ die der betroffenen Frau Zeit und Raum schafft, sich

der religiösen Ressourcen bewusst zu werden. Die Entscheidung, wie viel und in welcher Form sie die seelsorgerische Begleitung in Anspruch nehmen möchte, liegt bei der betroffenen Mutter (vgl. Hecking und Moser Brassel 2006, S. 32). Die Seelsorge trägt häufig dafür Sorge, dass sich die Mutter in ihrer Situation (mit ihren Erfahrungen) nicht alleine fühlt. In dieser Zeit kann sie die Frau ermutigen, nicht nur ihre „greifbaren“ Erinnerungsstücke, (z.B.. Foto, Ultraschallbild, Namensband der Mutter) sondern auch ihre innere Erinnerung (z.B. Zeit der Schwangerschaft, Vorfreude) wahrzunehmen. Das Kind kann dadurch nochmals „Gestalt annehmen“ (vgl. Hecking und Moser Brassel 2006, S. 34).

13.3 Positive Wirkung von Spiritualität und Religiosität auf die psychische Gesundheit

Unterstützung durch soziale Einbettung

Kritische Lebensereignisse können von Menschen, die einer *religiösen Gemeinschaft* angehören, besser bewältigt werden. Soziale Gemeinschaften stärken das „WIR-Gefühl“, geben Sicherheit und steigern generell das Wohlbefinden. Amerikanische Studien belegen, dass Menschen mit Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und den durch diesen wahrgenommenen sozialen Rückhalt wesentlich besser mit dramatischen Ereignissen zurechtkommen, als Menschen, die keiner Glaubensgemeinschaft angehören (vgl. Unterrainer 2007, S. 37).

Der Glaube als Copingstrategie

Der Glaube an „Gott den Allmächtigen“ gibt den Betroffenen ein Gefühl von Schutz und Vertrauen. Der Gläubige fühlt sich in der Krise behütet (vgl. Unterrainer 2007, S. 38).

Unterstützung durch ein *positives Selbstkonzept*

Das *positive Selbstkonzept* erklärt sich damit, dass der Mensch in seiner Art und Weise, was immer passiert, von Gott uneingeschränkt geliebt wird. Durch die vorbehaltlose Liebe Gottes entwickelt der gläubige Mensch Sicherheit und Selbstvertrauen (vgl. Unterrainer 2007, S. 38).

Unterstützung durch das Bewertungssystem

Der gläubige Mensch hat unter anderem Ideale wie Altruismus, Entsagung, Hingabe, Opfer, Verzicht und soziales Engagement. Er kann mit Unterstützung seines Glaubens Situationen unter einem anderen Aspekt bewerten und Verluste oft besser verarbeiten (vgl. Unterrainer 2007, S. 39).

Negative Aspekte der Religiosität

Nach Dörr (2001) kann die Religiosität auch negative Aspekte in sich bergen. Der „Druck der Gruppe“ kann belastend erlebt werden. Eine starre Denkweise, „moralische Richtlinien“, das „Gefühl, nicht zu entsprechen“ und das „Gefühl der Hilflosigkeit“ (z.B. von Gott gewollt) sowie die „Angst vor der Sünde“ und die „unkritische Idealisierung von *christlichen Tugenden*“ können Menschen schädigen (vgl. Unterrainer 2007, S. 37).

14. Resümee und Ausblick

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit hatte das Ziel hilfreiche Interventionen von Pflegepersonen in der emotionalen Verarbeitung von Fehlgeburten herauszuarbeiten. Dafür wurden im Zuge der Erstellung der Arbeit zunächst die sekundären Forschungsfragen (Kapitel 5.4) isoliert betrachtet.

Das Erleben einer Fehlgeburt

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten hat gezeigt, dass das Erleben einer Fehlgeburt von den Betroffenen individuell erlebt wird und somit der Verlust eines Kindes immer im Kontext der Mutter zu sehen ist.

Zu Beginn der Bindungsforschung wurde angenommen, wonach die Bindung einer Mutter zu ihrem Kind erst nach der Geburt beginnt. Spätere Forschungen zeigen, dass die Mutter dem Fötus schon lange vor dem Geburtstermin ein konkretes Geschlecht, Aussehen, spezifische Charaktereigenschaften und bestimmte Fähigkeiten zuschreibt. Der Fötus wird von Mutter und Vater bereits als Kind und Mitglied der Familie wahrgenommen. Ein Frühabort wird somit von fast allen betroffenen Eltern als Verlust eines Kindes und Familienmitgliedes empfunden.

Das Verarbeiten einer Fehlgeburt

Die meisten Frauen erleben nach dem Verlust des Kindes Gefühle der Angst, Trauer, Schuld und einen Schock. Hinzu kommt, dass ein Frühabort häufig mit einem Tabu belegt ist. Abwertende Kommentare, gemieden werden von anderen und ein Mangel an Mitgefühl sind häufige Erfahrungen. Die Betroffenen verlieren mit dem Verlust des Kindes oft auch an Sicherheit, Selbstbewusstsein und Vertrauen.

Hilfreiche Interventionen von Pflegepersonen in der emotionalen Verarbeitung

Die Betreuung der Frauen während des Krankenhausaufenthaltes stellt eine wesentliche Grundlage für die emotionale Bewältigung des Verlustes dar. Die physikalische Trennung von Mutter und Fötus ist oft nach ein paar Stunden oder Tagen abgeschlossen. Die psychologische Trennung hingegen benötigt

bedeutend mehr Zeit (vgl. Murphy und Merell, 2009, S. 1587, Beutel 2002, S. 53). Pflegepersonen sind hierbei in diesem kurzen Zeitraum des Klinikaufenthalts mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Eine wesentliche Aufgabe der Pflege besteht darin, die Frau in ihrem Erleben ernst zu nehmen, zu akzeptieren und sie dabei empathisch zu begleiten.

Als bei der emotionalen Verarbeitung hilfreich wurde von den betroffenen Frauen die bloße **Anwesenheit der Pflegeperson** beschrieben und kommunikative Kompetenzen als Grundlage für den Aufbau einer **vertrauensvollen Beziehung** genannt

Hilfreiche Informationen für die betroffenen Frauen

Informationen (z.B. über Trauerphasen, Rituale, Nutzung sozialer Ressourcen, Seelsorge) reduzieren Ängste und Schuldgefühle und vermitteln Sicherheit. Die Ergebnisse von Befragungen zeigen, dass Informationen dann am besten angenommen werden, wenn der **richtige Zeitpunkt** gewählt wird. Unmittelbar nach dem Ereignis der Fehlgeburt können Informationen nur sehr schwer angenommen werden.

Ansprüche an die Pflegepraxis

Der Schwerpunkt in der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten sollte nicht nur auf die physiologische, sondern auch auf die psychologische Ebene gelegt werden, um psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Das Bewusstsein soll dafür gefördert werden, dass Fehlgeburten immer im Kontext der jeweiligen Person gesehen werden müssen. Dadurch stehen die Bedürfnisse der betroffenen Frau im Zentrum.

Zusätzliche Weiterbildungs- und Schulungsangebote für Pflegepersonal und Ärzte, die in diesem Bereich arbeiten zur Thematik „Intervention bei Frühabort“ (z.B. Kommunikation, Wahrnehmung von psychischer Instabilität, Rituale) sind erstrebenswert.

Ansprüche an die Versorgungsstruktur

Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass der Handlungsrahmen der professionellen Pflegekräfte nach dem Verlust eines Babys möglicherweise

nicht ausreicht. Überlegungen, ob das Tätigkeitsfeld der professionellen Pflegepersonen erweitert werden soll, um gesundheitsgefährdende Aspekte frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig entsprechende Maßnahmen zu setzen, sind angebracht. Mögliche Erweiterungen der Betreuung durch professionelle Pflegekräfte könnten in folgender Form stattfinden:

- **„Nachsorge“ sechs Wochen nach der Fehlgeburt**
- **Beratungsangebote in einer Ambulanz**
- **„Nachbetreuung“ (z. B. wie nach einer Geburt)**

Es ist zu überlegen, ob die Versorgungsstruktur für Frauen nach dem Erleben einer Fehlgeburt tatsächlich ausreichend erscheint, um daraus resultierenden psychischen Erkrankungen vorzubeugen.

Studien belegen, dass beinahe alle Frauen unmittelbar nach der Fehlgeburt eine tiefe Traurigkeit fühlen. Differenzierter sind die Ergebnisse z.B. in einer Befragung sechs Wochen nach dem Frühabort. Zu diesem Zeitpunkt haben einige Mütter ein sehr gutes Bewältigungskonzept der emotionalen Verarbeitung, andere verharren in ihrer Trauer. Auffallend ist, dass die Aussagen der Frauen sechs Wochen nach dem Verlust nicht signifikant anders sind, als die Aussagen nach einem Jahr (vgl. Swanson, Connor und Jolley 2007, S. 14). Demnach dürfte sechs Wochen nach dem Ereignis ein geeigneter Zeitpunkt sein, die Frauen nochmals anzurufen bzw. zu besuchen, um den weiteren Interventionsbedarf zu klären und möglichen negativen Folgen des Verlusterlebens (Angststörungen, Depressionen oder andere psychische Erkrankungen) entgegenzuwirken.

Die Ergebnisse sollten in weiteren Befragungen abgesichert werden, da in der ausgewerteten Studie nur weiße, verheiratete und gut gebildete Frauen befragt wurden.

Angebote der Ambulanz

Beratungsangebote: Da die Informationen während des kurzen Krankenhausaufenthalts oft zu umfangreich sind oder in der Schockphase noch nicht verstanden und verarbeitet werden können, wäre auch ein ambulantes

Beratungsangebot für die betroffenen Frauen und deren Angehörige eine denkbare Lösung.

Kooperation / Vernetzung von unterschiedlichen Versorgungssystemen:

Professionelle Pflegekräfte könnten je nach Bedarf, in Kooperation mit anderen Betreuungspersonen (z.B. Psychologen, Seelsorge) für eine adäquate Hilfestellung in der emotionalen Verarbeitung sorgen.

Öffentlichkeitsarbeit: Die Öffentlichkeit sollte für das Thema sensibilisiert werden – “Tabu aus dem Weg räumen” – und das Bewusstsein für die emotionale Bedeutung einer Fehlgeburt in der frühen Schwangerschaft gestärkt werden.

„Nachbetreuung“

Die Nachbetreuung von Frauen nach Fehlgeburten könnte in ähnlicher Form stattfinden, wie es nach einer Geburt bereits von Hebammen durchgeführt wird. Nach dem Verlust eines Babys könnte eine professionelle Pflegeperson die betroffene Frau besuchen und den Interventionsbedarf im Kontext der Betroffenen, unter Einbeziehung aller Ressourcen, erheben.

Die Ergebnisse einer Studie zeigten, dass Frauen, die eine kompetente Unterstützung erfuhren, Krankenstände von mehr als einer Woche um die Hälfte reduzieren konnten (vgl. Adolfsson 2011, S. 1 ff). Entscheidend ist dass der Betreuungsbedarf nach einer Fehlgeburt aus der Perspektive der Betroffenen und nach deren Bedürfnissen ermittelt werden (vgl. Adolfsson 2011, S. 1 ff).

Die vorliegende wissenschaftliche Auseinandersetzung hat gezeigt, dass es noch viele Defizite in der Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten gibt. Eine **Integration entsprechender Erkenntnisse** der vorliegenden Arbeit in die **Grundausbildung** für Gesundheits- und Krankenpfleger sowie für Mediziner könnte zu einem besseren Verständnis für die möglichen Empfindungen der Mütter und einer angemessenen Unterstützung in der emotionalen Verarbeitung der Fehlgeburt beitragen.

15. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A.: [Hrsg.]: (2005) Sprache und Pflege Mit Beitr. von Sabine Bartholomeyczik - 2., vollst. überarb. und akt. Aufl. . - Bern : Huber [u.a.], 2005.
- Adolfsson A. and Larsson P.G.: (2010(a)): Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, Ups J Med Sci. August; 115(3): S.201–209.
- Adolfsson A.: (2010(b)): Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience. Psychol Res Behav Manag. 2010; 3: S. 75–79.
- Adolfsson, A.: (2011) Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory. Psychol Res Behav Manag. 2011;4:1-9. Epub 2010 Dec 30.
- Baltzer J., Friese K., Graf M. (Hg.): (2006) Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, Thieme Verlag, Stuttgart 2006.
- Bamberg E., Busch Ch., Ducki A.: (2003) Stress- und Ressourcenmanagement: Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. Bern: Hans Huber. 2003.
- Bamberger, G. G.: (2010) Lösungsorientierte Beratung. 4., vollst. überarb. Aufl. . - Weinheim [u.a.] : Beltz, 2010.
- Becker, E. S.: (2011) Angst. - München [u.a.] : Reinhardt, 2011.
- Benner, P. E.: (2012) From novice to expert <dt.> Stufen zur Pflegekompetenz = From novice to expert – 2. Aufl. - Bern [u.a.] : Huber, 2012.
- Bergner A, Beyer R, und Klapp BF: (2009) Trauer, Bewältigung und subjektive Ursachenzuschreibungen nach Frühaborten: Längsschnittstudie. Psychother Psychosom Med Psychol. 59: S. 57-67.
- Berth, H., Puschmann A.-K. und Dinkel A.: (2009) Trauma Fehlgeburt - Einflussfaktoren auf das Angsterleben nach dem frühen Verlust eines Kindes. Psychother Psych Med 2009; 59(8): S.314-320
- Beutel, M.: (2002) Der frühe Verlust eines Kindes. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. . Hogrefe Verlag: Göttingen. 2002.

Biendarra, I. [Hrsg.]: (2009) Gesundheit – Gesundheit? : Eine Orientierungshilfe / - Würzburg : Königshausen & Neumann, 2009.

Bischoff-Wanner, C.: (2002) Empathie in der Pflege : Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). - Bern: Huber, 2002.

Blohm F., Friden B., Milsom, I.: (2008) A prospective longitudinal population-based study of clinical miscarriage in an urban Swedish population. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Vol. 115 Issue 2, S. 176-183.

Bonanno GA, Kaltman S.: (2001) The varieties of grief experience. Clin Psychol Rev. 2001;21 (5):705–734.

Boss P. und Hildenbrand A.: (2008) Verlust, Trauma und Resilienz: Die therapeutische Arbeit mit dem "uneindeutigen Verlust". Stuttgart: Klett-Cotta, 2008.

Brier N.B.: (2004) Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. Birth. 2004 Jun;31(2):S 138-142.

Brier N.B.: (2008) Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. J Womens Health 17, 2008; 3: S.451–464.

Brisch, K. H.: (2010) SAFE®- Sichere Ausbildung für Eltern: Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind, Stuttgart: Clett – Cotta, 2010.

Cumming GP, Klein S, Bolsover D: (2007)_The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. BJOG. 2007 Sep;114(9):1138-45.

Danielsson K.: (2010) After Miscarriage: Medical Facts and Emotional Support for Pregnancy Loss. Boston: The Haward Common Press, S.29 – 190.

Diegelmann Ch. [Hrsg.]: Ressourcenorientierte Psychoonkologie : Ch. Diegelmann; M. Isermann (Hrsg.). - 2., erw. Aufl. - Stuttgart : Kohlhammer, 2011.

Dörge Ch.: (2009) Professionelles Pflegehandeln im Alltag : Vision oder Wirklichkeit? / Christine Dörge. - Frankfurt, M. : Mabuse-Verl., 2009.

- Eibl-Eibesfeldt, I.: (1982) Liebe und Haß : zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen - 10. Aufl. München [u.a.] : Piper, 1982.
- Eidmann F. : (2009) Trauma im Kontext : integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie . Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2009.
- Engel, R.: (2011) Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege : Roswitha Engel. - 1. Aufl. . - Wien : Facultas.WUV, 2011.
- Eppel, H.: (2007) Stress als Risiko und Chance. Stuttgart: Kohlhammer, 2007.
- Falk, J., Keuchel R. [Hrsg.]: (2007) Moderne Pflegeausbildung heute : bildungstheoretische Orientierungen ... Weinheim ; München : Juventa-Verl., 2007.
- Faltermaier, T.: (2005) Gesundheitspsychologie. Stuttgart : Kohlhammer, (Urban-Taschenbücher ; 571) 2005.
- Fischer G., Riedesser P.: (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie - 4., aktualisierte und erw. Aufl. . - München [u.a.] : Reinhardt, 2009.
- Fleck-Bohaumilitzky, Ch. [Hrsg.]: (2006) Du hast kaum gelebt : hrsg. von Ch. Fleck-Bohaumilitzky u. Ch. Fleck. - Stuttgart : Kreuz Verlag, 2006. S.67
- Flick, U. [Hrsg.]: (1991) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg : Asanger , 1991.
- Flöttmann, H.B.: (2011) Angst : Ursprung und Überwindung / Holger Bertrand Flöttmann. - 6., überarb. Aufl. . - Stuttgart : Kohlhammer, 2011, S.15.
- Foa, E. B.; Riggs, D. S.; Gershuny, B. S.: (1995) Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. The American Journal of Psychiatry, Vol 152(1), Jan 1995, 116-120.
- Freud, S.: (1915) Trauer und Melancholie. In: GW X. Frankfurt am Main. Fischer. S. 427- 430.
- Frick, Eckhard, 1955-: Psychosomatische Anthropologie. Unter Mitarb. von Harald Gündel. - 1. Aufl. . - Stuttgart : Kohlhammer, 2009 [erschienen 2008].

Frost, J. (2007) a: leaky bodies and boundaries. In Kirkham, M. (Ed.) *Exploring the Dirty Side of Women's Health*. London: Routledge. S.219-231.

Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L. and Garcia, J. (2007), The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29:S. 1003–1022.

Gadamer H.-G.: (1993) 2.Aufl. Hermeneutik: Wahrheit und Methode. Ergänzungen, Register. J.C.B. Mohr: Tübingen 1993.

Geist, Ch.[Hrsg.] (2005): Hebammenkunde : Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf 3. neu bearb. und erw. Aufl. . - Stuttgart : Hippokrates. 2005.

Griebel C.P., Halvorsen J., Golemon T.B.: (2005) Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician* 2005 Oct 1;72(7):1243-1250.

Grossmann R.: (2002) Intelligentes Krankenhaus : innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in ... / Wien: Springer, 2002. - 208 S. S.7-8

Gruber S. (2009): Gynäkologie und Geburtshilfe. 3., komplett aktualisierte Auflage. München: Elsevier GmbH, Urban& Fischer Verlag, S.126

Hale B.: (2007) Culpability and blame after pregnancy loss. *J Med Ethics*. 2007 January; 33(1): 24–27.

Harris D.L., Daniluk J.C.: (2010) The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology. *Oxford Journals Volume 25, Issue 3*, S. 714-720.

Hausmann, C.: (2009) Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe : ein Handbuch für Ausbildung und Praxis / Clemens Hausmann. - Wien : Facultas, 2009.

Hausmann, C.: (2010) Notfallpsychologie und Traumabewältigung : ein Handbuch: - 3., vollst. rev. und aktualisierte Aufl. . - Wien : Facultas.WUV , 2010.

Hecking D., Moser Brassel C.: (2006) Wenn Geburt und Tod zusammenfallen : Zürich : Theol. Verl. , 2006.

- Herzig-Walch G: (2009) Kommunikation in der Pflege : ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal / Kassel Univ. Press, 2009.
- Ihle, J.: (2008) Pflegerische Krisenintervention. - Wien : Facultas. WUV , 2008 .
- Kaluza, G.: (2004) Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung [Gebundene Ausgabe]. Heidelberg:Springer, 2004.
- Kardels B., Pajonk F.-G.B., Kinn M.: (2007) Akute psychiatrische Notfälle: Ein Leitfaden für den Notarzt- und Rettungsdienst. Thieme Verlag: Stuttgart. 2007.
- Kast V.: (2006) Zeit der Trauer: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz Verlag. 2006.
- Kersting, A. Wagner B.: (2012) Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci. 2012 June; 14(2): 187–194.
- Kiechle, Marion [Hrsg.] (2011): Gynäkologie und Geburtshilfe: - 2., überarb. Aufl. . - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2011.
- Koch-Straube, U.: (2008) Beratung in der Pflege. Mit Beitr. von Sandra Bachmann - 2. vollst. überarb. Aufl. . - Bern : Huber, 2008.
- Kopetzki Ch.: (2011) Tot und Fehlgeburten im Leichen- und Bestattungsrecht. Recht der Medizin. Wien: Verlag Manz, Feb. 2011.
- Krall, H.: (2007) Trauma bei Kindern und Jugendlichen: Szenische Arbeit in Psychotherapie und Pädagogik. Wien, Berlin: LIT Verlag. 2007.
- Kulbe, A.: (2009) Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik : Lehrbuch für Pflegeberufe / Annette Kulbe. - 2., überarb. Aufl. . - Stuttgart : Kohlhammer, 2009.
- Kunz St., Scheuermann U., Schürmann I.: (2007) Krisenintervention.3. aktualisierte Aufl., Weinheim und München: Juventa Verlag, 2009.
- Lazarus, R.S.: (1995). Stress und Stressbewältigung - ein Paradigma. In: Philipp, S.H. (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse, 3. neubearbeitete Aufl., München: Urban & Schwarzenberg. 1995.

Lothrop, H. (2011): Gute Hoffnung- jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit; 16., aktualisierte Auflage . Verlag - Kösel, 2011.

Maconochie N., Doyle P., Prior S.: (2007) Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case–control study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Volume 114, Issue 2, S. 170–186.

Matolycz, E.: (2009) Kommunikation in der Pflege. Wien [u.a.] : Springer, 2009.

Maris, B.: (2007) In Liebe empfangen und dennoch gegangen. Bewältigung und Sinnfindung bei Fehlgeburten. Verlag Freies Geistesleben & Urachhaus GmbH, Stuttgart, 2007 S.28 ff.

Menche N. [Hrsg.]: (2011) Repetitorium Pflege heute : auf der Grundlage von Pflege Heute, 5. Auflage - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2011.

Menge S. u.a.: (2004) Habituelle Abort - ein aktueller Überblick über Ursachen und therapeutische Möglichkeiten Geburtshilfe Frauenheilkunde 2004; 64(6): 574-583 DOI: 10.1055/s-2004-817938, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart - New York. 2004.

Morgenstern, A.: (2005) Gestorben ohne gelebt zu haben: Trauer zwischen Schuld und Scham / Andrea Morgenstern. - Stuttgart : Kohlhammer, 2005.

Murphy F., Merrell J.: (2009) Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. J Clin Nurs. 2009 Jun;18(11) S. 1583-1591.

Nybo Andersen A.M., Wohlfahrt J., Christens P.: (2000) Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 2000 Jun 24; 320(7251): S.1708-1712.

Ogden, J.; Maker C.: (2004) Expectant or surgical management: A qualitative study of miscarriage. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 111, 463-467.

Olbrich, Ch.: (2005) Pflegekompetenz durch PflegeexpertInnen. Hrsg. Schneider Helga. - Wien: Facultas Verlag, 2005.

Olbrich Ch.: (2010) Pflegekompetenz. Christa Olbrich. - 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. . - Bern : Huber, 2010.

Ortiz-Müller, W. [Hrsg.]: (2010) Praxis Krisenintervention : Handbuch für helfende Berufe. 2., überarb. Aufl. . - Stuttgart : Kohlhammer, 2010.

Pflegeleitbild (2011) des Klinikum und Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
<http://www.kgu.de/pflege/pflegeleitbild.html> (Letztes Update der Seite: 06.04.2011 / geöffnet am 11.10.2012)

Poser, M.: (2004) Personalmarketing in der Pflege: kompetente MitarbeiterInnen anwerben, auswählen und anleiten. Bern [u.a.]: Huber, 2004.

Rauchfuss M. (2000): Abort. In: Neises, M. [Hrsg.]: Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Thieme, 2000. S. 178-190.

Rensing, L.: (2006) Mensch im Stress. Psyche, Körper, Moleküle . München: Elsevier, Spektrum Akad. Verl., 2006.

Resick, P.: (2003) Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie / erg. von Andreas Maercker. - 1. Aufl. . - Bern [u.a.] : Huber, 2003.

Rice, V.H. [Hrsg.]: (2005) Handbook of stress, coping, and health <dt.> Stress und Coping : Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft / Bern : Huber, 2005.

Ringold, S.: (2005) , Grief. JAMA. June 1, 2005, Vol 293, No. 21: 2686.

Robinson G. E.: (2011) Dilemmas related to pregnancy loss. J Nerv Ment Dis. 2011 Aug;199(8): S. 571-574.

Rogall R., Josuks H. und Adam G.: (2005) Professionelle Kommunikation in Pflege und Management: Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover. S. 49 – 52.

Rowlands, I.J., Lee, Ch.: (2010) 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. Journal of Reproductive and Infant Psychology Volume 28, Issue 3, 2010 S. 274-286.

Sack M.: (2010) Schonende Traumatherapie : Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. M. Sack. - Stuttgart : Schattauer, 2010.

- Sahmel, K.-H.: 1952- [Hrsg.]: *Pflegerische Kompetenzen fördern : pflegetherapeutische Grundlagen und Konzepte*. Stuttgart : Kohlhammer, 2009.
- Sammer, U.: (2010) *Verlust, Trauer und neue Freude : wie Abschiednehmen gelingt* ; Stuttgart : Klett-Cotta , 2010.
- Schäfer, K.: (2008) *Ein Stern, der nicht leuchten konnte. – 2. Erw. Auflage*. Freiburg im Breisgau ; Basel ; Wien : Herder , 2008 .
- Schäfer, A. [Hrsg.]: (2009) *Scham. - Paderborn ; Wien: Schöningh , 2009*.
- Schäfers, R: (2009) *Gesundheitsförderung durch Hebammen : Fürsorge und Prävention rund um Geburt und Mutterschaft*. Stuttgart : Schattauer, 2009.
- Schmidt-Matthiesen H., Wallwiener D.(Hrsg): (2005) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. 10. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S.174.
- Schneider, H. (Hrsg.): (2006) *Die Geburtshilfe*. Husslein P., Schneider, K. T. M. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.S. 22-24.
- Schrems, B. : (2008) *Verstehende Pflegediagnostik: Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln*. Facultas Verlag: Wien, 2008.
- Schulz von Thun.F. : (2006) *Miteinander reden - Störungen und Klärungen : Reinbek bei Hamburg : Rowohlt. - 42. Aufl. , 2006*.
- Schwarz, R.:(2009) *Supervision und professionelles Handeln Pflegenden / 1. Aufl. . - Wiesbaden : VS, Verl. für Sozialwiss., 2009*.
- Séjourné N., Callahan St. & Chabrol H.: (2010) *Support following miscarriage: what women want*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Volume 28, Issue 4, 2010, S.403-411.
- Simons M., Herpertz-Dahlmann B.: (2008) *Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische.. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychotherapie*, 36 (3), 2008,151-161.
- Smith, L. F., Frost, J., Levitas, R.: (2006) *Women's experiences of three early miscarriage management options a qualitative study*. *Br J Gen Pract*. 2006 March 1; 56(524): 198–205.

- Snell, B. J.: (2009) Assessment and Management of Bleeding in the First Trimester of Pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Nov-Dec;54(6): S. 483-491.
- Sonneck, G.: (2000) *Krisenintervention und Suizidverhütung : ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen*. 5., verb. u. erw. Aufl. Wien : Facultas-Univ.-Verl., 2000.
- Specht-Tomann, M.: (2007) *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag / M. Specht-Tomann ; D. Tropper*. - 3. Aufl. . - Berlin : Springer, 2007.
- Stein, C.: *Spannungsfelder der Krisenintervention : ein Handbuch für die psychosoziale Praxis / Claudius Stein*. Stuttgart : Kohlhammer, 2009.
- Stratton K., Lloyd L.:(2008) Hospital-based interventions at and following miscarriage: *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48 (1). S.5-11.
- Student, J., Napiwotzky A.: (2011) -Ch.Palliative care : wahrnehmen - verstehen – schützen. 2. Aufl. . - Stuttgart : Thieme, 2011.
- Surbek D. in Kiechle, Marion [Hrsg.] (2011): *Gynäkologie und Geburtshilfe: 2., überarb. Aufl. . - München : Urban & Fischer in Elsevier*, 2011.
- Swanson K.M., Connor S., Jolley S.N.: (2007) Contexts and Evolution of Women's Responses to Miscarriage During the First Year after Loss. *Res Nurs Health* 2007, 30, S.2–16.
- Thorner H.-A. und Klein, M.: (2011) *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. - 9. Aufl., Stuttgart : Klett-Cotta, 2011.
- Trinder J., Brocklehurst P., Porter R.: (2006) Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ*. 2006 May 27; 332(7552), S.1235–1240.
- Unterthiner C., Volgger I.:(2008) "Unser Kind ist nicht mehr" *Elterntrauer nach Fehl- und Totgeburt in biographischen Gesprächen Innsbruck ; Wien: Studien Verl. , 2008*.

Unterrainer, H.-F.: (2007) Spiritualität und psychische Gesundheit : Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung - Saarbrücken : VDM Verl., 2007.

Urban, U.: (2004) Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Juventa Verlag: Weinheim und München. 2004.

Veit, A.: (2004) Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege / - Bern : Huber, 2004.

Watzlawick, P.: (2007): Menschliche Kommunikation : Formen, Störungen, Paradoxien / Mental Research Institute. - 11., unveränd. Aufl. . - Bern : Huber, 2007.

Wehner L., Brinek T. und Herdlitzka M.: (2010) Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich. Wien [u.a.] : Springer, 2010.

Wilkesmann, M.: (2009) Wissenstransfer im Krankenhaus : institutionelle und strukturelle Voraussetzungen. Wiesbaden : VS Verl. für Sozialwissenschaften, 2009.

Witt-Loers, St.: 2010 Trauernde Begleiten: Eine Orientierungshilfe. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG, Göttingen, 2010.

Wolfelt A.: (2011) Healing Your Grieving Heart: 100 Practical Ideas. <http://harvardpartnersinternational.staywellsolutionsonline.com/HealthNewsLetters/69,M1211d>, geöffnet am 29.7.2012.

Wolter H.: (2010): Meine Folgeschwangerschaft : Begleitbuch für Schwangere, ihre Partner und Fachpersonen nach Fehlgeburt, stiller Geburt oder Neugeborenentod / Salzburg : ed. Riedenburg, 2010, S.92.

Wong M.K., Crawford T.J., Gask L.: (2003) A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. Br J Gen Pract. 2003 September; 53(494): 697–702.

Zapp, W: (2009) Controlling-Instrumente für Krankenhäuser / W. Zapp ; J. Oswald. - Stuttgart : Kohlhammer, 2009.

Aufklärungsprotokoll über die Abort- Kürettage . Version 2000. S.1-2. http://www.dr-lagger.ch/service/doc/upload/Abort_Kuerettage.pdf, (geöffnet am 21.8.2012)

Hefler L., <http://www.fehlgeburt.at/fehlgeburt.html#a6> , (geöffnet am 6.10.2012).

<http://www.families.com/after-miscarriage-jealousy,t110569>, (geöffnet am 16.9.2012)

Leprich Ch.,18.06.2007,

<http://oe1.orf.at/104256.html><http://oe1.orf.at/104256.html> (geöffnet am 4.6.2012).

Näf E.,

http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/HoeFa_II_Naef_1994_509_1.pdf
(geöffnet am 26.4.2012).

<http://oe1.orf.at/104256.html> (geöffnet am 4.6.2012).

<http://www.pageballs.com/gelbkoerperschwaechе-symptome-behandlung-und-ursache>, (geöffnet, am 6.10.2012).

<http://www.sonnenstrahl.org/>, (2011), (geöffnet am 30.4.2012).

<http://www.stress-ratgeber.de/?q=definition/stresstheorien>, (geöffnet am 27.7.2012).

16. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Untersuchungsergebnisse	22
Tabelle 2: Stresstheorien.....	41

17. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der hermeneutische Zirkel.....	77
Abbildung 2: Das Vier-Seiten-Modell.....	85
Abbildung 3: Das Eisbergmodell.....	86

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Herta Poisinger
Geburtsdaten	30.07.1961, Hollabrunn
Familienstand	verheiratet
Kinder	Söhne, 29 und 31 Jahre Tochter, 26 Jahre
Staatsbürgerschaft	Österreich

Bildungsweg

1967 – 1975	Pflichtschule Großstelzendorf und Göllersdorf
1975 – 1977	Landwirtschaftliche Fachschule Mittergrabern
1977 – 1980	Lehre Buch – und Papierhandel
1995 – 1998	Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hollabrunn
2004 – dato	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft,

Berufserfahrung

1977 – 1981	Kaufmännische Angestellte
1991 – 1995	Bibliothekar (Landesschulrat für NÖ)
1998 - 2012	Landeskrankenhaus NÖ Funktion: DGuKS

