

Früher Kindstod

—

Bewältigungsformen und die Rolle der elterlichen Paarbeziehung

Von der Philosophischen Fakultät
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte
Dissertation

Von Dipl. Päd. Sabrina Ott (geb. Metzner)

Erscheinungs- bzw. Druckjahr 2022

Referentin: Prof. Dr. Elfriede Billmann-Mahecha

Korreferent: Prof. Dr. Carlos Kölbl

Tag der Promotion: 08. November 2019

Danksagung

Zahlreiche Personen haben durch ihre Unterstützung die Erstellung dieser Arbeit ermöglicht. Ihnen allen danke ich von ganzem Herzen.

Mein zutiefst empfundener Dank gilt den Teilnehmern wie auch der Leitung der kooperierenden Selbsthilfegruppe und ganz besonders meinen Gesprächspartnern. Ich zolle Euch großen Dank und Respekt für Eure Offenheit, Euer Vertrauen und Eure Unterstützung im Rahmen der Untersuchung. Ohne Euch hätte das Projekt nicht umgesetzt werden können.

Ferner danke ich Frau Professorin Elfriede Billmann-Mahecha für den Anstoß zu dem vorliegenden Projekt, ihre fortwährende Hilfestellung und wertvolle Beratung während der gesamten Zeitspanne. Zugleich gilt mein Dank Herrn Professor Kölbl für die Übernahme des Korreferats.

Danken möchte ich auch dem Promotionsbüro für die gewährte Unterstützung.

Einen wichtigen Beitrag für den Fertigstellungsprozess dieser Arbeit leisteten meine Freunde Sara und Julian Müller. Ein liebes Dankeschön Euch für Eure Zeit und wertvollen Anregungen im Rahmen des Lektorats.

Ebenfalls danke ich Cornelia Driesen ganz herzlich für den hilfreichen und persönlich sehr geschätzten Methodenaustausch.

Mein herzlicher Dank geht zudem an meine Familie und Freunde für ihre zahlreichen Ermutigungen, ihr geduldiges Zuhören, ihre konstruktive Kritik und Hilfestellungen auf so vielen Ebenen.

Ein besonderer Dank gilt meinem Ehemann. Ich danke Dir von Herzen für Deine ununterbrochene Geduld, Deine stetigen Ermutigungen und selbstlose Unterstützung in der langen Zeit. Danke, dass Du mit mir diesen Weg auf so liebevolle Art und Weise gegangen bist.

Abschließend danke ich meinen Eltern für ihren unermüdlichen und liebevollen Rückhalt sowie ihre fortwährende Hilfestellung in so vielen Dingen. Euch widme ich diese Arbeit.

Für meine geliebten Eltern

Zusammenfassung

Der Frühe Kindstod stellt ein kritisches Lebensereignis dar, das die betroffenen Paare in den allermeisten Fällen völlig unvorhersehbar trifft. Dahinter verbirgt sich ein Verlust, der für die betroffenen Eltern und ihre Beziehung zueinander im Umgang und in der Bewältigung des Ereignisses besondere Herausforderungen mit sich bringt und in seinen unterschiedlichen Formen zumeist in keiner Weise steuerbar ist. Die Grenzen des Frühen Kindstodes sind nicht einfach abzustecken. Der Frühe Kindstod hat viele Gesichter, sei es eine Fehlgeburt, eine Totgeburt in Folge eines intrauterinen Fruchttodes, ein indizierter Schwangerschaftsabbruch oder auch ein Neugeborenen- oder Säuglingstod kurz nach der Geburt bedingt durch weitreichende Entwicklungsstörungen. Diese Todesarten geben nur einen kleinen Einblick in die Komplexität des Frühen Kindstodes, womit keinesfalls dem Anspruch auf Vollständigkeit Genüge getan werden kann.

Das hier präsentierte Dissertationsvorhaben soll Aufschluss darüber geben, wie der Frühe Kindstod in der heutigen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts bewältigt werden kann, welche Copingstrategien dafür notwendig sind, welche Hürden, auch im sozialen Umfeld, es zu überwinden gilt und welche Rolle die bestehende Paarbeziehung der betroffenen Eltern dabei spielt.

In der Beratungsarbeit wird heute vermehrt auf die erhöhte Trennungsgefahr der Eltern bei solch einem Verlust hingewiesen. Auch in der Literatur finden sich immer wieder Untersuchungen, die auf das Trennungspotenzial verweisen. Ist dem tatsächlich so? Auf der Hand liegt, dass das Verhalten des Paares selbst wie auch die Familienstrukturen einen entscheidenden Rahmen für das Gelingen oder auch Scheitern einer Paarbeziehung darstellen. Gelingen und Scheitern wird hier als ein mehr oder weniger erfolgreiches Bewältigen von Krisensituationen in einer Partnerschaft verstanden. Ausgehend von der Annahme, dass sich die für das Gelingen der Partnerschaft entscheidenden Bewältigungsstrategien in kritischen Lebenssituationen besonders deutlich zeigen, stellt die vorliegende Dissertation den Frühen Kindstod in den Mittelpunkt. Anhand von Interviews mit Betroffenen werden Copingstrategien identifiziert und damit letztlich ein Beitrag zur Beantwortung der Frage nach den Bedingungen für eine Bewältigung des Frühen Kindstodes und der Rolle der Paarbeziehung hierbei geleistet. Dabei zeigen sich gemäß den früh verwaisten Eltern vornehmlich drei Strategien als wirkungsvoll: Authentizität, Offenheit sowie Akzeptanz im Umgang mit sich selbst, dem Partner wie auch dem Umfeld. Ebenso werden die drei benannten Strategien als hilfreich im Umgang mit Betroffenen angesehen. Der Partner selbst ist ein weiterer wesentlicher Bewältigungsfaktor.

Schlagworte: Früher Kindstod, Fehlgeburt, Totgeburt, Schwangerschaftsabbruch, Perinataler Verlust, Kritisches Lebensereignis, Bewältigungsstrategien, Bewältigungsfaktor Partner, Trauerprozess, Individuelle Trauer, Selbsthilfegruppe

Abstract

Early infant death represents a critical life event that in the vast majority of cases hits the affected couples completely unpredictably. It is a loss that poses particular challenges for the parents concerned and their relationship with each other in dealing with and coping with the event and, in its various forms, is usually not controllable in any way. The boundaries of early infant death are not easy to define. Early infant death has many faces, be it a miscarriage, a stillbirth as a result of intrauterine amniotic death, an indicated abortion, or even a neonatal death or infant death shortly after birth caused by extensive developmental disorders. These types of deaths give only a small insight into the complexity of early infant death, which can by no means be considered to be complete.

The dissertation project presented here is intended to provide information on how early infant death can be coped with in today's society of the 21st century, which coping strategies are necessary for this, which hurdles, also in the social environment, have to be overcome, and which role the existing couple relationship of the affected parents plays in this.

In counseling work today, the increased risk of separation of the parents in the case of such a loss is increasingly pointed out. Additionally, multiple studies in the literature refer to the potential for separation. Is this really the case? It is obvious that the behavior of the couple itself as well as the family structures represent a decisive framework for the success or failure of a couple relationship. Success and failure are understood here as a more or less successful coping with crisis situations in a partnership. Based on the assumption that the coping strategies that are crucial for the success of the partnership become particularly apparent in critical life situations, this dissertation focuses on early child death. Based on interviews with affected persons, coping strategies are identified and thus ultimately a contribution is made to answering the question of the conditions for coping with early infant death and the role of the couple relationship in this. According to the early bereaved parents, three strategies were found to be effective: authenticity, openness, and acceptance in dealing with oneself, the partner, and the environment. The three strategies mentioned are also seen as helpful in dealing with those affected. The partner himself is another important coping factor.¹

¹ Translated with www.DeepL.com/Translator (free version).

Key words: early infant death, miscarriage, abortion, stillbirth, perinatal loss, critical life event, coping strategies, coping factor partner, mourning process, individual mourning, support group

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Zusammenfassung	4
Abstract	6
Inhaltsverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	12
<i>Theoretischer Teil</i>	14
1 Einleitung	14
2 Der Frühe Kindstod	17
2.1 Schwangerschaft – Entwicklungsphase und Übergang zur Elternschaft. 17	
2.1.1 Schwangerschaft und Stress	20
2.2 Fehlgeburt	23
2.2.1 Begriffsklärung	23
2.2.2 Mögliche Gründe	24
2.2.3 Erleben und Umgang	25
2.3 Totgeburt	27
2.3.1 Begriffsklärung	27
2.3.2 Mögliche Gründe	27
2.3.3 Erleben und Umgang	27
2.4 Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation	30
2.4.1 Begriffsklärung	30
2.4.2 Mögliche Gründe	32
2.4.3 Erleben und Umgang	32
2.5 Neugeborenentod bzw. Tod eines Säuglings kurz nach der Geburt	36
2.5.1 Begriffsklärung	36
2.5.2 Mögliche Gründe	37
2.5.3 Erleben und Umgang	37
3 Kritische Lebensereignisse und Stress	41
3.1 Kritische Lebensereignisse – Begriffsklärung	41
3.2 Umgang mit kritischen Lebensereignissen	42
3.2.1 Umgang mit kritischen Lebensereignissen als Paar – ein Einblick ...	45
3.2.2 Kritische Lebensereignisse – Geburt des 1. Kindes und Früher Kindstod	46
3.3 Stress als Folge von kritischen Lebensereignissen	47
3.4 Stress im partnerschaftlichen bzw. familiären Leben	48

3.4.1	(Dyadisches) Coping als Stressbewältigung	51
4	Bewältigung des Frühen Kindstodes	55
4.1	Protektive Faktoren vs. Risikofaktoren	58
4.2	Trauer	64
4.2.1	Was ist Trauer?	66
4.2.2	Leben in Trauer	67
4.3	Bewältigung als Paar	73
4.3.1	Geschlechtsspezifisches Trauverhalten.....	78
4.3.2	Trennung resp. Scheidung bei verwaisten Eltern.....	88
4.4	Abschied nehmen.....	90
4.4.1	Rituale	93
4.4.2	Beerdigung	94
4.5	Ein neuer Anfang.....	95
4.5.1	Erneute Schwangerschaft nach dem Verlusterleben	96
4.5.2	Verlusterleben als persönlicher Entwicklungsprozess.....	98
5	Umgang mit Betroffenen	102
5.1	Anregungen für einen guten Umgang auf persönlicher Ebene.....	102
5.2	Anregungen für einen guten Umgang bzw. Betreuung auf professioneller Ebene	105
	<i>Empirischer Teil</i>	117
6	Methodisches Vorgehen	117
6.1	Untersuchungsfragen	118
6.2	Untersuchungsplan	120
6.3	Erhebungsinstrument leitfadengestütztes Interview	122
6.4	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	124
6.4.1	Induktive Kategorienbildung	128
7	Durchführung der Untersuchung	132
7.1	Erstellung und Anwendung des Interviewleitfadens	132
7.2	Interviewpartner und Gesprächssetting	134
7.3	Transkription des Datenmaterials	142
7.4	Auswertung	144
8	Ergebnisse.....	149
8.1	Ermittelte Kategoriensysteme	149
8.1.1	Erste Erhebung.....	149
8.1.2	Zweite Erhebung	151
8.2	Häufigkeitenanalyse der Kategorien	153
8.2.1	Erste Erhebung.....	153

8.2.2	Zweite Erhebung	161
8.3	Vergleich der Erhebungszeiträume am Beispiel der Kategoriensysteme.....	166
8.4	Ergänzende Unterfragen	178
8.4.1	Erste Erhebung.....	178
8.4.2	Zweite Erhebung	184
9	Diskussion	188
9.1	Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit der Grundlagenliteratur und exemplarischen Ankerbeispielen	188
9.2	Deutung der Ergebnisse im Sinne der Untersuchungsfragen	197
9.3	Kritische Rückschau.....	203
9.4	Persönliches Fazit.....	207
10	Literaturverzeichnis.....	209
	Anhang A.....	219
	Anhang B.....	222
	Anhang C	224
	Anhang D	225
	Anhang E.....	226
	Anhang F.....	227
	Eidesstattliche Erklärung	228

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Risikomerkmale für komplizierte Trauer nach Fehl- und Totgeburt (in Anlehnung an Beutel, 2002, S. 150)	59
<i>Abbildung 2.</i> Modell persönliches Wachstum oder Krise (in Anlehnung an Wassermann & Rohde, 2009, S. 159)	99
<i>Abbildung 3.</i> Empfehlungen für die ärztliche Betreuung bei Fehl- und Totgeburt (in Anlehnung an Beutel, 2002, S. 152)	107
<i>Abbildung 4.</i> Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (nach Mayring, 2015, S. 62).....	127
<i>Abbildung 5.</i> Materialreduzierung durch die Zusammenfassung (nach Mayring, 2015, S. 85).....	128
<i>Abbildung 6.</i> Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2016, S. 116)	130
<i>Abbildung 7:</i> Modell Häufigkeitenanalyse nach Mayring (2008, S. 14)	148

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Die Phasen der Bindung zum Ungeborenen</i> (in Anlehnung an Tschudin, 2015, S. 277)	19
Tabelle 2: <i>Die Phasen des Trauerprozesses (nach Bowlby)</i> (in Anlehnung an Tschudin, 2015, S. 285)	70
Tabelle 3: <i>Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Trauerverarbeitung</i> (in Anlehnung an Wagner, 2013, S. 58)	87
Tabelle 4: <i>Beispiele für trauerspezifische Konflikte in der Partnerschaft</i> (in Anlehnung an Wagner, 2013, S. 59)	87
Tabelle 5: <i>Wünsche nach weiteren spezifischen Hilfen</i> (nach Kuse-Isingschulte, 2001, S. 113)	112
Tabelle 6: <i>Informationen zu Interviewpaar A</i>	135
Tabelle 7: <i>Informationen zu Interviewpaar C</i>	136
Tabelle 8: <i>Informationen zu Interviewpaar D</i>	136
Tabelle 9: <i>Informationen zu Interviewpaar F</i>	137
Tabelle 10: <i>Informationen zu Interviewpaar J</i>	137
Tabelle 11: <i>Informationen zu Interviewpaar L</i>	138
Tabelle 12: <i>Informationen zu Interviewpaar N</i>	138
Tabelle 13: <i>Informationen zu Interviewpaar S</i>	139
Tabelle 14. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 1</i>	153
Tabelle 15. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 2</i>	155
Tabelle 16. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 3</i>	156
Tabelle 17. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 4</i>	158
Tabelle 18. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 5</i>	159
Tabelle 19. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 1</i>	161
Tabelle 20. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 2</i>	162
Tabelle 21. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 3</i>	163
Tabelle 22. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4</i>	164
Tabelle 23. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 5</i>	165
Tabelle 24. <i>Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 1</i>	166
Tabelle 25. <i>Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 2</i>	170
Tabelle 26. <i>Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 3</i>	172
Tabelle 27. <i>Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 4</i>	174
Tabelle 28. <i>Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 5</i>	176
Tabelle 29. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 6</i>	178
Tabelle 30. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 7</i>	181
Tabelle 31. <i>Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 8</i>	182

Tabelle 32. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 9.....	183
Tabelle 33. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 6.....	184
Tabelle 34. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 7.....	186

Theoretischer Teil

1 Einleitung

Die vorliegende Forschungsarbeit² widmet sich dem Frühen Kindstod als kritischem Lebensereignis unter besonderer Berücksichtigung der Fehlgeburt, der Totgeburt, dem Schwangerschaftsabbruch durch medizinische Indikation sowie dem Neugeborenen- und beziehungsweise dem Tod des Säuglings kurz nach der Geburt bedingt durch körperliche Fehlentwicklung.

Bei der Auswahl des kritischen Lebensereignisses waren folgende Kriterien von Bedeutung: Unvorhersehbarkeit³, Vergleichbarkeit⁴, Regionales Vorkommen⁵, Verknüpfung von Partnerschaft und Familienentwicklung⁶.

Die Wahl fiel auf den Frühen Kindstod, da dieser für alle Paare unvorhersehbar eintritt und dennoch einen *vergleichbaren* Verlauf nimmt. Die Geburt eines Kindes, insbesondere die des ersten, stellt ein besonderes Ereignis für die Dyade dar: Der Alltag verändert sich, Prioritäten verschieben sich, es gibt nicht mehr nur das Paar, sondern ein kleines menschliches Wesen, das ins *Familienleben* integriert werden muss. Dieser kleine Mensch ist auf die Aufmerksamkeit, Betreuung sowie Liebe seiner Eltern angewiesen, auch bereits vor seiner Geburt. Wenn dann ganz plötzlich, ohne zuvor erkennbare Anzeichen das bereits geliebte und zumeist herbeigesehnte Kind verstirbt, bedeutet dies einen tragischen und meist auch kritischen Einschnitt im Leben des Paares bzw. der Familie.

Das Leben der betroffenen Familie ändert sich oftmals innerhalb weniger Minuten schlagartig. Aus der Vorfreude über den Familiennachwuchs wird etwa während einer Routineuntersuchung beim Gynäkologen Besorgnis, Angst oder gar Schock. Dieses

² Die Manuskriptgestaltung orientiert sich an den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (2016). Richtlinien zur Manuskriptgestaltung.).

³ Das eigentliche kritische Lebensereignis ist nicht durch die beiden Partner steuerbar und tritt daher unvorhergesehen ein.

⁴ Für die Untersuchung im Rahmen des Dissertationsvorhabens ist eine gewisse parallele Entwicklung des Ereignisses aller Betroffenen von Bedeutung, um Vergleiche ziehen zu können.

⁵ Gibt es am Standort bzw. in der Region möglicherweise organisierte Gruppen, wie z. B. Selbsthilfegruppen und Vereine der Betroffenen? Dies würde die Kontaktaufnahme bzw. die Durchführung der Interviews erleichtern.

⁶ Häufig findet sich in der psychologischen Fachliteratur eine separate Darstellung der Bereiche Familie und Partnerschaft, obgleich auf Verknüpfungen verwiesen wird (vgl. hierzu z. B. Kaiser, 2000, S. 400; siehe auch Metzner, 2011, S. 124 f., 140). Die Verknüpfungspunkte beider Entwicklungen erscheinen jedoch offensichtlich (vgl. hier zum Aspekt der Auswirkungen der Geburt eines Kindes bzw. schlicht des Kindes an sich auf die Partnerschaft der Eltern bspw. „Systemische Ansätze“ nach Asendorpf & Banse, 2000, S. 213 ff.; Gräser, Esser und Saile, 1995, S. 106).

äußerst dramatische und zugleich emotionale Lebensereignis hinterlässt Spuren im Leben der Betroffenen, zumal sich der Verlust meist völlig der Kontrolle der Eltern entzieht. Aufgrund der Tragweite des Todesfalls kommt es möglicherweise zu Verhaltensänderungen im Allgemeinen wie auch innerhalb der Dyade. Dieser Umstand lässt vermuten, dass das Durchleben eines solch schwerwiegenden Ereignisses neben anderen Bereichen auch Auswirkungen auf die Paarbeziehungsebene der Eltern hat. Augenscheinlich gelingt es jedoch einigen Paaren besser, kritische Lebensereignisse zu bewältigen als anderen. Für eine erfolgreiche Bewältigung von Krisensituationen sind spezifische Copingstrategien unabdingbar. Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, sich im Rahmen des Forschungsvorhabens explizit den Auswirkungen eines solchen Verlustes auf die Paarbeziehung sowie dem dyadischen Copingprozess bei tragischen Lebenssituationen zu widmen. Es besteht die Annahme, dass sich eigens in einer schwerwiegenden Lebenssituation wie dem Frühen Kindstod das Copingverhalten der Beteiligten in einer besonders deutlichen Form zeigt.

Demnach soll der Umgang mit dem Frühen Tod des eigenen Kindes, seine Bewältigung und die dabei zugrunde liegende Rolle der elterlichen Paarbeziehung untersucht werden. Dabei werden folgende Aspekte besondere Berücksichtigung finden: erkennbare Veränderungsprozesse, Kommunikation, gemeinsame oder verschiedenartige Bewältigungsformen wie auch Interaktionen mit dem Umfeld etc.⁷ Weiterhin soll ermittelt werden, inwiefern diese Verhaltensänderungen von Dauer sind oder lediglich situationsbedingt auftreten. Zu beantwortende Fragen sind: Wie kann die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses wie dem Frühen Kindstod gelingen? Welche Rolle spielt die Paarbeziehung der Eltern beim Durchlaufen eines kritischen Lebensereignisses wie dem Frühen Kindstod? Welche Copingstrategien sind hilfreich, welche hinderlich? Steht ein kritisches Lebensereignis automatisch für eine Partnerschaftskrise? Zu welchen Denk- und Verhaltensänderungen kommt es beim Durchleben eines solchen Traumas? Rücken Partner in solch einer Lebenslage näher zusammen oder entfernen sie sich voneinander? Werden Verhaltensweisen oder persönliche Einstellungen sichtbar, die zur erfolgreichen Bewältigung beitragen können und folglich den Weg für eine gemeinsame wie auch individuelle Verarbeitung des Verlustes ebnen?

⁷ Ein weiterer möglicher Ansatzpunkt im Kontext des Frühen Kindstodes wäre das Vorhandensein eines Geschwisterkindes in der Familie. Welche Auswirkung hätte beispielsweise der Tod eines kleinen Geschwisterkindes auf das größere Geschwisterkind? Wie gestaltet sich hier der Copingprozess der Eltern, wenn diese nicht nur mit ihrem eigenen Kummer, sondern auch dem ihres Kindes konfrontiert würden? Diese Herangehensweise wird jedoch nicht fokussiert, sondern lediglich als Möglichkeit in Betracht gezogen. Dies würde einen neuen Themenkomplex eröffnen. Zudem verfügen im Rahmen der empirischen Untersuchung nur ein Bruchteil der Interviewpartner über weitere (lebende) Kinder resp. Geschwisterkinder.

Erschwerend zur eigentlichen Bewältigung kommt hinzu, dass das Thema in der heutigen Gesellschaft häufig tabuisiert wird, u. a. bedingt durch Berührungängste mit der Thematik oder der Befürchtung, sich gegenüber den betroffenen Eltern falsch zu verhalten. Demnach sollen in dieser Arbeit ferner das Verhalten und der Umgang mit betroffenen Eltern aus der Perspektive des sozialen Umfeldes beleuchtet werden. Was sollten Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Kollegen beachten?

Für die Bewältigung solch eines schmerzlichen Verlustes sind neben den persönlichen Copingstrategien, der Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin auch andere Personen des sozialen Umfeldes in den unterschiedlichen Trauerphasen von großer Bedeutung. Daher wird in der vorgelegten Dissertation ebenso der Umgang Betroffener mit ihrem Umfeld thematisiert.

Die vorgelegte Dissertation soll unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Punkte Aufschluss darüber geben, wie der Frühe Kindstod in der heutigen Zeit bewältigt werden kann, unter besonderer Berücksichtigung der partnerschaftlichen Ebene im Verarbeitungsprozess. Auch sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Partner durch spezifische Verhaltensweisen zur gelungenen Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses beitragen und zugleich als Stütze füreinander dienen können.

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit auf geschlechtsspezifische Formulierungen, wie z. B. Gesprächspartnerin und Teilnehmerin verzichtet. Die im Text verwendeten Formulierungen meinen immer beide Geschlechter und mögen keinesfalls als Diskriminierung eines Geschlechts verstanden werden.

2 Der Frühe Kindstod

Ein Abort ist, wie wenn man ein Kind verliert, das man nicht kennt. Kein anderes könnte es ersetzen. (Patientin, zitiert nach Beutel, 2002, S. 133)

Der Frühe Kindstod wird in der vorliegenden Arbeit in Form eines *Oberbegriffs* verwandt und meint damit die folgenden Arten eines Kindstodes: Fehlgeburt, Totgeburt, Schwangerschaftsabbruch aufgrund von medizinischer Indikation sowie den Tod des Säuglings kurz nach der Geburt bedingt durch erhebliche physische Entwicklungsstörungen.

Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick über die Thematik des Frühen Kindstodes bilden. Eine Darstellung aller relevanten Aspekte ist im Rahmen der vorgelegten Arbeit nicht möglich. Die nachfolgenden Abschnitte im Kapitel 2 sind als Einführung bzw. Heranführung an das Thema zu verstehen, ohne den Anspruch einer vollständigen oder gar allumfassenden Darstellung.

2.1 Schwangerschaft – Entwicklungsphase und Übergang zur Elternschaft

Die Entstehung eines Menschen kommt einem Wunder gleich. Treten jedoch Störungen in der Entwicklung auf, hilft sich die Natur meist selbst, indem der begonnene Entwicklungsprozess ohne Fertigstellung beendet wird (Lothrop, 2001, S. 27).

Eine Schwangerschaft markiert einen neuen, meist sehr glücklichen Lebensabschnitt. Bei der ersten Schwangerschaft erfolgt ein Übergang von der Paarebene zur Familienebene. Dieser kann sowohl als freudiges als auch belastendes Ereignis erlebt werden, das eine Anpassung an neue Gegebenheiten, persönliche Kompromissbereitschaft sowie eine Verlagerung von Prioritäten erfordert. Der Fokus entfernt sich zunehmend von der Zweierbeziehung und wird verstärkt auf das Kind in einer Dreierbeziehung gerichtet (Heun, 2000, S. 221). Folglich ist eine Schwangerschaft eine Entwicklungsphase, die sowohl psychische als auch physische Veränderungen mit sich bringt, insbesondere für die werdende Mutter, und die zugleich eine Neuorientierung erfordert (Beutel, 2002, S. 6). Diese Neuorientierung zeigt sich auch sehr deutlich auf der partnerschaftlichen Ebene der künftigen Eltern. Hier spielen die generelle Qualität der Paarbeziehung sowie „Verständnis und Unterstützung durch den Partner eine entscheidende Rolle für Erleben und Verarbeitung der Schwangerschaft“ (Beutel, 2002, S. 14) wie auch für mögliche Komplikationen (S. 14). Gemäß Chu (1995) stellt eine Schwangerschaft für viele Paarbeziehungen einen Wendepunkt dar (S. 198). Diese Einschätzung findet sich ebenfalls bei Beutel (2002) wieder, der diesen Wendepunkt

gleichsetzt mit einer maßgeblichen wie auch sensiblen „Entwicklungsphase für Identität, Selbstwertgefühl und Partnerschaft“ (S. 15). In Bezug auf die Geburt des ersten Kindes kann diese nach Heun (2000) als kritisches Ereignis angesehen werden, das Konfliktpotenzial für die Entwicklungen innerhalb des engsten Familienkreises beinhaltet (S. 217). Ursachen für die konflikthafte Entwicklung sieht Heun (2000) unter anderem in der subjektiven Zufriedenheit beider Partner, da diese auf der Beziehungsebene vorübergehend abnimmt (S. 217). Demnach bedingt die Schwangerschaft mit resultierender Geburt des Kindes eine spürbare Umorganisation auf individueller, partnerschaftlicher, intergenerativer sowie sozialer Ebene (Heun, 2000, S. 223). In den letzten Jahrzehnten lag das Augenmerk dieser Entwicklungsphase und deren Bewältigung in kultureller Hinsicht jedoch zu stark auf den rein medizinischen Aspekten einer Schwangerschaft (Ackermann, 1997, S. 265).

Während dieser Übergangsphase zur Elternschaft entwickelt sich nebst den zuvor genannten Aspekten von Beginn an eine Bindung zu dem ungeborenen Kind im Mutterleib. Die wachsende Bindung der Mutter zu ihrem Kind führt zu Veränderungen der mütterlichen Beziehungsmuster und auch ihres Selbstwertgefühls (Beutel, 2002, S. 6). Doch nicht nur die emotionale Matrix der Mutter durchläuft einen Veränderungsprozess, die des Vaters ebenfalls. Eine Schwangerschaft der Partnerin bedeutet auch für den Mann eine *Reifungskrise*, in der mitunter gegensätzliche Gefühle vorkommen (Osofsky, 1982, zitiert nach Beutel, 2002, S. 15). Der Fokus der Mutter liegt im Verlauf der Schwangerschaft zunehmend auf ihrem Zustand, einhergehend mit Stimmungsschwankungen oder abnehmendem sexuellen Interesse. Diese veränderte Priorisierung erlebt der Vater unter Umständen als Vernachlässigung mit möglichem Neid gegenüber dem Kind als Folge (Beutel, 2002, S. 15). Hinsichtlich der Vater-Kind-Bindung wird bis heute vielerorts angenommen, dass die Bindung des Vaters an sein Kind mitunter erst im Säuglingsalter einsetzt (Dyregov, 1990, zitiert nach Beutel, 2002, S. 15). Doch aktuellere Forschungsergebnisse zeigen, dass die Bindungsbereitschaft von Müttern und Vätern früher einsetzt als bisher angenommen (Beutel, 2002, S. 15; Chu, 1995, S. 208). Schon mit dem Wunsch nach einer Schwangerschaft oder aber mit deren Bestätigung kommt es zu Phantasien, Träumen, Vorstellungen und mitunter Vorbereitungen der Eltern in Bezug auf das Kind, welche die Eltern-Kind-Beziehung festigen (Beutel, 2002, S. 15 f.; Ammaniti, 1991, zitiert nach Schütt, Kersting, Hörnig-Franz, Louwen, Reutemann, Wesselmann & Arolt, 2001, S. 239). Je weiter die Schwangerschaft voranschreitet, desto mehr verlagern sich die Phantasien hin zu konkreteren Objektbeziehungen – einem konkreteren Bild des Kindes (Brandon et al., 2009, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 276; Schütt et al., 2001, S. 239). Wagner (2013) geht davon aus, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind sich im Verlauf der

Schwangerschaft bereits voll ausprägt (S. 67). In Tabelle 1 werden die drei Bindungsphasen der Mutter zum Ungeborenen im Verlauf der Schwangerschaft nach Tschudin (2015) dargestellt:

Tabelle 1. *Die Phasen der Bindung zum Ungeborenen (in Anlehnung an Tschudin, 2015, S. 277)*

1. Schwangerschaftsdrittel:	Phantasien
2. Schwangerschaftsdrittel:	innere, sinnliche Wahrnehmung
3. Schwangerschaftsdrittel:	Interaktion Objekt Konstanz Projektion und Introjektion

Diese Phasen beeinflussen die Reaktion der Eltern bei einem möglichen Verlust (Tschudin, 2015, S. 277). Kommt es beispielsweise zu einer verfrühten Beendigung der Schwangerschaft oder auch Geburt, kann der Anpassungsschritt von einem idealisierten Kind gemäß den Wunschvorstellungen zum *tatsächlichen* Individuum nicht vollführt werden (Schütt et al., 2001, S. 239). Folglich verharrt das Kindsbild der Eltern im Idealisierungszustand (Schütt et al., 2001, S. 239).

Welche Rolle spielt die Partnerschaft beim Kinderwunsch und im Verlauf einer Schwangerschaft? Frick-Bruder und Schütt (1992) ebenso wie Leon (1990) sehen in dem Kinderwunsch einen Kristallisationspunkt für beide Partner hinsichtlich verschiedener Wünsche, sowohl bewusst wie auch unbewusst, zum Beispiel nach Zuneigung, Generationsfolge wie auch einem möglichen Ersatz für ein verstorbenes Kind (zitiert nach Beutel, 2002, S. 6). Eine liebende und zugewandte Gesinnung zur Schwangerschaft und dem Kind unter Berücksichtigung der bewussten wie auch unbewussten Wünsche erfordert nach Beutel (2002) eine persönliche Entwicklung der Eltern, eine haltgebende Paarbeziehung und ein unterstützendes soziales Umfeld (S. 7). Doch auf der Partnerschaftsebene zeigen sich in dieser Phase wie in keiner anderen die konträren Bedürfnisse beider Partner, bedingt durch die diametralen Aufgaben der Geschlechter. Dem Mann fällt nun verstärkt die Rolle des Umsorgens und Haltgebens zu (Chu, 1995, S. 206 f.). Mitunter kommen Versagensängste und Selbstzweifel hinzu. Was ein Paar in der Schwangerschaft miteinander erlebt, prägt ihre Paarbeziehung tiefgehend (Chu, 1995, S. 210). „Indem der Mann für seine Frau sorgt, leistet er auch seinem Kind einen unschätzbaren Dienst. Der Mann hält die Mutter, die das Kind hält“ (Chu, 1995, S. 221). Behringer, Reiner und Spangler (2012) beschreiben die Phase der frühen Elternschaft als ein verstärktes Aufeinander-bezogen-Sein beider Geschlechter, was zu einer stärkeren Bedeutung der Paarbeziehungsqualität führt in Bezug auf die

Entwicklung der Eltern, des Kindes sowie der gemeinsamen Beziehung (S. 330). Dementsprechend kann die Qualität der Partnerschaft der Eltern als grundlegender Schutz- bzw. bei konflikthaftem Verlauf als Risikofaktor für die Familienentwicklung angesehen werden (Behringer et al., 2012, S. 330). Realistisch wie auch typisch in dieser neuen und zumeist unbekanntem Lebenssituation sind widersprüchliche Gefühle. Elternsein wird nirgends gelernt. Die Umstellung in der Partnerschaft nimmt bedingt durch die Vorbereitung auf die elterliche Rolle lediglich eine untergeordnete Bedeutung ein (Heun, 2000, S. 223).

Kommt es nun im Verlauf der Schwangerschaft oder am Ende dieser zu einem Verlust des Kindes, ist die Kenntnis über physische sowie psychische Veränderungen in der Schwangerschaft eine Grundlage für das Verstehen der Trauerreaktionen (Beutel, 2002, S. 6). Beutel (2002) verweist darauf, dass durch den Schwangerschaftsverlust Wünsche und Vorstellungen beider Elternteile zerstört werden (S. 16). Ferner prägt die Entwicklung der Eltern während der Schwangerschaft den Verarbeitungsprozess nach einem Verlust (Beutel, 2002, S. 16). Pines (1972) beschreibt es wie folgt: „[...] Schwangerschaft, vor allem die erste [...], ist ein Krisenpunkt in der Suche nach einer weiblichen Identität, denn es ist ein Punkt ohne Umkehr, ob das Baby am Ende der Zeit geboren wird, oder ob die Schwangerschaft durch Abbruch oder Fehlgeburt endet [...]. Es beinhaltet das Ende der Frau als eine unabhängige einzelne Einheit und den Beginn der unabänderlichen und unwiderruflichen Mutter-Kind-Beziehung“ (zitiert nach Beutel, 2002, S. 16). All die genannten Aspekte verdeutlichen den maßgeblichen Stellenwert einer Schwangerschaft und auch eines Schwangerschaftsabbruchs für die Paarbeziehung der Eltern (vgl. dazu Chu, 1995, S. 198).

2.1.1 Schwangerschaft und Stress

In der Stressforschung nimmt seit mehr als 25 Jahren die Belastung von Paaren im Übergangsstadium zur Elternschaft eine besondere Rolle ein (Bodenmann, 2000, S. 124). Nach Bodenmann (2000) ist hierbei ein interessanter Aspekt u. a. „der Einfluss des Familienzuwachses auf die Partnerschaftsqualität“ (S. 124) wie auch „die damit einhergehenden Belastungen und dyadischen Veränderungen“ (S. 124). In Studien von Cowan und Cowan (1988), Lewis (1988) sowie Wallace und Gotlib (1990) zeichnet sich eine relativ homogene Entwicklung dahingehend ab, „dass in den meisten Fällen eine Abnahme der Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit nach der Geburt des Kindes zu verzeichnen ist [...], auch wenn moderierende Variablen (wie die Qualität der Paarbeziehung vor der Geburt, Persönlichkeitseigenschaften beider Partner, das Temperament des Kindes usw.) diese negative Entwicklung relativieren können“ (zitiert

nach Bodenmann, 2000, S. 124). Ferner äußert sich Bodenmann (2000) wie folgt zu der Thematik: „Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aufgrund des aktuell vorliegenden internationalen Forschungscorpus das Ausmass an Belastungen im Zusammenhang mit der Elternschaft als beträchtlich beschrieben werden muss und der Übergang vom Paar zur Elterndyade in vielen Fällen mit erheblichen Adaptionisleistungen verbunden ist“ (S. 125). Auch Beutel (2002) vertritt diese Sichtweise: „Zu den gesicherten Ergebnissen zählt, daß die Qualität der Partnerschaft, Verständnis und Unterstützung durch den Partner eine entscheidende Rolle für Erleben und Verarbeitung der Schwangerschaft [...] spielt. Erforderlich ist die Fähigkeit beider Partner, die Zweierbeziehung zu einer echten, für alle Beteiligten zufriedenstellenden Dreiecksbeziehung mit dem Kind zu erweitern“ (S. 14).

Einige Studien informieren über die Wirkung psychosozialer Einflüsse, folglich Stress, auf den Verlauf der Schwangerschaft. Es scheint nachvollziehbar, dass Stress, verursacht durch Ängste, Belastungen und divergierende zwischenmenschliche Beziehungen in Verbindung mit fehlenden Bewältigungsstrategien nicht von Vorteil für eine Schwangerschaft sein kann (Teichmann & Breuli, 1989, Molinski, 1988, alle zitiert nach Beutel, 2002, 13 f.). Ehlert (2004) beschreibt den Sachverhalt folgendermaßen:

Wenngleich viele Schwangerschaften und Geburten komplikationslos verlaufen, können bei werdenden Müttern psychische Missstimmungen wie Ängstlichkeit oder depressive Gestimmtheit infolge individueller psychosozialer Veränderungen auftreten. Dies gilt insbesondere für Schwangerschaften mit Komplikationen [...] Allerdings gibt es zahlreiche Hinweise auf eine Mitbeteiligung von Stress an der Entstehung der genannten Pathologien. [...] Auch die Entstehung postpartaler psychischer Störungen kann durch Stresserleben während der Geburt [...] beeinflusst werden. Aus diesen Gründen ist es wichtig, der psychosozialen Anpassung an eine Schwangerschaft besondere Aufmerksamkeit zu schenken. (S. 367)

Eine Schwangerschaft ist in keiner Weise als Krankheit anzusehen, stellt dennoch aber eine Phase großer Veränderung und Entwicklung dar mit entsprechenden Auswirkungen (Linder, 1996, S. 124). Wenn in diesem Zeitraum neben den alltäglichen Anpassungsprozessen nun auch Ängste, depressiver Gemütszustand oder gar chronische Belastungen, zum Beispiel aus dem Berufsleben, hinzukommen, führt das zu einer Abnahme der Lebensqualität im Schwangerschaftsverlauf und womöglich zu weiteren Beeinträchtigungen während der Geburt sowie in der Zeit danach, zum Beispiel in Form von „post partum blues“ (Ehlert, 2004, S. 375).

Welche Möglichkeiten haben nun die werdende Mutter und der Vater, um das Stressniveau in dieser Zeit so gering wie möglich zu halten? Studien von Sosa, Kennell, Klaus, Robertson und Urrutia (1980) sowie Kennell, Marshall, McGrath, Robertson und

Hinkley (1991) konnten zeigen, dass die Anwesenheit einer Laienhelferin im Verlauf des Geburtsprozesses die Dauer der Entbindung sowie die Komplikationsrate verringerte, und zwar allein durch informierende und ermutigende Unterstützung (beide zitiert nach Beutel, 2002, S. 14). Darüber hinaus kam es zu einer verminderten Rate von Schnittentbindungen, epiduraler Anästhesie, stationärer Behandlung des Neugeborenen, so Kennell et al. (1991, zitiert nach Beutel, 2002, S. 14). Beutel (2002) verweist zudem auf die *Nachwirkungen* kritischer Lebensereignisse während der Schwangerschaft mit daraus resultierender Erhöhung des Geburtskomplikationsrisikos (S. 14). Linder (1996) spricht sich bei entsprechender Diagnostik einer drohenden Frühgeburt klar für eine Entlastung der Schwangeren aus, zum Beispiel in Form von „Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Einhalten einer längeren Mittagspause [...], Verordnung einer Haushaltshilfe [...]“ (S. 124). Gemäß dem Autor kommt in solch einer Situation der werdenden Mutter nicht nur die Ruhe zu Gute, sondern auch die Möglichkeit die eigenen körperlichen und seelischen Bedürfnisse verstärkt wahrzunehmen sowie diese entsprechend zu berücksichtigen (Linder, 1996, S. 124).

Das Stressniveau von Schwangeren kann auf zwei Ebenen angesiedelt sein. Die eine Ebene wird geprägt von äußeren Beziehungen wie der mit dem Partner, weiteren Familienangehörigen, genauso wie zu Ärzten, zur Hebamme oder auch von zuvor erlebten Schwangerschaften. Die andere Ebene wird beeinflusst von der inneren sowie persönlichen Gefühlswelt der werdenden Mutter. Hier spielen unter anderem Selbstwahrnehmung, Geborgenheitsgefühl, Selbstvertrauen, Ängste, Zweifel, Unsicherheiten und vieles mehr eine Rolle. All diese Faktoren können zu Spannungen bei der Schwangeren und schlussendlich zu körperlichen Auswirkungen auf die Schwangerschaft führen. Aufgrund dieser Beobachtungen spricht sich Linder (1996) deutlich für eine zunehmende Aufmerksamkeit der Betreuer, also Ärzte und Hebammen, aus, mit dem Fokus auf psychische und soziale Ursachen einer drohenden Frühgeburt (S. 125 f.). Zugleich sind mancherorts zusätzliche Maßnahmen zur Lösung der inneren und äußeren Spannungen bei Schwangeren nötig (Linder, 1996, S. 125 f.). Bei Ehlert (2004) finden sich ähnliche Beobachtungen sowie Empfehlungen für die Praxis:

Schwangerschaft und Geburt werden von unterschiedlichen psychobiologischen Faktoren mit beeinflusst. Das Ausmaß allgemeiner und schwangerschafts- oder geburtsspezifischer Angst, die Quantität und Qualität belastender Lebensbedingungen sowie die Qualität der Bewältigungsstrategien von Stress scheinen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mit zu bedingen. Deshalb sollten möglichst frühzeitig in einer Schwangerschaft Schwangerschaftsängste, Schwierigkeiten in der aktuellen psychosozialen Lebenssituation, das Copingverhalten in Stresssituationen und die Qualität zur Verfügung stehender Bewältigungsressourcen in Belastungssituationen erfasst und besprochen werden. (S. 375)

Die hier vorgestellten Studienergebnisse beziehen sich ausschließlich auf den Einfluss psychosozialer Faktoren in Verbindung mit einer (drohenden) Frühgeburt. Dennoch bleiben Fragen offen: Welche weiteren Auswirkungen kann Stress auf die Schwangerschaft neben einer drohenden Frühgeburt haben? Bestehen unter Umständen Auswirkungen von Stress auch in Bezug auf Fehl- und Totgeburt? – Hierfür ließen sich im Rahmen der Recherchen keine Studienergebnisse finden.

Ein Leben ohne Stress in der heutigen Gesellschaft ist kaum möglich. Welche Bewältigungsstrategien bieten sich an, um trotz eines Stressniveaus bzw. aufgrund eines kritischen Lebensereignisses vor negativen Konsequenzen gefeit zu sein? Einige Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 3.4.

2.2 Fehlgeburt

2.2.1 Begriffsklärung

Eine Fehlgeburt, im medizinischen Sprachgebrauch auch als Abort bezeichnet, steht für eine unbeabsichtigte sowie unvorhergesehene Beendigung der Schwangerschaft vor der 23. Schwangerschaftswoche (in Deutschland), wobei der Embryo beziehungsweise der Fetus weniger als 500 Gramm wiegt (Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavia, 1977, zitiert nach Bergner, Beyer, Klapp & Rauchfuß, 2008, p. 105; Robinson, 2011, zitiert nach Wagner, 2013, S. 63; Lothrop, 2001, S. 26). Das zu erwartende Kind wird von Medizinern im Verlauf seiner Organentwicklungszeit bis zur 12. Schwangerschaftswoche als Embryo bezeichnet, danach als Fetus (Lothrop, 2001, S. 26). Nach Robinson (2011) ist eine Fehlgeburt der häufigste pränatale Verlust. Davon sind ungefähr 15 bis 27% der Frauen im Alter von 25 bis 29 Jahren und 75% aller werdenden Mütter, die älter als 45 Jahre sind, betroffen (zitiert nach Wagner, 2013, S. 63). Wilcox, Weinberg, O'Connor, Baird, Schlatterer, Canfield, Armstrong und Nisula (1988) stellen fest, dass 10 bis 15% aller klinisch ermittelten Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt endeten (zitiert nach Bergner et al., 2008, p. 105). Ungefähr 75% der Fehlgeburten treten gemäß Lothrop (2001) im ersten Trimester der Schwangerschaft auf (S. 26). Erkennbar ist, dass Eltern bereits im frühen Stadium der Schwangerschaft von „unserem Kind“ (Lothrop, 2001, S. 26) sprechen.

Zum besseren Verständnis soll der hier verwandte *Oberbegriff* Fehlgeburt nachfolgend unterteilt werden:

Beim Spontanabort (SA), zu deutsch Fehlgeburt, handelt es sich um eine ungewollt frühzeitige Beendigung der Gravidität durch den Abgang eines lebensunfähigen Feten [...]. Bei wiederholten Fehlgeburten spricht man von rezidivierenden Spontanaborten (RSA) und ab drei von habituellen Aborten (HA). Die SA-Rate beträgt

ca. 10-15% und die HA-Rate 0,4-1% (Gerhard et al. 1981, Knörr et al. 1982). Da Frühstaborte aber meist unbemerkt verlaufen, ist die tatsächliche Abortrate schätzungsweise zwei- bis dreimal höher. (Läpple, 1989, S. 349)

Ein Spontanabort tritt, entsprechend den Richtlinien in Großbritannien vor der 24. SSW sowie den Vereinigten Staaten von Amerika vor der 20. SSW, in ca. 15 bis 20% aller Schwangerschaften auf (Farquharson, Jauniaux und Exalto, 2005, zitiert nach Scheidt, Hasenburg, Kunze, Waller, Pfeifer, Zimmermann, Hartmann und Waller, 2012, S. 375). Ferner machen August, Salih, Weldeselasse, Biroscak, Mbah und Alio (2011) aufmerksam darauf, dass das Risiko, eine weitere Fehlgeburt zu erleiden mit vorangegangenen Verlusten zunimmt (zitiert nach Wagner, 2013, S. 63).

2.2.2 Mögliche Gründe

Mögliche Gründe für eine Fehlgeburt zu benennen ist diffizil, zumal es eine große Bandbreite an Ursachen gibt und in vielen Fällen auch keine expliziten Gründe für die nicht intakt verlaufende Schwangerschaft gefunden werden können. Die Literatur zeigt ein ebenfalls differenziertes Bild zu den möglichen Ursachen einer Fehlgeburt.

Mit fortschreitendem Alter der Mutter nimmt die Wahrscheinlichkeit, eine Fehlgeburt zu erleiden, zu. Nach Lothrop (2001) ist diese ungefähr dreimal höher bei einer 40 Jahre alten Frau als bei einer 20-jährigen (S. 28). Zudem gibt es Mütter, die fünf oder mehr Fehlgeburten nacheinander erleben, bevor sie ein gesundes Kind gebären. Die Autorin verweist auf die Option, etwaige medizinische Gründe zu ermitteln beziehungsweise dies zumindest zu versuchen, um im Anschluss eine angemessene Therapie einleiten zu können. Neben der Abklärung gynäkologischer Faktoren sollten weitere mögliche Gründe untersucht werden:

Gespräche und eine Beschäftigung mit der Situation können uns unbewusste, im seelisch-geistigen Bereich liegende Gründe enthüllen und Sinn und Aufgaben erkennen helfen. So haben wir die Chance, mögliche Konflikte zu bearbeiten, damit sie einer weiteren Schwangerschaft nicht mehr im Weg stehen. (Lothrop, 2001, S. 28)

Dem entgegen stehen Untersuchungsergebnisse von Bergant (2001), der sich der Thematik mit ähnlicher Fokussierung näherte. Im Rahmen einer prospektiven Studie wurde der Frage nachgegangen, inwiefern psychosoziale Faktoren als *(Mit)-Ursache* für eine Fehlgeburt gelten können (S. 98). Es zeigt sich ein unerwartetes Ergebnis:

Entgegen unseren Hypothesen konnte die Studie keinen psychosozialen Risikofaktor für Spontanaborte identifizieren. Vielmehr scheinen den körperlichen Abnormitäten

im ‚Reproduktionssystem‘ überragende Bedeutung für die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen späteren Schwangerschaft zuzukommen. (Bergant, 2001, S. 98)⁸

Eine wiederkehrende Fehlgeburt ist sowohl für die betroffenen Eltern wie auch für den betreuenden Arzt oftmals entmutigend. Hinzu kommt, dass bei einer Vielzahl von Spontanaborten trotz detaillierter körperlicher Untersuchungen kein exakter Grund dafür ausgemacht werden kann (Bergant, 2001, S. 98).

Auch wenn die Auswirkungen psychosozialer Faktoren gemeinhin als unbestrittener Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit gelten (Homer, Sherman & Siegel, 1990, Börgens, 1995, beide zitiert nach Bergant, 2001, S. 98), macht Bergant deutlich, dass darüber in wissenschaftlichen Kreisen Dissens herrscht (vgl. ebd., S. 98). Bergant (2001) verweist auf eine Reihe von Forschungsergebnissen, die psychosoziale Faktoren als Risiko im Abortgeschehen bezweifeln (Stirrat, 1990, Brockington, 1996, Wehkamp, Scheffler, Zubke & Langnickel, 1989, alle zitiert nach Bergant, 2001, S. 99 ff.). Studienergebnisse von 36 Patientinnen zeigten „nach dem Spontanabort keine erhöhte Neigung zur Somatisierung“ (Bergant, 2001, S. 102).

Bergant (2001) resümiert entsprechend seiner Untersuchungsergebnisse, dass kein Zusammenhang von psychosomatischen Faktoren und dem spontanen Abortgeschehen belegt werden konnte (S. 103).

2.2.3 Erleben und Umgang

Das Erleben einer Fehlgeburt steht in Abhängigkeit zu zahlreichen Faktoren. Betroffene Eltern erspüren den Verlust oft psychisch und emotional noch intensiver, als sie sich selbst eingestehen mögen. Ein Spontanabort geht beispielsweise mit Blutungen und krampfartigen Schmerzen einher. Auch im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung beim Gynäkologen kann dieser völlig unerwartet den Tod des Kindes und demnach eine nicht mehr intakte Schwangerschaft feststellen (Lothrop, 2001, S. 26.). Für die Mehrheit der Mütter ist dies ein Schock. „Aus der Freude, bei der Ultraschalluntersuchung ihr Kind zu sehen, wird eine große und schmerzliche Enttäuschung“ (Beutel, 2002, S. 49). Nach Studienergebnissen von Beutel (2002) erlebt jede 4. betroffene Mutter Gefühle von Betäubtsein sowie Fassungslosigkeit (S. 49). Ungefähr 40% der Frauen fällt es schwer zu glauben, nicht mehr schwanger zu sein (Beutel, 2002, S. 49). Bei nahezu allen

⁸ Die Ergebnisse von Bergant (2001) verweisen auf physische Ursachen als Risikofaktor eines Spontanaborts (S. 103). Lediglich bei 37,5% der Patientinnen mit körperlicher Abnormalität trat ungeachtet einer medizinischen Behandlung eine gelingende Schwangerschaft ein. Lag keine körperliche Abnormalität vor hatten 75% der Probandinnen innerhalb von 24 Monaten eine gelingende Schwangerschaft (Bergant, 2001, S. 103).

Müttern wurde nach Diagnosestellung eine Kürettage (Ausschabung) unter Vollnarkose vorgenommen (Beutel, 2002, S. 50). Kommt es zu einer Geburt durch die Mutter, verweist Lothrop (2001) auf die Möglichkeit einer Verabschiedung von dem Baby nach erfolgter Geburt (S. 67). Lediglich jede siebente Frau hatte nach der Ausschabung ihr Kind gesehen, so Beutel (2002), und davon empfanden 53% den Anblick meist belastend und zum Teil desillusionierend (S. 50).

Tritt der Spontanabort vor Sichtbarwerden der Schwangerschaft ein, hat das Umfeld meist keinerlei Kenntnis von der Schwangerschaft. Folglich wird die Trauer der Betroffenen häufig im Stillen ausgetragen (Lothrop, 2001, 28 f.). Trauer ist sehr individuell. Demnach kann sich die Tiefe der erlebten Trauer auch sehr unterschiedlich darstellen. Lothrop (2001) macht darauf aufmerksam, dass bedingt durch die Gesetzeslage ein heilsames „Durchleben der Trauer bei einer Fehlgeburt nicht leicht“ (S. 29) gemacht wird. Die Fehlgeburt wird nicht als Geburt angesehen und somit nicht als Trauerfall. Häufig wird dem Vater noch nicht einmal ein freier Tag zugestanden und der Mutter meist nur, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Die Autorin ist überzeugt davon, dass die Gesellschaft einen Nutzen davonträgt, wenn sie die Trauer betroffener Personen stärker anerkennen würde (Lothrop, 2001, S. 29). Im Rahmen der Studien von Beutel (2002) äußerte jede dritte Betroffene, dass sie sich in ihrer Traurigkeit weder durch den Arzt noch das soziale Umfeld verstanden fühlte (S. 51). Infolgedessen reagierten die Frauen enttäuscht und verunsichert über ihre Berechtigung der Trauer (Beutel, 2002, S. 51).

Nach spontanen Fehlgeburten zeigten Mütter unter anderem erhöhte Somatisierungsstörungen, Angst und depressive Verstimmungen, die zum Teil von den Forschern als Trauerreaktion interpretiert wurden (Wehkamp et al., 1989, Friedman & Gath, 1989, Prettyman, Cordle & Cook, 1993, alle zitiert nach Bergant, 2001, S. 102).

Wenn Frauen bereits seit längerem versuchten schwanger zu werden, vorausgegangene Fehlgeburten vorliegen oder sie schon älter sind, entsteht häufig die Angst, keine eigenen Kinder mehr bekommen zu können (Beutel, 2002, S. 50; Lothrop, 2001, S. 29). Nach Lothrop (2001) sind die jeweiligen Kräfte in solch einer Verlustsituation sehr unterschiedlich (S. 29). Manchen Betroffenen gelingt in dieser Situation aber auch persönliches Wachstum. Wer schwere Verluste erlitten hat, kann neue Erfahrungen und Krisen in der Zukunft im Vergleich zum Vergangenen als womöglich nicht so belastend erfahren (Lothrop, 2001, S. 29).

Abschließend sei angemerkt, dass beim Wunsch der Eltern nach einer Bestattung ihres Kindes, auch bei (frühen) Fehlgeburten, dies vielerorts durch eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung ermöglicht werden kann (Lothrop, 2001, S. 26).

2.3 Totgeburt

2.3.1 Begriffsklärung

Verstirbt ein Kind im Mutterleib und wird mit einem Geburtsgewicht über 500 g (etwa ab 20. Schwangerschaftswoche) tot geboren, spricht man von einer Totgeburt bzw. dem *intrauterinen Fruchttod*. Da bis zu diesem Zeitpunkt in den meisten Fällen die Schwangerschaft der Mutter komplikationslos verlaufen ist, ereilt die Eltern das Schicksal völlig überraschend (Lothrop, 2001, S.30; Wagner, 2013, S. 63; Beutel, 2002, S. 77). Nach Angaben des Statistischen Bundesamts wurden im Jahr 2016 in Deutschland 2.910 Kinder tot geboren (Statistisches Bundesamt, 2018, S. 33)⁹. Totgeburten (ab der 20. bis zur 27. Schwangerschaftswoche) treten nach Schauer, Kalousek und Magee (1992) in 5 bis 12 Fällen pro 1000 Geburten auf (zitiert nach Beutel, 2002, S. 77). Durch eine Gesetzesänderung ist es mittlerweile möglich, das Kind auch in das Geburtenbuch eintragen zu lassen (Lothrop, 2001, S. 30).

2.3.2 Mögliche Gründe

Lothrop (2001) und Beutel (2002) verweisen auf vielfältige Gründe für eine Totgeburt, wie z. B. eine Nabelschnurkomplikation im Verlauf der Schwangerschaft oder auch Geburt sowie eine vorzeitige Plazentaablösung. Die genannten Fälle beeinflussen die Sauerstoffzufuhr zum Kind negativ. Darüber hinaus kann es auch im letzten Schwangerschaftstrimester noch zu Fehlbildungen des Kindes und mütterlichen Erkrankungen kommen, wie z. B. „Bluthochdruck, Diabetes, Infektion, Blutgruppenunverträglichkeit“ (Beutel, 2002, S. 77), die den Tod des Kindes verursachen. Bei einigen Kindern kommt es jedoch zu einer unerklärlichen Mangelversorgung, die selbst mit einer Autopsie nicht geklärt werden kann (Lothrop, 2001, S. 30; Beutel, 2002, S. 77).

2.3.3 Erleben und Umgang

Verlieren Eltern ihr ungeborenes Kind, wird ein zunächst freudiges Kapitel jäh beendet (Lothrop, 2001, S. 31). Die Betroffenen sehen sich hier „mit einem Tod am [nahenden] Beginn des Lebens konfrontiert“ (Tschudin, 2015, S. 278).

⁹ Statistisches Bundesamt (2018). Statistisches Jahrbuch 2018 (Kap. 2 Bevölkerung, Familien, Lebensformen, S. 33). Zugriff am 10.10.2022. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Kindsbewegungen sind in der Regel bereits spürbar gewesen. Vorbereitungen für das Leben mit dem Kind wurden getroffen. Es gab konkrete Wünsche für das Kind und meist ist der Kindsname schon ausgewählt worden (Beutel, 2002, S. 78). Für Mutter und Vater, die nun schlagartig Eltern ohne Kind sein werden, war es ein real wahrgenommenes Kind (Tschudin, 2015, S. 278).

Die Mütter reagierten nach der Diagnosestellung *intrauteriner Fruchttod* als erstes mit Schock oder Verleugnung, meist auch mit panischer Angst, ein totes Kind in sich zu tragen (Beutel, 2002, S. 83; Kuse-Isingschulte, Beutel, Hahlweg & Stauber, 1996, S. 118). Diesem Zustand folgte eine Phase der Gefühlsausbrüche, einhergehend mit Verzweiflung sowie dem Bedürfnis, das Kind zu suchen. Nach Kuse-Isingschulte et al. (1996) entstehen in dieser zweiten Phase zumeist auch Gefühle wie Enttäuschung, Ärger und Wut, die sich mitunter auf das Fachpersonal richten können (S. 118). Diese Symptomatik wird nach einigen Monaten allmählich abnehmen; es können sogar positive Erinnerungen an das Schwangersein hervortreten. In den meisten Fällen kann davon ausgegangen werden, dass nach einem Jahr das psychische Gleichgewicht wieder hergestellt ist. Häufig bleibt eine anhaltende depressive Verstimmung an den Jahrestagen der Totgeburt sowie am ursprünglich errechneten Geburtstermin bestehen (Kuse-Isingschulte et al., 1996, S. 118).

Vielen Eltern ist zudem nicht bewusst, dass das Baby, wenn es nach dem dritten Schwangerschaftsmonat intrauterin verstirbt, nicht per Kaiserschnitt geholt werden kann, sondern in der Regel von der Mutter auf natürlichem Weg geboren werden muss, was für viele Frauen unerträglich scheint (Lothrop, 2001, S. 31, 69; Beutel, 2002, S. 78). Nach Feststellung des intrauterinen Kindstodes wird entsprechend dem jeweiligen Schwangerschaftsstadium kurze Zeit später die Geburt eingeleitet oder aber, sollte der errechnete Entbindungstermin bald anstehen, dieser mit einer womöglich natürlichen Wehentätigkeit abgewartet (Lothrop, 2001, S. 69). Entsprechend ihrer Erfahrung mit zahlreichen Müttern in solch einer Lage berichtet Lothrop (2001), dass eine Geburt unter diesen Umständen auch als anrührend sowie euphorisch erlebt werden kann (S. 69). Zur Geburtssituation in diesem Rahmen äußert eine Hebamme ihre Beobachtungen:

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es für Frauen, die ein totes Kind zur Welt bringen, gut sein kann, den Geburtsschmerz zu spüren. Wo sie sonst unter Schock stumm wären, können sie bei der Geburt gleichzeitig ihre emotionalen Schmerzen hinausschreien, und das hilft ihnen. (Schwester Jane Marie, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 72)

Gemäß Beutel (2002) war die Geburt für ungefähr ein Drittel der von ihm befragten Frauen extrem schmerzhaft (S. 83). Vielmehr ist es gerade bei einer Geburt unter diesen erschwerten Umständen von größter Bedeutung, dass die Mutter selbst entscheiden kann, was für sie, ganz individuell, gut und richtig in dieser Situation scheint und sie

entsprechende Unterstützung erfährt (Beutel, 2002, S. 72). Für eine Vielzahl von Frauen ist beispielsweise die Anwesenheit des Partners während der Entbindung wie auch die Möglichkeit das eigene Kind anschließend sehen zu können hilfreich gewesen (Beutel, 2002, S. 83).

Die soziale Integration des Ereignisses gestaltet sich häufig durch die Hilflosigkeit im Verhalten der Familie und des Umfeldes diffizil (Tschudin, 2015, S. 278). Die von den Betroffenen empfundenen Enttäuschungen wiegen in dieser Situation meist besonders schwer, sei es das mangelnde Verständnis oder die mangelnde Unterstützung des Partners oder der behandelnden Ärzte (Beutel, 2002, S. 83).

Laut Erkenntnissen von Kuse-Isingschulte et al. (1996) gleicht der Verlust durch Totgeburt dem einer nahestehenden Person (S. 117). Kersting, Brahler, Glaesmer und Wagner (2011a) berichteten ähnliche Studienergebnisse (zitiert nach Kersting, 2013, S. 61). Jedoch kommt es im Fall einer Totgeburt nicht zu den Beziehungserfahrungen und Trauerritualen, die sonst üblich scheinen. Die Anerkennung des Kindstodes wie auch die Anteilnahme bleibt vielerorts aus (Kuse-Isingschulte et al., 1996, S. 117). Erschwerend kommt mitunter hinzu, dass durch das nahe Beieinanderliegen von Geburt und Tod des Kindes eine Selbst-Krise bei der Mutter ausgelöst wird (Kuse-Isingschulte et al., 1996, S. 117; Beutel, 2002, S. 83). Der Schmerz erscheint unüberwindbar und der Blick in die Zukunft ist von Angst geprägt. Gelegentlich kommen Gefühle von Versagen und Schuld auf sowie die Frage, ob der Verlust eventuell hätte verhindert werden können beziehungsweise müssen (Kuse-Isingschulte et al., 1996, S. 117; Kersting, 2013, S. 62). Forschungsergebnisse von Kersting et al. (2011a) zeigen bei Eltern mit Kindsverlust „die höchste Prävalenzrate für komplizierte Trauerverläufe“ (zitiert nach Kersting, 2013, S. 61). Pathologische Trauerreaktionen resultierend aus einer erlebten Totgeburt können nach Untersuchungen von Kersting (2013) zu unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Copingstrategien der Eltern führen, mit möglichen Folgen für das Familienleben, falls die Partnerschaft bereits zuvor *vulnerable* war (S. 61). Psychische Störungen, die womöglich kurze Zeit nach einer Totgeburt wiederholt auftreten, können als Anpassungsstörungen wie auch akute Belastungsreaktionen eingestuft werden. Zudem besteht die Möglichkeit übriger Beschwerden sowie psychischer Störungen und Erkrankung in der weiteren Folge (Boyle, Vance, Najman & Thearle, 1996; Kersting, Fisch & Bätz, 2002, Kersting, Kroker, Steinhard, Lüdorff, Wesselmann, Ohrmann, Arolt & Suslow, 2007, Kersting & Wagner, 2012, alle drei zitiert nach Kersting, 2013, S. 63).

2.4 Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation

2.4.1 Begriffsklärung

Ein herbeigeführter Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Beweggründe¹⁰ bedeutet einen Verlust auf mehreren Ebenen. Zum einen verlieren Eltern ihr Kind, andererseits die *Frucht* ihrer Paarbeziehung und Liebe ebenso wie auch eine gemeinsame Zukunftsperspektive (Chu, 1995, S. 227). Die Entscheidung für oder auch gegen den Abbruch stellt die betroffenen Eltern vor ein schier unlösbares Dilemma (Lothrop, 2001, S. 43). Lothrop (2001) beschreibt ihre Gedanken und eigenen Erfahrungen dazu wie folgt:

Die Trauer bei einem von einer höheren Gewalt gelenkten Verlust eines Babys ist schon schlimm genug. Wenn uns die Entscheidung abgenommen wird, das heißt, wenn es aufgrund einer Fehlbildung zu einer spontanen Fehlgeburt kommt, können wir nichts dazu oder dagegen tun. Wir werden nicht gefragt, und das ist einfacher für uns. Aber wenn wir angesichts einer erkannten Fehlbildung selbst über Leben oder Tod eines eigentlich erwünschten Kindes entscheiden und die Verantwortung dafür tragen müssen, macht dies unsere Not größer und unsere Trauer komplizierter. (S. 39)

Durch pränatale Untersuchungen wie Chorionzottenbiopsie (Gewebeprobeentnahme aus der Plazenta) oder Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) ist es heute möglich eine Vielzahl von Fehlbildungen und Erkrankungen des Kindes noch im Mutterleib festzustellen (Beutel, 2002, S. 119). Häufig wird eine Fruchtwasserpunktion zwischen der 14. bis 17. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Der Befund benötigt ca. zwei bis drei Wochen. Demnach kann eine zu fällende Entscheidung meist erst im Verlauf der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche getroffen werden, so Beutel (2002, S. 119). In diesem fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft sind Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes auch bei einer Ultraschalluntersuchung erkennbar. Ein erhöhter Alpha-Fetoprotein-Wert im Blutbild vermag beispielsweise ein Anzeichen für eine kindliche Fehlbildung sein (Beutel, 2002, S. 119; Lothrop, 2001, S. 39 f.). In diesem Zusammenhang weist Beutel (2002) außerdem auf das erhöhte Risiko von Fehlbildung bei Müttern ab 35 Jahren hin (S. 119). Gemäß Lothrop (2001) liegt die Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Down-Syndrom zu gebären, bei einer Frau zwischen 35 und 40 Jahren, zwischen 0,9 und 2,3 Prozent (S. 40). Indes steigt die Wahrscheinlichkeit bei einer 41 bis 46 Jahre alten Mutter auf bis zu 7,7 Prozent an (Lothrop, 2001, S. 40). In einer europäischen Studie wurde eine Terminationsrate von 88 Prozent für

¹⁰ Dieser Sachverhalt ist auch für Fehlgeburt, Totgeburt sowie Säuglingstod zutreffend.

Ungeborene mit Down Syndrom oder neuronalen Gefäßschädigungen ermittelt (Boyd, DeVigan, Khoshnood, Loane, Garne & Dolk, 2008, zitiert nach Wagner, 2013, S. 68). Laut einer Befragung von werdenden Müttern empfinden diese die Pränataldiagnostik als Option, sich der Gesundheit ihres Kindes zu vergewissern und nicht der Diagnose einer Krankheit (Beutel, 2002, S. 119). Doch die vorgeburtlichen Untersuchungen bergen mitunter Risiken. So kommt es bei 1 Prozent der Mütter, die eine Amniozentese haben durchführen lassen, zu einer Fehlgeburt, zugleich steigt das Risiko für eine Frühgeburt (Lothrop, 2001, S. 40; Beutel, 2002, S. 119).

Kommt es laut Wassermann und Rhode (2009) zu einem Abbruch aus medizinischer Indikation, meist nach der 12. Schwangerschaftswoche, bedeutet das eine verfrühte Einleitung der Geburt mit Hilfe von Wehen auslösender Mittel (S. 140). In einer fortgeschrittenen Schwangerschaft kann die Geburt unter diesen Umständen Stunden bis Tage benötigen. Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt bei der Mutter kann bedingt durch die medizinischen Risiken mehrheitlich nicht durchgeführt werden. Daraus resultiert meist eine lange Wartezeit auf das Einsetzen der Wehen. Eine Zeit, die von beiden Elternteilen als sehr belastend erlebt wird. Erschwerend kommt der Gedanke hinzu, eine Geburt „ohne glücklichen Ausgang“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 140) durchleben zu müssen.

Vierorts gilt ein Schwangerschaftsabbruch immer noch als tabuisierte Verlustform. Die betroffenen Eltern sehen sich teilweise Anklagen und Vorwürfen ihres Umfeldes ausgesetzt. Eventuell mangelt es an Unterstützung oder auch Verständnis. Der Verlust wird gegebenenfalls geheim gehalten und Eltern werden mit ihren eigenen Schuldgefühlen, ihrer Scham und Trauer, die nach außen nicht gelebt werden können, konfrontiert. Es scheint, als würde die Gesellschaft den Eltern in solch einer Situation das Recht zu trauern absprechen. Folglich fehlt den Eltern ein Ventil für ihre Gefühle, was häufig zu einer Verdrängung führt (Lothrop, 2001, S. 39). Eine betroffene Mutter schildert dazu ihre Gefühle, die zugleich als Appell an die Umwelt verstanden werden können:

Wenn wir das Gefühl haben, nach den Gesetzen der Gesellschaft »schuldig« geworden zu sein, können wir uns noch weniger als bei einem spontan eingetretenen Tod die Unterstützung holen, die wir brauchen. Doch gerade hier ist es besonders wichtig, Menschen zu haben, die die Komplexität dieser Situation übersehen, die nicht mit dem Finger auf uns zeigen und denen wir uns anvertrauen und offenbaren können. (Lothrop, 2001, S. 39)

Entsprechend der aktuellen Rechtslage kann ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund von kindlicher Fehlbildung jederzeit durchgeführt werden, auch bei fortgeschrittener Schwangerschaft. Allein die Zumutbarkeit für die Schwangere ist hierbei von entscheidender Bedeutung. Zugleich nimmt das ethische Dilemma für Ärzte

und medizinisches Fachpersonal hinsichtlich der Indikation wie auch Durchführung eines Abbruchs zu. Es muss abgewogen werden zwischen dem Schutz des kindlichen Lebens und der Gesundheit der Mutter (Wagner, 2013, S. 64; Beutel, 2002, S. 130).

Wird ein Kind in Folge eines Schwangerschaftsabbruches tot geboren, erfolgt eine rechtliche Einordnung als Fehl- bzw. Totgeburt. Bei einer Fehlgeburt stellt die Klinik eine formlose Bescheinigung aus. Ein Kind über 500 Gramm zählt als Totgeburt und wird standesamtlich registriert. Ist das Kind nach dem Gesetz des jeweiligen Bundeslandes, in dem es geboren wurde, nicht bestattungspflichtig, besteht die Option, das Kind auf Wunsch der Eltern beerdigen zu lassen (Wassermann & Rhode, 2009, S. 156).

2.4.2 Mögliche Gründe

Die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikatoren können in Anlehnung an Wagner (2013) wie folgt aussehen:

- starke Beeinträchtigung der kindlichen Gesundheit
- geringe Überlebenschancen des Kindes
- zu große/unüberwindbar erscheinende Tragweite eines behinderten Kindes für die betroffenen Eltern und ihr Familienleben (S. 68).

2.4.3 Erleben und Umgang

Die Diagnose „einer schweren, u.U. mit dem Leben nicht zu vereinbarenden Fehlbildung“ (Beutel, 2002, S. 120) des eigenen Kindes bedeutet für die Eltern erst einmal die Abschiednahme vom Bild des idealen Kindes (Tschudin, 2015, S. 277) sowie von Hoffnungen, Wünschen und Lebensentwürfen. Häufig ereilt diese Mitteilung die Eltern völlig überraschend und führt zu Reaktionen wie Schock, Verleugnung oder Vermeidung. Auch besteht bereits aufgrund der zumeist fortgeschrittenen und somit nach außen sichtbaren Schwangerschaft eine ausgeprägte Bindungsbereitschaft zum Kind. Eine zusätzliche Förderung der Mutter-Kind-Bindung erfolgt durch die Ultraschalldiagnostik, da die Schwangere ihr Kind sehen und zugleich den Herzschlag hören kann, was den Abschied mitunter erschwert. Auch Kindsbewegungen kann die Mutter vielerorts wahrnehmen (Beutel, 2002, S. 120 f.). Die Wartezeit im Verlauf der Diagnosestellung wird als starke Belastung empfunden. Außerdem zeigt sich ein stark ambivalentes Verhalten während des Entscheidungsprozesses, der durch meist unpräzise Prognosen hinsichtlich des Ausmaßes der Störung zusehends erschwert wird. Selbst bei eindeutigen diagnostischen Befunden ist meist nicht klar ersichtlich, in welchem Ausmaß das Kind behindert sein wird. Somit kann auch die Zumutbarkeit der

Schwangerschaftsfortsetzung kaum *objektiv* beurteilt werden (Beutel, 2002, S. 122). Die Situation kommt einem Entscheidungskonflikt gleich – auf der einen Seite der verlorene Wunsch nach einem gesunden, *perfekten* Kind oder gar auf Elternschaft, auf der anderen Seite das Bedürfnis dieser Bedrängnis zu *entfliehen*, indem der Tod des ersehnten Kindes herbeigeführt wird. Zudem stellt sich die Frage, an welchen Entscheidungskriterien die Betroffenen sich orientieren können (Beutel, 2002, S. 121, 130). Die zu treffende Entscheidung fällt in der Regel schwer und ein Abbruch bedeutet nicht immer, den *leichteren* Weg zu gehen. Dieser Weg geht einher mit einer Form von Rechtfertigung sich selbst gegenüber und einem entsprechenden Verarbeitungsprozess für das Elternpaar. Auch wenn die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch unter den gegebenen Umständen *richtig* erscheint, bedeutet das noch lange nicht, dass es keine Zweifel und Schuldgefühle gibt und dieser Schritt als *einfach* erlebt wird (Wassermann & Rhode, 2009, S. 140). Eine vergleichbare Aussage findet sich bei Kersting, Reutemann, Ohrmann, Baez, Klockenbusch, Lanczik und Arolt (2004):

The situation in which a woman decides to terminate her pregnancy due to fetal malformation meets all of the above criteria: the diagnosis of fetal malformation is a severe shock and disappointment. Her joyful anticipation of healthy, possibly yearned-for child gives way to helplessness and mental agony. While the diagnosis of fetal malformation alone imposes a severe strain on any woman, the decision on whether or not to terminate the pregnancy is another crucial event. There is no opportunity to evade this decision. (p. 163)

Die Zeitspanne ab dem Verdachtsmoment einer Fehlbildung bis hin zur Abbruchentscheidung ist geprägt von Unzulänglichkeit, Hilflosigkeit, ebenso wie Angst und Trauer (Muth, Exler, Miny & Holzgreve, 1989, zitiert nach Beutel, 2002, S. 121; Schütt, Kersting, Hörnig-Franz, Louwen, Reutemann, Wesselmann & Arolt, 2001, S. 239-245).

In der klinischen Arbeit hat sich gezeigt, dass es nicht ratsam ist, die Eltern im *Entscheidungsprozess* unter Druck zu setzen, sondern vielmehr die jeweiligen Optionen und Konsequenzen sorgsam zu bedenken (Kersting et al., 2004, S. 168).

Die Vorbereitungen auf einen Abbruch bedeuten für die Eltern die Konfrontation mit einer Geburt, die untrennbar mit dem Tod ihres Kindes einhergeht (Wassermann & Rhode, 2009, S. 143). Doch nicht nur für die Eltern, sondern auch für die Ärzte und das gesamte Behandlungspersonal stellt der Schwangerschaftsabbruch mit vorheriger Indikation eine schwierige Situation dar (Beutel, 2002, S. 122; Wassermann & Rhode, 2009, S. 145). Ein Abbruch beinhaltet natürlicherweise kontroverse Gefühle – eine Art Zerrissenheit – zwischen Trauer und Erleichterung ebenso wie Wut und Neid sowie

Schuld aber auch Scham.¹¹ Die dann zu durchlebende, in der Regel *natürliche*¹² Geburt des Kindes¹³, führt unmittelbar zu einer Konfrontation mit diesen Gefühlen und wird zumeist als schmerzhaft erlebt, insbesondere dann, wenn die Mutter sich durch die Abwesenheit ihres Partners „einsam und alleingelassen fühlt“ (Black, 1989, zitiert nach Beutel, 2002, S. 125). Ist es dem Partner nicht möglich, bei der Geburt dabei zu sein, sollte die Option eingeräumt werden, „eine andere vertraute Person zur Unterstützung an der Seite zu haben“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 144). Nach Lothrop (2001) ist es jedoch genau dieser Vorgang des leiblichen Erlebens der Geburt mit nachfolgender persönlicher Verabschiedung, der für die Trauerbewältigung hilfreich erscheint (S. 45). Auch Wassermann und Rhode (2009) machen darauf aufmerksam, dass sowohl eine entsprechende Vorbereitung als auch Verarbeitung des Abbruchs notwendig sind, da verdrängte Erfahrungen ansonsten häufig später ihren Weg an die Oberfläche finden, z. B. bei einer Folgeschwangerschaft oder gar als Angst vor eben dieser. Ein *guter Abschied* wie z. B. das Kind zu sehen, ihm einen Namen zu geben, Fotos zu machen etc. ist außerordentlich wichtig (Wassermann & Rhode, 2009, S. 140, 145).¹⁴ Einige Eltern verwehren sich diesen Abschied sowie den anschließenden Trauerprozess bzw. erschweren ihn sich, aufgrund der eigenen Schuldgefühle¹⁵, „als sei es ‚nicht erlaubt‘, zu trauern“ (Beutel, 2002, S. 126). Diese Schuldgefühle blockieren die Trauer sowie die Loslösung vom verstorbenen Kind (Ringler, 1994, Schmidt, Wolff & Jung, 1994, beide zitiert nach Beutel, 2002, S. 126). Studienergebnisse belegen, dass sich durch einen induzierten Abort vor allem bei einer erwünschten Schwangerschaft das Trauerverhalten komplizierter, z. B. in Form von Depressionen oder auch Angsterkrankungen, und länger anhaltend darstellt (Korenromp, 1992, Lloyed & Laurence, 1985, beide zitiert nach

¹¹ Der Selbstwert einer Mutter wird durch den Abbruch oft tief erschüttert. Auch fällt es Müttern schwer, zu ihrer Entscheidung zu stehen, sich der Belastung durch ein krankes oder behindertes Kind nicht gewachsen zu fühlen. Die mütterlichen Gefühle treten in einen Widerstreit miteinander. Sie verlieren nicht nur ihr Kind, sondern auch einen Teil von sich selbst. (Wassermann & Rhode, 2009, S. 142).

¹² Die Mutter muss das Kind selbst in Wehen gebären, da ein Kaiserschnitt meist nicht möglich ist.

¹³ In Anlehnung an die Literatur von Beutel (2002) werden Fehlbildungen häufig verhältnismäßig spät in der Schwangerschaft diagnostiziert, weshalb ein operativer Eingriff oft als zu risikoreich gilt. Aus diesem Grund wird versucht, eine Wehenauslösung durch Hormongabe herbeizuführen. Genau dieser Zeitraum zwischen der Einleitung der Geburt und der eigentlichen Entbindung wird als besonders belastend erlebt (Muth et al., 1989, zitiert nach Beutel, 2002, S. 124; Beutel, 2002, S. 124).

¹⁴ Eine betroffene Mutter beschreibt ihre Gefühle dazu wie folgt: „Wir können anderen Paaren, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden, nur raten, sich ihr Kind anzuschauen, und es auch ihren Verwandten bzw. Bekannten zu zeigen. Wenn es für den Moment auch schwerfällt und unheimlich weh tut, so hilft es einem selber und auch dem Umfeld, den Tod des Kindes zu bewältigen und das Leben danach zu meistern“ (aus dem Brief einer Patientin, zitiert nach Wassermann & Rhode, 2009, S. 155).

¹⁵ Einige Mütter quälen sich beispielweise mit der Frage, ob sie durch den Abbruch ihrem Kind Schmerzen sowie Leid zugefügt haben, so Ringler (1994, zitiert nach Beutel, 2002, S. 126).

Lothrop, 2001, S. 45 f.; Kersting et al., 2004, S. 163; Kersting, 2013, S. 63). Vielerorts führt das zu einem Verschweigen des eigentlichen Grundes für das vorzeitige Schwangerschaftsende im Umfeld der Betroffenen. Folglich müssen sich die Eltern einer isolierten Bewältigung ihres Verlustes stellen¹⁶ (Kersting & Wagner, 2012, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 277 f.). Obgleich die psychische Belastung bedingt durch den Abbruch als außerordentlich gravierend angesehen werden kann, geben lediglich 2,7 Prozent der betroffenen Mütter an, ihre Entscheidung bereut zu haben (Kersting, Kroker, Steinhard, Lüdorff, Wesselmann, Ohrmann, Arolt & Suslow, 2007, zitiert nach Wagner, 2013, S. 69). Überdies gilt, auch eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lässt, „ist eine werdende Mutter mit mütterlichen Gefühlen für ihr eigenes Kind“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 142).

Eine befragte Mutter sieht im Rahmen der pränatalen Untersuchungen eine für Eltern erschwerte Situation. Ihrer Ansicht nach ist es zu einer kulturellen Erwartung geworden, die eigene Schwangerschaft erst nach positivem Amniozentesebefund bekannt zu geben. Es besteht der Gedanke, wenn das Resultat negativ ausfalle, solle man dies für sich behalten. Doch nach Erfahrung dieser Mutter ist das der falsche Weg, da sich die Betroffenen auf diese Art um wertvolle Unterstützung wie auch Mitgefühl ihres Umfeldes bringen. Sie und ihr Mann hatten sich für den offenen Weg entschieden. Die Anteilnahme ihrer Umwelt hat ihnen geholfen, die „Tortur zu überleben“ (Hodge, 1989, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 42; Lothrop, 2001, S. 42).

Das zuvor beschriebene unterstützende Verhalten von Familie, Freunden, Bekannten und Kollegen ist natürlich überaus wünschenswert. Doch bedauerlicherweise gibt es auch Fälle, in denen sich Eltern neben ihrem Schmerz zusätzlich mit vorschnellen Verurteilungen, mangelnder Unterstützung oder Unverständnis und Distanzierung durch das Umfeld konfrontiert sehen, meist gefolgt von einer sozialen Isolation des Elternpaares (Beutel, 2002, S. 127 f.). – Der *öffentliche* Umgang mit dem Tod des eigenen Kindes ist meist eine diffizile Angelegenheit, in der jedes Elternpaar für sich abwägen und entscheiden sollte, auch entsprechend der jeweiligen individuellen Gegebenheit, wie es damit umgehen möchte und kann.

Lothrop (2001) appelliert an das Umfeld betroffener Eltern:

Wir brauchen Menschen, die um unsere Entscheidung und um unseren Verlust wissen – Menschen, die die Komplexität unserer Situation begreifen und uns helfen, die auf uns genommene Verantwortung, vielleicht auch Zweifel zu der Richtigkeit unserer Entscheidung, Gefühle von Versagen und natürlich die tiefe Trauer um den Verlust eines geliebten Kindes zu verarbeiten, damit wir nicht krank werden. (S. 46)

¹⁶ Nach Wagner (2013) fördern neben dem Ausmaß der Beeinträchtigung infolge des Abbruchs auch mangelnde partnerschaftliche Unterstützung sowie starke Zweifel hinsichtlich der getroffenen Entscheidung eine langfristige psychische Belastung (S. 69).

Es bleibt festzuhalten, dass ein Schwangerschaftsabbruch bedingt durch fetale Fehlbildungen ein traumatischer Verlust ist, der mitunter einen pathologischen Trauerverlauf nehmen kann. Nach Untersuchungsergebnissen von Kersting et al. (2004) hat keine der befragten Mütter den Trauerprozess sechs Monate nach dem Verlust abgeschlossen (S. 167). Studien von Byrne und Raphael (1994) sowie Middleton, Burnett, Raphael und Martinek (1996), die sich ebenfalls dem Verlust eines geliebten Menschen widmeten, kamen zu dem Ergebnis, dass selbst 13 Monate nach dem Tod eines geliebten Menschen noch Trauersymptome bei den Hinterbliebenen erkennbar waren (zitiert nach Kersting et al., 2004, S. 167). Für die Bewältigung eines solchen Verlustes spielen neben dem Ausmaß des Traumas die verfügbaren Copingstrategien eine entscheidende Rolle (Kersting et al., 2004, S. 169). Hier gilt es zu bedenken, dass der Copingprozess beide Elternteile betrifft. Auch der Partner der betroffenen Mutter sollte in jegliche Trauerberatung eingeschlossen werden, gerade weil Frauen und Männer häufig auf unterschiedliche Weise einen Verlust bewältigen und dies zu Spannungen innerhalb der Paarbeziehung führen kann (Kersting et al., 2004, S. 168; Beutel, 2002, S. 128). Gelingt jedoch eine offene Kommunikation über den Verlust und die jeweils eigenen Gefühle, kommt es zur Festigung der dyadischen Beziehung (White-van Mourik, Connor & Ferguson-Smith, 1992, zitiert nach Beutel, 2002, S. 128; Schütt et al., 2001, S. 239-245).

2.5 Neugeborentod bzw. Tod eines Säuglings kurz nach der Geburt

2.5.1 Begriffsklärung

In Anlehnung an die Literatur von Lothrop (2001) wird der Neugeborentod wie folgt definiert: Wenn ein Baby bei der Geburt lebt, jedoch im Verlauf der ersten 28 Tage verstirbt, so wird von einem Neugeborentod gesprochen (S. 32). Stirbt das Kind während der ersten sieben Tage, handelt es sich um Frühsterblichkeit. Sobald die Nabelschnur des Babys pulsiert, das Kind selbst einen Atemzug ausgeführt oder auch das Herz des Babys ein einziges Mal geschlagen hat, erhält das Kind den Status einer juristischen Person von Gesetz wegen. Eine Namensgebung ist nun Pflicht (Lothrop, 2001, S. 32).

2.5.2 Mögliche Gründe

Als eine Hauptursache für den Neugeborenentod gilt entsprechend der Studien von Maier (1981) und Schauer et al. (1992) Frühgeburtlichkeit (beide zitiert nach Beutel, 2002, S. 77).

In Deutschland werden jedes Jahr laut Lothrop (2001) ungefähr 2.500 Babys geboren, die ihren ersten Lebensmonat nicht überleben (S. 32). Eine Vielzahl von ihnen stirbt bereits innerhalb der ersten Stunden. Ungefähr die Hälfte dieser Kinder sind Frühgeborene, deren Organfunktionen trotz intensiv-medizinischer Maßnahmen nicht bestehen können. Darüber hinaus führen angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems sowie des Nervensystems und der Atmungs- wie auch Verdauungsorgane ebenso wie gravierende Chromosomenanomalien zum Tod des Neugeborenen. Vereinzelt sterben Babys kurz nach der Geburt bedingt durch Komplikationen der Plazenta, der Nabelschnur sowie der Eihäute oder auch durch Infektionen (Lothrop, 2001, S. 32 f.).

2.5.3 Erleben und Umgang

Den Tod des eigenen Kindes mitzerleben, gehört mit Sicherheit zu einer der schwersten Situationen, die Eltern im Verlauf ihres Lebens widerfahren kann. Das Erleben des Neugeborenentodes steht für solch ein Verlustereignis. Obgleich ein Großteil der Eltern zu Beginn Angst empfindet, sehen sie im Nachhinein die Möglichkeit ihrem Kind vor dem Tod nahe zu sein, es berühren und umsorgen zu können, auch nur für kurze Zeit, als Bereicherung an (Lothrop, 2001, S. 34).

Eine hohe emotionale Herausforderung stellt beispielsweise die Geburt eines sehr kleinen Frühchens dar, die verständlicherweise mit Angst einhergeht. Sorgt bzw. ängstigt sich die Mutter im Verlauf der Geburt beträchtlich um das Überleben ihres Kindes, kann das ein dissoziatives Erleben auslösen, als Abwehrfunktion für die bedrohlich erlebte Angst (Schütt et al., 2001, S. 239, 242). In Anlehnung an Horowitz (1993) kann die Geburt „eines sehr kleinen Frühgeborenen als ein traumatisches Ereignis“ erachtet werden (zitiert nach Schütt et al., 2001, S. 240). Entsprechend der

Definition des DSM-IV¹⁷ stehen traumatische Erlebnisse¹⁸ für „potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“ (zitiert nach Schütt et al., 2001, S. 240).

Wenn das Kind, gemäß Lothrop (2001), nun lebend, jedoch schwer krank geboren wird, sehen sich die Eltern mit zu fällenden Entscheidungen konfrontiert, die nicht aufgeschoben werden können (S. 74). Es handelt sich um Entscheidungen hinsichtlich der Einwilligung von Eingriffen, die mitunter das Leben des Kindes um nur wenige Tage verlängern oder es trotz schwerster Behinderung am Leben erhalten. Möglicherweise müssen auch Absprache getroffen werden, lebenserhaltende Maßnahmen nicht länger fortzuführen. All diese Entschlüsse werden zumeist als Überforderung erlebt. Eltern fühlen sich dem schwerlich gewachsen, zumal sie häufig noch unter Schock stehen (Lothrop, 2001, S. 74).

Schlößer (2008) gibt zu bedenken, dass die Entscheidung eine lebenserhaltende Behandlung zugunsten palliativer Maßnahmen eines todkranken Neugeborenen zu beenden, in Absprache wie auch mit Zustimmung der Eltern erfolgen muss (S. 127). Diesem Zeitpunkt im Krankenhaus geht meist schon ein längerer Prozess im Rahmen der Pränataldiagnostik voraus. Aufgrund der daraus resultierenden schwerwiegenden Belastung für die Eltern ist nach Schulze und Wermuth (2007) eine professionelle Unterstützung für die Eltern vonnöten, die aller Regel nach von der Klinik nicht abgedeckt werden kann (zitiert nach Schlößer, 2008, S. 127). Die Gründe, warum sich Eltern nun für die Beendigung der lebenserhaltenden Therapie ihres Kindes entscheiden, mögen individuell und ganz persönlicher Natur sein. Zumeist spielen in diesem *Entscheidungskampf* das Mitleid sowie das Mitleiden mit dem eigenen Baby eine entscheidende Rolle.

Das, was allgemein als »Lebensqualität« bezeichnet wird, ist allerdings schwierig zu definieren, auch wenn man es in wissenschaftlichen Untersuchungen tun muss. So wird Lebensqualität ganz unterschiedlich erlebt, gelebt und beurteilt sowohl vom Betroffenen selbst als auch von seiner unmittelbar mit ihm zusammen lebenden Familie, anders als vom Therapeuten und erst recht anders als von der »Gesellschaft«. Auch wenn das Leben des schwergeschädigten Kindes als Rechtsgut höchsten Ranges angesehen wird und jedem Menschen das gleiche Recht auf Leben zusteht, muss mit aller Vorsicht die Frage angesprochen werden, ob das Leiden des Kindes nicht für seine unmittelbare Umgebung zu einer nicht mehr

¹⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

¹⁸ In Anlehnung an Schütt et al. (2001) kann ein traumatisches Erlebnis zu traumaspezifischen Erkrankungen führen. Dazu zählen akute Belastungsreaktionen und dissoziative Störungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Gemäß der Forschergruppe sind posttraumatische Belastungsstörungen und akute Belastungsreaktionen gekennzeichnet durch typische Symptome traumatischen Erlebens wie z. B. Intrusionen, Vermeidung sowie Hyperarousal (Schütt et al., 2001, S. 240).

zu verkräftenden Belastung wird. Leben muss nicht nur prinzipiell möglich sein, es muss auch gelebt werden können. (Schlößler, 2008, S. 127)

Die Sterbebegleitung des medizinischen Personals richtet sich sowohl an das sterbende Kind wie auch an seine Eltern und Familie. Ziele neben der Linderung von Schmerzen sowie weiterer quälender Symptome sind familienorientierte Pflege in Form von psychologischer und auch religiöser Betreuung, ebenso wie das Angebot konkreter Unterstützung, um den Eltern in der Zeit des Sterbens ihres Neugeborenen und der beginnenden Trauer beistehen zu können (Cignacco, Stoffel, Raio, Schneider & Nelle, 2004, zitiert nach Schlößler, 2008, S. 129).

Ein weiterer Aspekt, der von den Eltern als schwierig erlebt wird, ist der Anblick ihres toten Babys. Lothrop (2001) bemerkt dazu:

Wenn Babys mit Fehlbildungen zur Welt kommen, stellt sich die Frage, ob die Eltern diesen Anblick verkraften können. Erfahrung hat gezeigt, dass die Realität nie so schlimm ist wie die Monsterfantasien, die Eltern entwickeln, wenn sie ihr Kind nicht sehen. (S. 85)

In der Praxis zeigte sich, dass Eltern ihr Neugeborenes nicht aus klinischer Sicht betrachten, sondern ihr Baby mit dem Herzen ansehen. Der Fokus liegt somit nicht auf den Fehlbildungen. Die Eltern sehen die Einzigartigkeit sowie Schönheit ihres Kindes und bewahren dieses Bild in ihrem Herzen (vgl. dazu die Aussage von Schwester Jane Marie, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 85). Auch kann die Nähe zum Kind, sein Anblick, sein Berühren den Eltern helfen, die Endgültigkeit seines Todes noch besser wahrzunehmen und infolgedessen den nachfolgenden Trauerprozess zu unterstützen (Lothrop, 2001, S. 86).

Vance, Boyle, Najman und Thearle widmeten sich 2002 in ihren Studien dem partnerschaftlichen Disstress nach perinatalem Kindstod, wobei Unterschiede im Trauerverhalten ersichtlich werden (p. 368). Unterschiede in den Bewältigungsstrategien waren auch in Beutels (2002) Untersuchungen Gegenstand. Hier zeigte sich die Andersartigkeit der Aufarbeitung beispielsweise in Form von Missverständnissen und Konfliktverhalten (Beutel, 2002, S. 98). Gemeinsame oder gar einheitliche Copingstrategien scheinen demnach nicht die Regel zu sein. Doch zugleich zeigte sich, dass die Unterstützung sowie der Halt durch den Partner bei solch einem kritischen Lebensereignis eine überaus hilfreiche und zugleich notwendige Funktion für den Bewältigungsprozess einnimmt (Vance et al., 2002, pp. 368 ff.; Beutel, 2002, S. 98 f.).

Weitere Studienergebnisse erwecken den Anschein, dass die Geburt eines Frühgeborenen, u. U. mit anschließender intensiv-medizinischer Behandlung des Kindes, ein schmerzhaftes wenn nicht gar traumatisches Erleben auf Seiten der Mutter auslöst, das zu posttraumatischen Symptomen führen kann (Affleck, Tennen & Rowe,

1991, De Mier, Hynan, Harris & Manniello, 1996, alle zitiert nach Schütt et al., 2001, S. 243 f.; Schütt et al. 2001, S. 244).

Abschließend sei folgende Bemerkung von Schlößer (2008) erlaubt:

[...] Vor der Geburt des Kindes ist die Beeinträchtigung des Wohles Dritter eine hinreichende Rechtfertigung für die in diesem Falle aktive Beendigung des kindlichen Lebens. Nach der Geburt ist dies dann von einem Augenblick zum anderen ein mit hoher Strafe bewehrtes Tötungsdelikt (Paragraph 212 StGB). Es wäre unrealistisch, an dieser Gesetzeslage etwas ändern zu wollen. Diese legislative »Doppelmoral« ist mehrheitlich gewollt und wohl auch pragmatisch. Man sollte sie sich nichtsdestotrotz immer wieder vor Augen halten [...]. (S. 128)

3 Kritische Lebensereignisse und Stress

Da in der hier vorgelegten Dissertationsschrift oftmals der Begriff *kritische Lebensereignisse* Verwendung findet und nach zugrunde gelegtem Forschungsmaterial der Frühe Kindstod für ein kritisches Lebensereignis steht, soll in dem nachfolgenden Kapitel ein kurzer Einblick in die Thematik bzw. Begrifflichkeit sowie den Umgang mit solch einem Lebensereignis gewährt werden. Als direkte Folge von kritischen Lebensereignissen zählt verständlicherweise Stress, weshalb auch dieser Aspekt im Verlauf dieses Kapitels knapp beleuchtet wird. Ein umfassender Überblick beider Themenbereiche ist an dieser Stelle aus thematischer Priorisierung gegenüber dem Hauptthema *Früher Kindstod* nicht möglich, somit werden lediglich vereinzelt Aspekte der jeweiligen Thematik aufgegriffen.

3.1 Kritische Lebensereignisse – Begriffsklärung

Gemäß Filipp (1995a) ist „jeder individuelle Lebenslauf [...] gekennzeichnet durch eine kaum übersehbare Fülle von Ereignissen, die mehr oder minder abrupt und unvorhergesehen eintreten, die mehr oder minder gravierend in alltägliche Handlungsvollzüge eingreifen, die mehr oder minder dramatisch verlaufen und der Person Umorientierungen in ihrem Handeln und Denken, in ihren Überzeugungen und Verpflichtungen abverlangen“ (S. 3).

Es gibt diverse einschneidende Lebensereignisse, mit denen ein Mensch in seinem Leben konfrontiert werden kann. Dazu zählen die Beendigung der Schullaufbahn, Umzug, eigene Hochzeit, chronische Krankheit, berufliche Beförderung, Geburt des ersten Kindes, Ehescheidung, Arbeitslosigkeit, Pensionierung, Todesfälle im sozialen Umfeld¹⁹ usw. (Gräser, Esser & Saile, 1995, S. 106). Die aufgeführten Ereignisse betreffen ganz unterschiedliche Lebensbereiche und beinhalten verschiedenartige Konsequenzen für den jeweiligen Lebensbereich bzw. -abschnitt. So ist beispielsweise die Geburt des ersten Kindes eine nicht zu unterschätzende Veränderung für eine Partnerschaft.²⁰

Doch was genau sind kritische Lebensereignisse? Welche Konsequenzen haben betroffene Personen zu erwarten? Hinsichtlich der Konzeptualisierungsansätze von derartigen Lebensereignissen gibt es, so Filipp (1995a), ein grundlegendes Einverständnis dahingehend,

¹⁹ Der frühe Kindstod muss ebenfalls dazugezählt werden.

²⁰ Siehe dazu Kapitel 2.1.

[...] daß kritische Lebensereignisse als solche im Leben einer Person auftretende Ereignisse verstanden werden, die durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituation der Person gekennzeichnet sind und die mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen. Da diese Ereignisse eine Unterbrechung habitualisierter Handlungsabläufe darstellen und die Veränderung oder den Abbau bisheriger Verhaltensmuster erfordern, werden sie als prinzipiell ‚stressreich‘ angesehen, und zwar in vielen Fällen unabhängig davon, ob es sich dabei um ein nach allgemeinen Maßstäben ‚positives‘ (z. B. Heirat) oder ‚negatives‘ (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes) lebensveränderndes Ereignis handelt. (S. 23 f.)

Bodenmann (2011) äußert sich ebenso wie Filipp (1995a) zu kritischen Lebensereignissen und dem damit einhergehenden Stress. So sind kritische Lebensereignisse nach seiner Ansicht „markante, den normalen Lebensalltag eines Menschen erheblich verändernde Ereignisse, die in der Regel nicht vorhersehbar sind, sondern unerwartet über einen hereinbrechen. Todesfälle von geliebten Menschen, schwere Krankheiten, Unfälle [...] etc. sind Beispiele für diese Art von Stress, der einen hohen Grad an Belastung darstellt. Freudige Ereignisse wie die Geburt eines Kindes [...] usw. sind häufig nicht weniger stressreich und werden daher ebenfalls zu den kritischen Lebensereignissen gezählt“ (Bodenmann, 2011, S. 31).²¹ Ferner betont Bodenmann (2011) die Unvorhersehbarkeit solcher Lebensereignisse sowie deren starke Intensität. Auch treten kritische Lebensereignisse, so Bodenmann (2011), selten auf (S. 31).

Gemäß der Definition kritischer Lebensereignisse von Filip (1995a) wie auch von Bodenmann (2011) sehen beide Autoren einen Zusammenhang zwischen dieser Form von Ereignissen, die sowohl positiv (Geburt eines Kindes) wie auch negativ (Todesfall) gewertet werden können, und daraus resultierenden Veränderungen bzw. Anpassungen für die Betroffenen wie auch das damit verbundene Stresspotential (S. 31 ff.). Diese Aspekte lassen sich auch im Erleben des Frühen Kindstodes wiederfinden, wobei hier die Geburt des Kindes in einigen Fällen womöglich zwiespältige Gefühle hervorrufen mag.

3.2 Umgang mit kritischen Lebensereignissen

Größtenteils kommt es infolge kritischer Lebensereignisse zu einer Neuordnung im Leben betroffener Personen – Gewohnheiten ändern sich, persönliche Wünsche erfahren mögliche Einschränkungen etc. In der Regel kommt es im Weiteren „zum Überdenken der eigenen Existenz. Je nach Intensität und Dauer der kritischen

²¹ In Bodenmanns (2011) Aufzählung kritischer Lebensereignisse lassen sich sowohl Todesfälle geliebter Menschen als auch die Geburt eines Kindes mit der vorliegenden Thematik in Verbindung bringen (S. 31 f.).

Lebensereignisse können fundamentale Leitsätze, eigene Wertsysteme und die Lebensphilosophie einer Person verändert werden“ (Bodenmann, 2011, S. 31 f.).

Wieso reagieren Personen ganz individuell auf kritische Ereignisse in ihrem Leben? Wie kommt es, dass einige Menschen Krisen als Gelegenheit für einen Neubeginn betrachten und andere nicht? Nach Bechmann, Beinroth und Schmitz (2000) ist dieser Umstand auf vielfältige Faktoren zurückzuführen. Dazu zählen u. a. die jeweiligen Persönlichkeitsmerkmale, Erkenntnisse aus bereits durchlebten Krisen, *soziale Netzwerke* sowie Aneignung funktionaler Bewältigungsstrategien (Bechmann et al., 2000, S. 270). Ulich (1987) wie auch Erikson (1974) haben sich eingehend mit Krisen beschäftigt. Erikson (1974) versteht eine Krise „als Synonym für notwendige Wendepunkte im Lebenslauf [...] Jeder Wendepunkt bzw. jede Krise bietet die Chance für eine positive Weiterentwicklung; wird diese Chance nicht oder unzureichend genutzt, kann es zu einer Regression kommen“ (zitiert nach Bechmann et al., 2000, S. 271). Ulich (1987) steht diesem Ansatz kritisch gegenüber. Der Autor begreift Krise als „eine besondere Form von belastenden Zustandsänderungen“ (zitiert nach Bechmann et al., 2000, S. 271) und differenziert diese von anderen Belastungsformen hauptsächlich bemessen an der jeweiligen Qualität der *Bedrohung* etc. (Bechmann et al., 2000, S. 271). Die Folgeerscheinung von Krisen kann gemäß Ulich (1987) in dem Erleben verschiedenartiger, psychischer Befindlichkeiten, wie beispielsweise dem Durchleben von Leid, liegen (zitiert nach Bechmann et al., 2000, S. 271). Hauptsächlich handelt es sich bei psycho-sozialen Krisen in Anlehnung an Ulich (1987) um ein akutes Ereignis oder Erlebnis, das vornehmlich:

- überraschend erfolgt,
- meist einen Verlust beinhaltet,
- Bedrohlichkeit mit sich bringt,
- einhergeht mit Gefühlen wie Angst, Insuffizienz sowie Hilflosigkeit,
- innerhalb kürzester Zeit Entscheidungsprozesse und Anpassungen erfordert,
- eine extreme Beanspruchung bzw. Überforderung der Problembewältigungskapazität impliziert,
- ungewiss endet,
- eine Neuorientierung ermöglicht (Bechmann et al., 2000, S. 271 f.).

Die möglichen Auswirkungen von Krisen sind dabei abhängig von „Lebensalter, Lebenssituation, Lebenserfahrung und Art der auslösenden Probleme“ (Bechmann et al., 2000, S. 272). Nach Bechmann et al. (2000) wird vielerorts beispielsweise der Zeitraum im Anschluss an die Geburt des ersten Kindes, der den Anfang der Elternschaft flankiert,

als kritisch erfahren, da dieser Rollenwechsel innerhalb der elterlichen Dyade impliziert (S. 272).²²

Des Weiteren hat sich Lazarus (1981) mit „kritischen Belastungs- bzw. Stresssituationen und deren Bewältigung“ (zitiert nach Bechmann et al., 2000, S. 273) befasst. Seiner Meinung nach erfolgt in einer stressigen Situation bzw. im Verlauf eines kritischen Lebensereignisses eine anfängliche „Einschätzung der Lebenssituation; darauf folgt eine sekundäre, vertiefte Einschätzung, dann eine Neueinschätzung oder Bewältigung (coping)“ (zitiert nach Bechmann et al., 2000, S. 273). Lazarus (1981) kategorisiert das Vorgehen wie folgt: „Informationssuche“, „direkte Aktionen“, „Aktionshemmung“ sowie „intrapyschische Bewältigung“ (zitiert nach Bechmann et al., 2000, S. 273).

Das Thema Krisenbewältigung soll an dieser Stelle nur kurz Erwähnung finden, da es im Verlauf der vorgelegten Promotionschrift weitere Vertiefung erfährt.²³

Nach Bechmann et al. (2000) ist es bei der Bewältigung einer Krisensituation von entscheidender Bedeutung, über welche Erfahrungen die Betroffenen im Umgang mit Krisen und deren Bewältigung verfügen (S. 279). Auch Filipp (1995b) verweist auf die Integration kritischer Lebensereignisse in individuellen Lebensgeschichten, was zu einer Varianz in den Erfahrungen mit diesen Lebensereignissen führt (S. 318). Nach Aguilera und Messick (1978) ist der Abschluss einer krisenhaften Situation abhängig von drei Kriterien: „der realistischen Perzeption des verändernden Ereignisses, einer adäquaten situativen und sozialen Unterstützung und von effektiven Bewältigungsmechanismen (Coping-Stilen) der Person“ (zitiert nach Olbrich, 1995, S. 134). Darüber hinaus erfolgt die Verarbeitung von Krisen müheloser, wenn sich Betroffene bereits Methoden zum Stressabbau angeeignet haben, wie z. B. „Entspannungsübungen, Körperarbeit, kreatives Schreiben“ (Bechmann et al., 2000, S. 274). Soziale Unterstützung kann die Bewältigung ebenfalls begünstigen (Olbrich, 1995, S. 136).

Im Rahmen der entwicklungspsychologischen Perspektive ist die Grundannahme enthalten, „daß der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen nicht a priori eine potentiell pathogene Wirkung zugeschrieben wird, sondern daß sie vielmehr notwendige Voraussetzungen für entwicklungsmäßigen Wandel, insbesondere innerhalb des Erwachsenenalters, darstellen und somit potentiell zu persönlichem ‚Wachstum‘ beitragen können“ (Filipp, 1995a, S. 8).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass kritische Lebensereignisse „in all ihrer Komplexität und in ihrem Facettenreichtum ‚reale Lebensereignisse‘ dar[stellen]“

²² Siehe auch Kapitel 2.1.

²³ Siehe dazu Kapitel 4.

(Filipp, 1995b, S. 317), die für Betroffene mitunter schwer handhabbar sind und im Umgang bzw. der Bewältigung den Personen viel abverlangen.

3.2.1 Umgang mit kritischen Lebensereignissen als Paar – ein Einblick

Wie Partner in belastenden Lebenssituationen mit diesen und auch miteinander umgehen, spielt eine wesentliche Rolle für die Partnerschaftsqualität und -stabilität. So stellen z. B. die Kommunikationsqualität und Problemlösefähigkeit der Paare grundlegende Prädiktoren für den Verlauf ihrer Paarbeziehung dar. Für das dyadische Coping²⁴ als Bewältigungsstrategie sind sowohl die Kommunikationsqualität als auch die Problemlösefähigkeit der Partner relevant. Verschiedene Kompetenzen spielen im Rahmen dieses Copings eine fundamentale Rolle: „(a) Kommunikationsfertigkeiten, (b) soziale Kompetenz, (c) soziale Sensibilität und Rücksichtnahme und (d) individuelles Coping“ (Bodenmann, 2000, S. 194). Darüber hinaus geht aus der Partnerschaftsforschung der vergangenen 30 Jahre deutlich hervor, „dass die Kommunikationskompetenz ein Hauptprädiktor für den Verlauf und die Stabilität von Paarbeziehungen ist“ (S. 194).²⁵

In den späten 1940er Jahren entwickelte Hill ein Familienkrisenmodell – ABCX-Modell –, das bis zum heutigen Tag eine Grundlage für das Verständnis von Stress und Coping in Familien bildet. „Die Struktur dieses Modells beruht auf einer Differenzierung verschiedener Einflussfaktoren, die zwischen Stressereignis (als Ursache) und Krise (als Folge) wirken. Danach wird ein Stressor (A-Komponente im Modell) erst in Abhängigkeit

²⁴ Siehe dazu Kapitel 3.4.1 „(Dyadisches) Coping als Stressbewältigung“.

²⁵ „Je besser die Partner miteinander kommunizieren können, desto besser stehen die Chancen für eine zufrieden stellende Partnerschaft und desto wahrscheinlicher ist ein günstiger Verlauf der Paarbeziehung (Weiss & Heyman, 1997). Innerhalb der Kommunikation ist dabei neben der allgemeinen Kommunikationsqualität in der Partnerschaft im Sinne eines angemessenen Feedbackchannelings, der positiven Verstärkung (Lob, Zustimmung, Wertschätzung, etc.) einer geringen Rate an verbaler, non- und paraverbaler Negativität, insbesondere an verächtlichen, abwertenden, defensiven und provokativen Bemerkungen und destruktiver Kritik oder Rückzug (vgl. Gottman, 1994a; Gottman et al., 1998; Newton & Kiecolt-Glaser, 1995), die emotionale Selbstöffnung von grosser Bedeutung (vgl. Antill & Cotton, 1987; Burke & Weir, 1975; Fisher, 1986; Hansen & Schuldt, 1984; Hendrick, 1981). Dyadisches Coping sollte entsprechend positiv mit der Kommunikationsqualität korreliert sein, da beide Kompetenzen zentrale Prämissen für das Gelingen einer Partnerschaft darstellen und dyadisches Coping eine angemessene Kommunikation voraussetzt. Angemessene Kommunikationsfähigkeiten bilden eine der wichtigsten Grundlagen für die Aktualisierung von dyadischem Coping. Es kann angenommen werden, dass Paare mit inadäquaten Kommunikationsfähigkeiten auch Defizite im dyadischen Coping aufweisen, da elementare Möglichkeiten eines verständlichen Austausches zwischen den Partnern nicht vorliegen. Unterstützungshandlungen oder ein koordiniertes gemeinsames dyadisches Coping werden erschwert oder verhindert, wenn Defizite bei der Stresskommunikation und der Decodierung von Stresssignalen vorliegen“ (Bodenmann, 2000, S. 194 ff.).

der der Familie zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen (B-Komponente) und ihrer Einschätzung (Definition) des Stressereignisses (C-Komponente) zu einer Krise (X-Komponente)“ (Bodenmann, 2000, S. 14). Demzufolge ist eine Krise in Anlehnung an das ABCX-Modell ein Faktor der Stressintensität, ersichtlich durch einen einmaligen schwerwiegenden Stressor oder durch eine Anhäufung mehrerer Stressoren, die die persönliche Reizschwelle übersteigen und die Familie dazu bringen, sich neu zu orientieren bzw. zu organisieren. Die Stresssituation entwickelt sich für die Familie dann zu einer Krise, wenn das Gefühl entsteht, die Situation nicht mehr angemessen bewältigen zu können, sodass diese eine Bedrohung für den Status der Familie darstellt (Mederer & Hill, 1983, zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 14 ff.). Charakteristische Stressoren nach Hill sind insbesondere kritische Lebensereignisse²⁶ wie auch Entwicklungsaufgaben²⁷, so Bodenmann (2000, S. 15).

Ein wesentlicher Schritt in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen bzw. Krisensituationen sind Copingstrategien. Diese stehen für die Bemühung eines Individuums [oder auch eines Paares], die auftretenden Belastungen zu bewältigen, „wobei einer angemessenen Kommunikation²⁸ und Organisation eine grosse Bedeutung zugemessen wird“ (Bodenmann, 2000, S. 19). Ebenfalls spielt das soziale Umfeld und dessen Unterstützung eine wichtige Rolle im Krisenbewältigungsprozess (Bodenmann, 2000, S. 20).

Weitere Gesichtspunkte zur Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses auf partnerschaftlicher Ebene am Beispiel des Frühen Kindstodes und die möglichen Folgen daraus für das Paar werden in Kapitel 4 „Bewältigung des Frühen Kindstodes“ erörtert.

3.2.2 Kritische Lebensereignisse – Geburt des 1. Kindes und Früher Kindstod

Im Verlauf von Kapitel 3 wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Übergang zur Elternschaft, also die Geburt des ersten gemeinsamen Kindes, als kritisches Lebensereignis angesehen werden kann, bedingt durch die Verschiebung der Rollen innerhalb der Partnerschaft. Auf mögliches Konflikt- bzw. Krisenpotenzial im Rahmen einer beginnenden Elternschaft verweist ebenfalls Kapitel 2.1 „Schwangerschaft – Entwicklungsphase und Übergang zur Elternschaft“. Ferner kann, basierend auf den am

²⁶ Vgl. hierzu Filipp, 1990, zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 15. Siehe auch Kapitel 3 „Kritische Lebensereignisse und Stress“.

²⁷ Vgl. hierzu Duvall, 1957, Havighurst, 1972, Rapoport, 1963, alle zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 15.

²⁸ Z. B. dem involvierten Partner oder Familienmitgliedern gegenüber.

Anfang des Kapitels benannten Aspekten, der Frühe Kindstod ebenfalls als ein kritisches Lebensereignis bzw. eine Krise im Leben der betroffenen Eltern gewertet werden. Welche Auswirkungen hat solch ein Ereignis auf die Paarbeziehung der Eltern? Antworten hierzu finden sich in Kapitel 4 „Bewältigung des Frühen Kindstodes“ bzw. Kapitel 4.3 „Bewältigung als Paar“.

3.3 Stress als Folge von kritischen Lebensereignissen

Kritische Lebensereignisse erzeugen Stress im Leben der Betroffenen und können demnach auch mit dem Terminus *stressreiche Lebensereignisse* bezeichnet werden, so Filipp (1995a, S. 4). Folglich stellen kritische Lebensereignisse „nichts anderes dar als molar konzipierte ‚Stressoren‘, die [...] als ‚von außen‘ auf die Person einwirkende Kräfte verstanden werden und mit denen sich die Person in der ihr eigenen Weise auseinandersetzen muß“ (Filipp, 1995a, S. 4 f.). Geprägt werden belastende Situationen bzw. kritische Lebensereignisse demnach durch den daraus resultierenden empfundenen Stress. Dieser wird nach Lazarus (1981) wie folgt definiert: „Stress ist weder gleichbedeutend mit einem Umweltreiz, einem Personmerkmal [sic] oder einer Reaktion, sondern Stress stellt ein relationales Konzept dar, indem ein Gleichgewicht hergestellt werden muss zwischen Anforderungen und der Fähigkeit, mit diesen Anforderungen ohne zu hohe Kosten oder destruktive Folgen fertigzuwerden“ (zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 11). Auch Bodenmann (2011) versteht Stress als „ein Ungleichgewicht zwischen inneren und äußeren Anforderungen an die Person und ihre Möglichkeiten, darauf zu reagieren“ (S. 20). Folglich kommt es zu einem Stresserleben bei einer Person, wenn sich diese nicht in der Lage sieht, auftretende Anforderungen bewältigen zu können. Ein Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit entsteht, weil negative Konsequenzen vermutet werden. Die Situation erscheint „bedrohlich, schädigend oder [wird] als Verlust wahrgenommen“ (Bodenmann, 2011, S. 20).

3.4 Stress im partnerschaftlichen bzw. familiären Leben

Laut einer Untersuchung von Bodenmann (2001) mit 350 Paaren sehen sich im Mittel „rund ein Drittel der Paare erheblichem Stress²⁹ ausgesetzt“ (S. 386). Entsprechend der Studienergebnisse korreliert der empfundene Stress negativ mit der Partnerschaftszufriedenheit. Stress wirkt sich, so Bodenmann (2001) „in mehrfacher Weise destruktiv auf die Partnerschaftsqualität und -stabilität aus“ (S. 386). Vor allem innerhalb einer Paarbeziehung korreliert der Stress „aufgrund von drei Aspekten mit einem ungünstigen Verlauf der Partnerschaft (...) [sic]: (a) Stress reduziert rein quantitativ die gemeinsame Zeit füreinander und schränkt entsprechend dyadische Erfahrungen ein, (b) Stress führt zu einer Verschlechterung der dyadischen Kommunikation und (c) Stress erhöht das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen bei chronischer Belastung“ (S. 386). In einer weiteren Studie konnte Bodenmann (2000a) zeigen, „dass die Beziehungszufriedenheit innerhalb von vier Jahren nur bei den Paaren signifikant abnahm, welche individuell und dyadisch ungünstig mit Stress umgingen, während auf der anderen Seite Paare mit hohem Stressniveau aber funktionalem Coping ihre Partnerschaftszufriedenheit auf dem Ursprungsniveau halten konnten. Es erwies sich somit nicht das Belastungsmaß per se als relevanter Prädiktor, sondern die Art des Umgangs mit Stress auf der individuellen und dyadischen Ebene“ (zitiert nach Bodenmann, 2001, S. 390). Zahlreiche Studien konnten nach Bodenmann (2001) einen Zusammenhang zwischen geeigneten individuellen Copingstrategien, wie beispielsweise „positive Selbstgespräche, Umbewertung, Gefühlsberuhigung, aktive Einflussnahme, Offenheit, Optimismus und konstruktive Konfliktlösung“ (S. 390) mit einer erhöhten Partnerschaftszufriedenheit aufweisen. Folgende Copingstrategien konnten als dysfunktional bewiesen werden: „Vermeidung der Situation, Passivität, Resignation, negative Selbstverbalisation, Alkohol- oder Drogenkonsum und Gewaltanwendung“ (Bodenmann, 2001, S. 390). Zudem verweist Bodenmann (2001) darauf, dass Stressbewältigungskompetenzen in Zusammenhang mit einer besseren Partnerschaftsqualität und -stabilität stehen sowie Kompetenzeinbußen hinsichtlich der Kommunikation oder der Problemlösung zumeist Folgeerscheinungen einer zu großen Stressbelastung sind (S. 399).

²⁹ Stress kann gemäß Bodenmann (2005) in drei Arten differenziert werden: „(a) tägliche Widrigkeiten (Alltagsstress), (b) kritische Lebensereignisse (große, einschneidende, intensive und stark belastende Stressereignisse wie Todesfälle, Scheidung, Arbeitslosigkeit, Umzug aber auch die Geburt eines Kindes, Heirat etc.), sowie (c) Entwicklungsaufgaben (Stress, welcher alle Menschen im Verlauf ihres Lebens aufgrund biologischer, persönlicher, sozialer oder gesellschaftlicher Ereignisse betrifft und meistens vorhersagbar ist und zeitlich eingeordnet werden kann)“ (S. 88).

Die Familienstresspsychologie hat sich seit den 1930er Jahren zu einem autonomen Bereich der Stressforschung entfaltet. Im Verlauf dieser Zeit entstanden zahlreiche Ansätze bzw. Modelle wie z. B. der zuvor erwähnte familienstresstheoretische Ansatz von Hill mit dem ABCX-Modell³⁰. Dieses Modell diente zahlreichen weiteren Ansätzen als Grundlage, so z. B. Burr in den 1970er Jahren, McCubbin und Patterson in den 1980ern sowie Burr und Klein in den 1990er Jahren (Bodenmann, 2000, S. 13-23). Weitere Familienstressmodelle wurden von Bodenmann-Kehl Ende der 1990er Jahre wie auch von Schneewind (1991) vorgelegt, wobei sich Schneewind (1991) für eine „Erweiterung und Reformierung des ABCX-Modells“ (zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 28-31) einsetzt.

In Anlehnung an Bodenmann (2000) sieht sich eine Familie oftmals mehreren Entwicklungsphasen gleichzeitig gegenübergestellt (S. 34). Tritt in solch einer Phase nun noch ein kritisches Lebensereignis auf wie z. B. der Verlust des eigenen Kindes, erscheint die Situation teilweise unüberschaubar. Hinzu kommt, dass die Familienmitglieder über ganz individuelle Bewältigungsressourcen verfügen und den *stressrelevanten Themen* ein unterschiedlicher Stellenwert zugewiesen wird (Bodenmann, 2000, S. 34). Die Anhäufung von Stress kann, so Bodenmann (2000), „im Rahmen verschiedener Stresstypen (kritische Lebensereignisse, Entwicklungsaufgaben, tägliche Mikrostressoren) und deren Summation oder innerhalb einer einzelnen Stressorklasse auftreten“ (S. 67). Außerdem verfügt jeder Mensch über eine individuelle Stresstoleranzschwelle, „die aufgrund früherer Stresserfahrungen bzw. genetischer und biologischer Prädispositionen unterschiedlich hoch ist“ (Bodenmann, 2000, S. 70).

Es stellt sich die Frage, wie ein vom Frühen Kindstod betroffenes Paar mit dem daraus resultierenden Stress³¹ umgeht, wenn es bzw. die Familie sich zudem noch in einer wie oben erwähnten Entwicklungsphase befindet? Wenn man noch die divergente Stresstoleranzschwelle der Betroffenen hinzurechnet, ist dann überhaupt noch ein *angemessener* Umgang mit dem Stress bzw. dem Verlust möglich? Wie kann das Stressniveau minimiert werden?

Bodenmann (2000) entwickelte im Verlauf der 1990er Jahre den Ansatz des dyadischen Copings mit dem „Kaskaden-Modell des Stress-Coping-Prozesses“. Demnach wird angenommen, „dass in einer Stresssituation zuerst individuelle Belastungsbewältigungsstrategien eingesetzt werden, die bei Fortbestehen des

³⁰ Siehe dazu Kapitel 3.2.1 „Umgang mit kritischen Lebensereignissen als Paar – ein Einblick“.

³¹ Zur Thematik eines genderspezifischen Umgangs mit Stress innerhalb der Familie siehe auch Literatur von Bodenmann (1995) sowie Weiß, Limmer, Burda-Viering, Schütz und Laux (1994, beide zitiert nach Weiß, 2001, S. 245).

Stresses durch dyadisches Coping³² (falls die Person über eine Partnerschaft verfügt) flankiert und bei weiterem Andauern der Belastung in einem dritten Schritt durch die Mobilisierung von paarexternen Ressourcen unterstützt werden“ (S. 76).

Bei der Betrachtung des kritischen Lebensereignisses Früher Kindstod liegt die Vermutung nahe, dass es Paare gibt, deren individuelle Bewältigungsstrategien recht bald nach dem Verlust erschöpft sind. In welchem Umfang ist dyadisches Coping in solch einer Situation möglich? Wie kann ein Paar, füreinander da sein, wenn die Trauer auf unterschiedliche Weise ausgelebt wird? An dieser Stelle werden oft paarexterne Ressourcen nötig. Welche stehen hier zur Verfügung?

Studienergebnisse bestätigen eine negative Assoziation von kritischen Lebensereignissen und Partnerschaftsqualität, so Bodenmann (2000, S. 155). In einer Untersuchung von Williams (1995, zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 155) in Bezug auf den Zusammenhang von kritischen Lebensereignissen und Partnerschaftsqualität konnte hingegen „kein signifikanter negativer Zusammenhang repliziert werden“ (S. 155). Daraus könnte das Fazit gezogen werden, „dass kritische Lebensereignisse nicht konsistent mit einer niedrigeren Partnerschaftsqualität einher zu gehen brauchen, ja in den meisten Fällen kein direkter Zusammenhang nachweisbar ist“ (S. 156). Bodenmann (2000) äußert in dem Zusammenhang die Vermutung, „dass beim Auftreten von kritischen Lebensereignissen bei einigen Paaren die Kohäsion³³ aufgrund der Not gestärkt und die Zufriedenheit vorübergehend gleich bleibt oder erhöht ist“ (S. 156). Hingegen sind Studienergebnisse in Bezug auf Mikrostressoren, wie z. B. Alltagsstress, eindeutig. Diese zeigen eine vollends negative Korrelation mit der Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit (Bodenmann, 2000, S. 156).

Lothrop (2001) verweist indes auf den extremen Stress, der aufgrund einer Verlustsituation auftritt. Dieser bringt, so die Autorin, negative Seiten der Partner zum Vorschein, die mitunter bisher nur gelegentlich sichtbar wurden (S. 139). Demnach sieht sich das Paar ergänzend zu der bereits schweren Bewältigung seines Verlustes, womöglich auch mit dem Auftreten solch gering geschätzter Verhaltensweisen konfrontiert.

Wie ist ein gemeinsamer, partnerschaftlicher Umgang mit Stress möglich, wenn dieser beide betrifft? Bodenmann (2000) spricht sich in diesem Fall für eine *Bewältigung als Paar* aus.

³² Weiterführende Aspekte finden sich dazu in Kapitel 3.4.1 „(Dyadisches) Coping als Stressbewältigung“.

³³ Open Thesaurus. Sozialer Zusammenhalt. Zugriff am 10.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.openthesaurus.de/synonyme/kohäsion>

Helfen Sie sich gegenseitig bei einer realistischen Einschätzung der Situation, besprechen Sie Ihre Meinungen, Ansichten, was Sie mit dem Ereignis gefühlsmäßig verbinden, was es bei Ihnen auslöst und für Sie bedeutet. Finden Sie zusammen eine gemeinsame Einschätzung. Denken Sie nicht, dass der Partner gleich denkt wie Sie. Fragen Sie ihn/sie, was in ihm/ihr abläuft, wie er/sie die Sache sieht, was es bei ihm/ihr auslöst. Dies ist nicht nur informativ, sondern ermöglicht auch, je nach Situation, eine Relativierung des eigenen Standpunktes, eine angemessenere Sichtweise und eine gemeinsame Problemdefinition. Es bildet die Basis für gemeinsame Bewältigung. (S. 130)

Ferner postuliert Bodenmann (2000) die Bereitschaft zu Kompromissen und das Versetzen in die Lage des Partners (S. 137 f.).

3.4.1 (Dyadisches) Coping als Stressbewältigung

Dyadisches Coping ist nach Bodenmanns (2000) Verständnis „einerseits Ausdruck eines egalitären, kollegialen Partnerschaftsverständnisses und andererseits Zeichen der gemeinsamen Verbundenheit und Achtung füreinander und des Interesses für die Belange des Partners und der Beziehung“ (S. 9).

Bodenmann (1990, 1995a, 1997c, 1998a) sowie Bodenmann und Perrez (1991) stellten Anfang der 90er Jahre erstmals ihren systemisch-transaktionalen Ansatz von Stress sowie Coping bei Paaren vor, wobei dieser fortlaufend weiter entwickelt wurde³⁴ (alle zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 44). Der systemisch-prozessuale Ansatz charakterisiert drei Grundannahmen: „(a) Stress in Partnerschaften als dyadisches Phänomen“, „(b) dyadisches Coping“, „(c) Kaskadenmodell“ (Bodenmann, 2000, S. 44 f.).

Welche Formen des dyadischen Copings gibt es? Welchen Zweck vermag das dyadische Coping zu erfüllen? Bodenmann (2011, 2013) beschreibt dyadisches Coping als „Art und Weise, wie sich Paare bei gemeinsamem Stress (welcher beide Partner in etwa gleich betrifft [...]) gemeinsam in die Problemlösung und gegenseitige Emotionsregulation investieren [...]“ (Bodenmann, 2011, S. 107). Diese Form der Stressbewältigung³⁵ veranschaulicht demnach

ein prozesshaftes, interpersonelles Geschehen zwischen den Partnern, indem verbale oder nonverbale Stresssignale des einen und Antwortreaktionen des anderen (Ignorieren des Stresses des Partners, Ansteckung durch den Stress des Partners,

³⁴ Siehe dazu auch Kapitel 3.4.

³⁵ Bodenmann (1995a) verweist auf die Notwendigkeit einer expliziten Stressäußerung und das emotionale Erleben der Situation. Was sind aktuelle Stressauslöser und weshalb werden diese als Stress empfunden? Es gilt, den Interpretationsspielraum des Partners so gering wie möglich zu halten, damit es zu weniger Missverständnissen und Fehleinschätzungen kommt. Nur so ist eine adäquate Unterstützung durch den Partner möglich (zitiert nach Bodenmann, 2000, S. 62).

positives, negatives, gemeinsames dyadisches Coping) im Wechselspiel stehen und einen gemeinsame Bewältigungsprozess abbilden. (Bodenmann, 2013, S. 180)

Der Nutzen des dyadischen Copings liegt gemäß dem Autor in zweierlei Aspekten:

- „der Wiederherstellung der dyadischen Homöostase, in dem das Stressniveau durch diese Form des Copings bei beiden Partnern gesenkt wird
- der Erhöhung wechselseitigen Vertrauens, des Gefühls der Zusammengehörigkeit (Wir-Gefühl), der Intimität und der Verbundenheit“ (Bodenmann, 2013, S. 180).

Als Einflussfaktoren auf den oben beschriebenen Copingprozess gelten: „(a) individuelle und dyadische Kompetenzen, (b) motivationale Faktoren und (c) situative Gegebenheiten (wie aktuelle Verfügbarkeit und generelles Ressourcenniveau)“ (Bodenmann, 2000, S. 61).

Bodenmann (2000, 2004) entwickelte im Rahmen der partnerschaftlichen Stressbewältigung die „3-Phasen-Methode des dyadischen Copings“, welches im therapeutischen Arbeitsfeld zum Einsatz kommt (zitiert nach Hahlweg & Baucom, 2008, S. 59). Bei diesem Ansatz ist zunächst einmal das Verständnis des einen Partners für die Stresssituation des anderen Partners zentral, ebenso wie das Verständnis der in dieser Situation benötigten Unterstützungsform. Mithilfe eines Therapeuten werden hier die Partner in 3 Phasen zum dyadischen Coping *angeleitet*. Die erste Phase umfasst hierbei eine *stressbezogene Selbstöffnung* des gestressten Partners. In der zweiten Phase soll der unterstützende bzw. zuhörende Partner dem gestressten Partner eine adäquate dyadische Unterstützung offerieren. Phase 3 besteht aus dem Feedback des gestressten Partners, indem dieser dem unterstützenden Partner Rückmeldung über die Wirksamkeit seines Feedbacks und etwaig gewünschte Hilfestellung erteilt (Hahlweg & Baucom, 2008, S. 60; vgl. dazu Übungsblatt 10: Anleitung zur „3-Phasen-Methode“³⁶).

Forschungsergebnisse belegen die wichtige Rolle des Partners in einer Stresssituation. Sowohl bei sach- als auch emotionsbezogenem Stress fungiere der Partner ca. sieben Mal häufiger als erste Unterstützungsquelle, im Vergleich zu Freunden, Verwandten oder gar Bekannten (Bodenmann, 2000, S. 264).

Im Bereich der Stressbewältigung hat sich speziell das dyadische Coping, also die Art und Weise wie gemeinsam mit einer Belastung auf partnerschaftlicher Ebene umgegangen wird, „als Hauptprädiktor für die Qualität und Stabilität der Paarbeziehung erwiesen“ (Bodenmann, 2000, S. 293; vgl. auch ebd., S. 183). Das heißt, dass die

³⁶ Übungsblatt_10_Anleitung_Paaruebung_3-Phasen-Methode.pdf. Zugriff am 10.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=4680&token=71bc20bbc4ee4fe0fd4cc391a363a0ddcbfde4d9>

Partnerschaftsprognose umso günstiger ausfällt, je besser das Paar gemeinsam und die jeweiligen Partner für sich mit Belastungen im Alltag umzugehen vermögen (Bodenmann, 2000, S. 295). Eine explizit geäußerte Mitteilung über den empfundenen Stress bzw. Belastung ist dabei unumgänglich, denn nur so erhält der Partner die Möglichkeit, adäquat reagieren zu können (Bodenmann, 2011, S. 103). Darüber hinaus bewirkt dyadisches Coping nach Bodenmann (2013) nicht nur eine Verminderung des individuellen als auch dyadischen Stressniveaus, sondern dient der Festigung der Paarbeziehung (S. 180).

Setzt man diese Aspekte ins Verhältnis zum Frühen Kindstod, liegt auf der Hand, dass es gerade auch in der Bewältigung eines so schmerzhaften Verlustes enorm wichtig ist, dem Partner mitzuteilen, welche Gedanken und Gefühle in dieser Situation bestehen. Ebenso ist eine Kommunikation in Bezug auf die erwünschten gegenseitigen Unterstützungsformen von großer Bedeutung, um die stressreiche Verlustsituation entsprechend durchleben zu können. Besonders positiv bei der Anwendung des dyadischen Copings ist dabei nicht nur die Reduzierung des Stressniveaus, sondern gerade auch die vorteilhafte Auswirkung die Beziehungsebene betreffend.

Doch was geschieht, wenn Partner sich nicht in der Lage sehen, einander zu unterstützen? Bodenmann (2011) appelliert in solch einer Situation offen und ehrlich dem Partner mitzuteilen, dass eine „wirksame Unterstützung“ (S. 123) unter den aktuellen Umständen nicht möglich ist.

Dies ist besser, als Pseudounterstützung anzubieten, da diese nicht nur nutzlos ist, sondern meist als herabsetzend und beschämend erlebt wird. Sie kann dazu führen, dass die Partnerin/der Partner in ähnlichen Situationen ihren/seinen Stress Ihnen gegenüber nicht mehr äußert, sich innerlich zurückzieht, sich verschließt und schützt. Seien sie beide ehrlich zueinander. (Bodenmann, 2011, S. 123)

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass eine derart differenzierte Konzeption von Stress sowie Coping bei Dyaden bisher nur in der Forschergruppe von Bodenmann vorliegt, weshalb auch die Literaturliste dementsprechend ausfiel (Bodenmann, 2000, S. 88).

Der obige Abschnitt stellt nur einen kurzen Einblick in die Thematik dar. Dennoch wird die bedeutsame Rolle des dyadischen Copings im Umgang mit stressreichen Situationen und der Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Qualität und Stabilität klar erkennbar. Das dyadische Coping steht für eine mögliche Bewältigungsform im Umgang mit kritischen Lebensereignissen und kann daher auch im Rahmen der Bewältigung des Frühen Kindstodes auf der Paarebene Anwendung finden. Denn meist stoßen Mutter und Vater nach erlittenem Verlust schnell an ihre persönlichen Grenzen

im Rahmen der Bewältigung. In solch einer Situation erscheint es besonders wünschenswert in dem Partner eine Unterstützungsquelle zu finden, wobei der dyadischen Kommunikation eine fundamentale Rolle zukommt.

4 Bewältigung des Frühen Kindstodes

Man weiß, daß die akute Trauer nach einem solchen Verlust ablaufen wird, aber man wird ungetröstet bleiben, nie einen Ersatz finden. Alles, was an die Stelle rückt, und wenn es sich auch ganz ausfüllen sollte, bleibt doch etwas anderes. (Freud 1929 an Binswanger, zitiert nach Beutel, 2002, S. 143)

Die inhaltliche Bandbreite zur allgemeinen Bewältigung des Frühen Kindstodes, der nach Scheidt, Waller, Wangler, Hasenburg und Kersting (2007) zu den häufigsten Schwangerschaftskomplikationen³⁷ zählt, ist enorm. Im Folgenden wird daher eine dezidierte Auswahl an Gesichtspunkten vorgenommen, die die dyadische Bewältigung als Schwerpunkt hat.

Ein perinataler Verlust³⁸ zählt, so Kersting (2001), „zu den schwierigsten Lebensereignissen, die Menschen zu verarbeiten haben“ (S. 119). Eltern verbinden mit ihrem Kind Wünsche und Hoffnungen für die Zukunft, die nun ein plötzliches Ende finden. Zudem wird das Weltverständnis durch einen perinatalen Tod erschüttert, denn „üblicherweise sterben die Eltern vor den Kindern und es gehört zu ihren Aufgaben, ihre Kinder vor Gefahren zu beschützen“ (Kersting, 2001, S. 119). Im Fall des frühen Kindstodes ist es den Eltern nicht möglich, das eigene Kind zu schützen (Kersting, 2001, S. 119).

Ein einschneidender Verlust, wie der einer Schwangerschaft muss entsprechend bewältigt werden (Beutel, 2002, S. 91). Die Wege der Bewältigung sind hierbei vielfältig (Kersting, 2001, S. 123). Als Voraussetzung für entsprechende Trauer sollten Eltern ihr Baby kennenlernen können und sich auch von ihrem Kind verabschieden dürfen (Beutel, 2002, S. 91). Das Vorgehen unterstützt auch Lothrop (2001), indem sie sich für das Kennenlernen und eine bejahende Beziehung zum Kind ausspricht, um einen guten wie auch heilsamen Abschied zu ermöglichen – einen Abschied, der Eltern erlaubt, ihr Kind gehen lassen zu können (S. 80). Unter *Loslassen* [bzw. gehen lassen] versteht die Autorin nicht, das Kind zu vergessen, „im Gegenteil, auch ein totes Baby will für immer Teil unseres Lebens bleiben. Erinnerungen helfen uns auf unserem Trauerweg und erleichtern die so wichtige Verarbeitung auch im Familiengefüge“ (Lothrop, 2001, S. 80). Der Trauerprozess ist nach jedem Verlusterleben notwendig ebenso wie schmerzlich, er fördert den Umgang mit dem Verlust. Nach Beutel (2002) ist hierbei „die Bindung an das Kind“ ausschlaggebend, „die nicht generell mit der Schwangerschaftsdauer zunimmt,

³⁷ In Anlehnung an Studien von Beutel (1994), Swanson (1999) und Nikecevic (2003, alle zitiert nach Scheidt, Waller, Wangler, Hasenburg & Kersting., 2007, S. 7) liegt die Schwangerschaftskomplikation beim prä- sowie perinatalen Kindstod bei 15 bis 20 % (S. 7).

³⁸ Das gilt nach Auffassung der Verfasserin ebenso für einen pränatalen Verlust.

sondern eine sehr persönliche Prägung und Entwicklung aufweist“ (S. 143). Speziell diese Tatsache wird oftmals nicht ausreichend verstanden und gewürdigt. Treten ferner widrige äußere oder innere Umstände auf, kann sich eine depressive Symptomatik entwickeln, die zu einer erschwerten und verzögerten Verlustbewältigung führt (Beutel, 2002, S. 143).

Im Unterschied zum Tod „einer nahestehenden Person“ (Beutel, 2002, S. 134) kann beim Verlust einer Schwangerschaft auf keine ritualisierten, normierten „Formen der Trauer“ (S. 134) sowie der Anteilnahme zurückgegriffen werden, „die helfen, der eigenen Trauer Ausdruck zu geben oder Trost zu finden“ (S. 134). Riecher-Rössler und Rhode (2001) sehen ebenfalls den Trauerprozess nach einem perinatalen Verlust durch Ermangelung eines Trauermodells für solch einen Todesfall erschwert (S. 120). Hinzu kommt, dass häufig noch „nicht einmal die Bedeutung und der Kummer über den Verlust“ (Beutel, 2002, S. 134) des eigenen Kindes, das nach Ansicht „Außenstehender ‚gar nicht gelebt hat‘ oder ‚nicht lebensfähig war‘, anerkannt [wird]“ (Beutel, 2002, S. 134). Vielfach berichten Mütter „Desinteresse, Verständnislosigkeit von Verwandten, Freunden, Ärzten, Mitpatienten und Kontaktvermeidung (‚Man wird behandelt, als ob man die Pest hätte‘)“ (S. 134).

Eine neue Schwangerschaft scheint nach dem Verlusterleben für zahlreiche Mütter die alleinige Möglichkeit zu sein, „unerträgliche Gefühle von Leere zu füllen oder sich ihrer Fähigkeit zu vergewissern, überhaupt ein Kind austragen zu können“ (Beutel, 2002, S. 140). Nahezu alle Frauen hatten den Wunsch, nach dem Tod ihres Babys bald wieder schwanger zu werden (vgl. ebd., S. 140). Studienergebnisse von Deckardt, Beutel und Schaudig (1994) konnten hingegen „keinen statistisch positiven Einfluß auf die Trauerverarbeitung“ (S. 347) nach einem Abort aufzeigen.

Trotz der Tragik, die solch ein Verlust mit sich bringt, gelingt es einer Vielzahl von Betroffenen, der Situation etwas Positives zu entnehmen. „So schreibt ein Partner: ‚Immerhin wissen wir jetzt, dass meine Frau schwanger werden kann“ (Beutel, 2002, S. 142). Andere Betroffene berichten von einer persönlichen Weiterentwicklung sowie einer Präzisierung der eigenen Ziele und Prioritäten im Leben. Wieder andere empfanden „das eigene Engagement für mitbetroffene Eltern“ (S. 142) sehr hilfreich. Manche Paare kommen in der Verlustsituation einander näher oder der Kinderwunsch kristallisiert sich deutlicher heraus. Der Kindsverlust stellt jedoch auch Partnerschaften auf die Probe, die mitunter zu einer Kluft zwischen den Partnern führt (Beutel, 2002, S. 142).

Mit dem Tod des eigenen Kindes geht ein Teil der *eigenen Zukunft* verloren. Daher ist der Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft nachvollziehbar. „Umso schwerwiegender ist, wenn wenig Hoffnung besteht, überhaupt ein (weiteres) Kind zu haben. Möglichkeiten der Bewältigung sind begrenzt, wenn nur geringe Hoffnung auf

eine neuerliche Schwangerschaft besteht“ (Beutel, 2002, S. 143). In diesem Fall entwickelt sich möglicherweise eine chronische Trauer (Beutel, 2002, S. 143).

Neben der Trauer um ihr Kind und der Bewältigung des Frühabortes³⁹ sehen sich Mütter zusätzlich „mit Enttäuschung, Schuldgefühlen und Selbstwertproblemen“ (Bergner, Beyer, Klapp & Rauchfuß, 2009, S. 63) ebenso wie mit einem „feeling of uncertainty about their own reproductive ability“ (Bergner et al., 2008, p. 110) konfrontiert, die es ebenfalls zu bewältigen gilt. Gelingt eine „aktive Auseinandersetzung“ mit dem Verlust, „wird die Verletzung ihres Selbstgefühls von den Frauen offenbar weniger geleugnet“ (Bergner et al., 2009, S. 63). Es folgt eine Aktivierung zahlreicher Ressourcen zur Wiedererlangung des weiblich narzisstischen Gleichgewichts, „ohne dabei die mit dem Schwangerschaftsverlust verbundenen Emotionen zu verdrängen“ (Bergner et al., 2009, S. 64). Zugleich zeigen eine Vielzahl von Studienergebnissen eine „increased pregnancy-specific anxiety in women who had previously suffered miscarriages“ (Bergner et al., 2008, p. 110).

Kersting (2004) macht deutlich, dass der Verlust einer nahestehenden Person für eine Erfahrung steht, „die jeder Mensch im Laufe seines Lebens machen wird. Abschiede und Trauerprozesse sind daher Bestandteil des normalen Lebens, die, wenn sie angemessen bewältigt werden, auch eine Chance für die weitere Entwicklung der Persönlichkeit sein können“ (Kersting, 2004, S. 330). Auch Scheidt und Kollegen (2007) belegen mit ihrem Befund, dass Trauer, sofern keine gravierenden Risikomerkmale auftreten, mehrheitlich „zu einem neuen Gleichgewicht führt“ und solch ein *Reparationsvorgang* auch als deutliches Ziel eines Trauerprozesses anzusehen ist (S. 9). Für den Trauerprozess selbst scheint Zeit als *Heilfaktor* zu fungieren (Swanson, 1999, zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 9).

Lothrop (2001) formuliert es so:

Wir überdenken unsere Lebensvorstellungen und Werte, um am Ende wahrscheinlich zu neuen Überzeugungen und Prioritäten zu kommen. Neue Dimensionen mögen sich uns eröffnen. Wenn wir das Potential dieser Phase nutzen und uns bewusst Zeit für diesen tiefen Prozess einräumen, werden wir in der Tat als verwandelte, reifere Menschen aus dieser schlimmen Erfahrung hervorgehen. Doch diese Verwandlung kostet sehr viel Kraft. Kein Wunder, dass wir oft keinen Antrieb für äußerliche Dinge haben. Da wir im Inneren wirklich Schwerstarbeit leisten, ist es gut, in dieser Zeit im Äußeren nicht zu viel von uns zu verlangen. Wir können üben, immer mehr nach innen zu lauschen und das zu tun, was uns wichtig und richtig erscheint, und nicht das, was andere von uns erwarten. (S. 171 f.)

³⁹ Dasselbe gilt für alle Formen eines frühkindlichen Todes.

4.1 Protektive Faktoren vs. Risikofaktoren

Der frühe Verlust einer Schwangerschaft ist für betroffene Mütter eine große Belastung. Die meisten von ihnen können dieses kritische Lebensereignis jedoch gut verarbeiten und finden spätestens nach zwölf Monaten zu einem inneren Gleichgewicht zurück. In der Trauerbewältigung konnten gewisse Prädiktoren identifiziert werden, die mit einer erhöhten Symptomatik für die Mütter nach einer Fehlgeburt sowie in einer Folgeschwangerschaft einhergehen. Dazu zählen unter anderem „Muster einer depressiven Verarbeitung und ängstliche Trauer sowie eine mangelnde Unterstützung durch den Partner und zurückliegende Trennungen“ (Bergner et al., 2009, S. 66)⁴⁰. Treffen diese Risikomerkmale auf eine Mutter zu, wird neben Aufklärungsgesprächen eine ergänzende spezifische Behandlung empfohlen. Diese kann Beratungsgespräche wie auch Paargespräche, die Teilnahme an einer Gesprächsgruppe oder auch eine Psychotherapie umfassen. In einer Untersuchung von Murray, Terry und Vance (2000)⁴¹ zeigten sich vor allem bei Müttern, die von Risikofaktoren wie bspw. „mangelnder sozialer Unterstützung, familiärer Belastungen oder belastender Lebensumstände“ (zitiert nach Bergner et al., 2009, S. 66) tangiert waren, positive Auswirkungen auf ein Beratungsgespräch durch geschultes Personal (S. 66).

Aufgrund von eigenen Studienergebnissen sowie weiteren Befunden aus der Literatur hat Beutel (2002) eine Übersicht von Risikovariablen erarbeitet, die in Abbildung 1 dargestellt werden.

⁴⁰ Befragt wurden 232 Frauen wenige Wochen nach einer Fehlgeburt, mit Hilfe von standardisierten Fragebögen und Symptomlisten, u. a. zu Copingstrategien und Trauerprozess. Weitere Befragungen folgten nach sieben und 14 Monaten in Bezug auf die psychische Symptomatik (siehe dazu Bergner et al., 2009, S. 57-67).

⁴¹ „In einer Längsschnittstudie mit 144 Eltern [Versuchsgruppe n=84, Kontrollgruppe n=60] wurde die Wirksamkeit eines Interventionsprogramms zur Linderung der psychischen Belastung von betroffenen Eltern, die den Tod eines Kindes erlebt hatten, eruiert [Übers. v. DeepL].“ Die Untersuchung der Eltern erfolgte im Hinblick auf psychische wie auch körperliche Symptome, dyadische Anpassung und Copingstrategien. Die Erhebungen wurden vier bis sechs Wochen sowie sechs und 15 Monate nach Verlusterleben durchgeführt (siehe dazu Murray et al., 2000, S. 275-305).

- Alleinstehende/adoleszente Mutter
- Geringe Schulbildung/Sozialstatus
- Zwiespältigkeit bzgl. Schwangerschaft (Abbruchwunsch, Risikoverhalten)
- Hohe Belastung in Schwangerschaft/im vorangegangenen Jahr
- Frühere Fehl- und Totgeburten
- Keine eigenen Kinder
- Fertilitätsprobleme
- Andere ungelöste Verluste (eigene Kindheit, Fehl-, Totgeburt der Mutter), unsichere Bindung
- Psychische Vorbelastung (frühere Depressionen, Ängste)
- Belastende Begleitumstände des Verlustes (kein Kontakt mit Kind oder Beisetzung)
- Mangelndes Verständnis/Gesprächsmöglichkeit mit Partner
- Unzufriedenheit mit beruflicher Situation

Abbildung 1. Risikomerkmale für komplizierte Trauer nach Fehl- und Totgeburt (in Anlehnung an Beutel, 2002, S. 150)

Nach Beutel (2002) stellt offenbar nicht ein einzelner dieser Faktoren ein Risiko für die Verlustbewältigung dar, sondern vielmehr eine Kombination der oben abgebildeten Merkmale (S. 149; Beutel, 2002, S. 150).

Vergleichbare Risikofaktoren konnten Deckhardt, Beutel und Schaudig (1994)⁴², Hughes und Riches (2003)⁴³, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 279), Janssen, Cuisinier, de Graauw und Hoogduin (1997)⁴⁴, zitiert nach Wagner, 2013, S. 68), Kuse-Isingschulte (2001)⁴⁵ sowie Lasker und Toedter (1991)⁴⁶, zitiert nach Wagner, 2013, S. 68) wie auch

⁴² Befragt wurden 86 Patientinnen nach einem Spontanabort während eines stationären Aufenthaltes in einer Frauenklinik. Die Befragung erfolgte anhand von standardisierten Fragebögen und Interviews kurz nach der Gebärmutterausschabung. Erneut wurden nach 7, 13 und 24 Monaten spezifische Langzeitfolgen erfragt (siehe dazu Deckhardt et al., 1994, S. 347-354).

⁴³ Der Artikel widmet sich der Überprüfung der Literatur wie auch der Diskussion neuer Forschungsergebnisse im Hinblick auf Praktiken, die die Genesung von trauernden Eltern nach einem perinatalen Verlust fördern sollen. Im Fokus steht hierbei der mögliche Kontakt zwischen den Eltern und dem verstorbenen Säugling [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Hughes & Riches, 2003, S. 107-111).

⁴⁴ Die Daten wurden im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie anhand eines ersten schriftlichen Fragebogens mit 2140 schwangeren Frauen erhoben. Von dieser Stichprobe wurden 227 Frauen über 18 Monate nachbeobachtet, die einen unfreiwilligen Schwangerschaftsverlust erlitten hatten. Mit Hilfe der Perinatal Grief Scale wurde ihre Trauer zu vier Zeitpunkten erfasst, die „prospektiv gemessenen Risikofaktoren [...] hierarchisch geordnet und mit der individuellen Trauerreaktion jeder Frau im Laufe der Zeit verknüpft“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Janssen et al., 1997, S. 56-61).

⁴⁵ Die Untersuchung erfolgte systematisch sowie retrospektiv mit 51 Patientinnen, die in den vergangenen sieben Jahren eine späte Fehlgeburt oder Totgeburt, d. h. „ab der 20. SSW bis unmittelbar nach der Geburt“, erfahren hatten (siehe dazu Kuse-Isingschulte, 2001, S. 105-116).

⁴⁶ Vorgestellt wurden die Ergebnisse einer fünf Jahre dauernden Studie mit 138 Frauen und 56 Männern nach erlittenem perinatalem Verlust, wobei Faktoren resp. Prädiktoren für chronische wie auch akute Trauer ermittelt wurden. Auch erfolgte eine Überprüfung konzeptioneller und messtechnischer „Probleme bei der Identifizierung von Personen mit dem Risiko einer chronischen Trauer“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Lasker & Toedter, 1991, S. 510).

Scheidt, Hasenburg, Kunze, Waller, Pfeifer, Zimmermann, Hartmann und Waller (2012)⁴⁷, ausmachen. Folgende Faktoren wurden dabei ermittelt: geringe bzw. mangelnde soziale Unterstützung (Deckhardt et al. 1994, S. 353; Hughes & Riches, 2003, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 279; Janssen et al., 1997, zitiert nach Wagner, 2013, S. 68; Kuse-Isingschulte 2001, S. 115; Scheidt et al., 2012, S. 381), eine schlechte Paarbeziehung resp. mangelnde Unterstützung durch den Partner (Hughes & Riches, 2003, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 279; Kuse-Isingschulte, 2001, S. 115; Lasker & Toedter, 1991, zitiert nach Wagner, 2013, S. 68; Scheidt et al., 2012, S. 381) und „an insecure preoccupied attachment style“ (Scheidt et al., 2012, S. 381) ebenso wie eine „subjektiv unbefriedigende Bewältigung von Problemen“ im Verlauf der Schwangerschaft (Deckhardt et al., 1994, S. 353) und eine starke psychische Belastung bzw. psychische Probleme (Deckhardt et al., 1994, S. 353; Hughes & Riches, 2003, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 279; Kuse-Isingschulte, 2001, S. 115). Jedoch begünstigen kritische Lebensereignisse an sich einen pathologischen Verlauf nicht wesentlich. Im Gegensatz zu Beutel (2002) sehen die Wissenschaftler um Deckhardt (1994) das Gestationsalter der Mutter nicht für ausschlaggebend an (S. 353). Der nicht relevante Aspekt des Alters der Frau wird durch Ergebnisse von Bergner et al. (2009) untermauert (S. 65). Überdies zeigen das Vorhandensein von weiteren Kindern, vorherige Schwangerschaftsabbrüche sowie der „zeitliche Abstand zwischen Fehlgeburt und neu eingetretener Schwangerschaft“ keinen beobachtbaren Einfluss „auf die Symptomatik nach der Fehlgeburt und in einer neuen Schwangerschaft“ (Bergner et al., S. 2009, S. 65). In Bezug auf das Vorhandensein weiterer Kinder sehen Deckhardt und Kollegen (1994) hier einen Selektionsfehler in ihrer Untersuchung, zumal anderweitige Untersuchungen gänzlich gegensätzliche Befunde, nämlich den förderlichen Charakter von eigenen Kindern, hervorheben (S. 65; siehe dazu ebenfalls Hughes & Riches 2003, zitiert nach Tschudin, 2015, S. 279; Neugebauer, Kline, Shrout, Skodol, O'Connor, Geller, Stein &

⁴⁷ Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden 33 Frauen nach erlittenem perinatalem Verlust zu vier Zeitpunkten („bei der Aufnahme ins Krankenhaus“ sowie nach weiteren „vier Wochen, vier Monaten und neun Monaten“) befragt, um „den Einfluss von Bindung, sozialer Unterstützung und der Qualität der aktuellen Partnerschaft auf den Verlauf der Trauer [...] zu untersuchen.“ Die Erstbeurteilung erfolgte anhand des Adult Attachment Interviews und Selbstauskunftsfragebögen. Für die Beurteilung des Trauerverlaufs dienten diverse anderweitige Testmodule [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Scheidt et al., 2012, S. 375-382).

Susser, 1997⁴⁸, Lin & Lasker, 1996⁴⁹, beide zitiert nach Wagner, 2013, S. 68). Studien von Wijngaards-de Meij, Stroebe, Schut, Stroebe, van den Bout, van Der Heijden und Dijkstra (2005)⁵⁰ sowie Dyregrov, Nordanger und Dyregrov (2003)⁵¹ konnten aufzeigen, dass der Verlust des einzigen Kindes einen Risikofaktor für komplizierte Trauer darstellt (beide zitiert nach Wagner, 2013, S. 53). Zugleich ergab die Untersuchung von Wijngaards-de Meij und Kollegen (2005) einen Zusammenhang zwischen sehr jungen verstorbenen Kindern und einer „niedrigeren komplizierten Trauersymptomatik“ (zitiert nach Wagner, 2013, S. 53). Nach Wagner (2013) sind Mütter anfälliger für eine komplizierte Trauersymptomatik als Väter (S. 53). Additiv zu den bisher benannten Risikofaktoren führt Kuse-Isingschulte (2001) sowohl die unzureichende Unterstützung der Mutter durch das medizinische Fachpersonal an als auch psychosoziale Belastungsfaktoren, wie z. B. das Berufsleben an (S. 111, 115).

Wagner (2013) widmete sich ebenfalls Risikoprädiktoren nach einem pränatalen Verlust. Im Vergleich zu den von Beutel (2002) und Deckhardt et al. (1994) aufgestellten Merkmalen finden sich übereinstimmende und auch entgegengesetzte Aussagen bei Wagner (2013). Demnach steht für sie die „fehlende soziale Unterstützung“ (Wagner, 2013, S. 66) – bei Beutel (2002) „mangelndes Verständnis/Gesprächsmöglichkeit mit Partner“ (S. 150) – ebenso wie „keine weiteren lebenden Kinder in der Familie“ (Wagner,

⁴⁸ Hierbei handelt es sich um eine Kohortenstudie, welche eine Fehlgeburtenkohorte mit 229 Frauen sowie einer Kontrollgruppe (bevölkerungsbezogene Kohorte) mit 230 Frauen umfasste. Überprüft werden sollte die Hypothese, „dass Frauen mit einer Fehlgeburt nach der Fehlgeburt ein erhöhtes Risiko für eine erste oder wiederkehrende Episode einer schweren depressiven Störung in den ersten sechs Monaten haben, und dass dieses erhöhte Risiko bei Frauen [...] [mit spezifischen Merkmalen] größer ist; außerdem soll untersucht werden, ob das Risiko je nach Zeitpunkt der Schwangerschaft oder je nach Einstellung zur Schwangerschaft variiert.“ Als Messinstrument diente der Diagnostic Interview Schedule [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Neugebauer et al., 1997, S. 383-388).

⁴⁹ Bei 93 weiblichen und 29 männlichen Hinterbliebenen „wurden die Werte der Perinatal Grief Scale 2 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach einem Schwangerschaftsverlust (Spontanabort, Eileiterschwangerschaft, Totgeburt oder Tod des Neugeborenen)“ analysiert. Entsprechend der jeweiligen Trauer-Scores wurden die Betroffenen in vier verschiedene Gruppen eingeteilt „(normal, reversed, delayed resolution and low unchanged)“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Lin & Lasker, 1996, S. 262-271).

⁵⁰ In dieser Längsschnittstudie wurde der relative Einfluss der wichtigsten Variablen für die „Vorhersage der Anpassung (in Bezug auf Trauer und Depression) bei trauernden Eltern nach dem Tod ihres Kindes“ mit Hilfe von mehrstufigen Regressionsanalysen untersucht. Die Elternpaare „(N = 219) nahmen 6, 13 und 20 Monate nach dem Verlust teil“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Wijngaards-de Meij et al., 2005, S. 617-623).

⁵¹ In dem „Artikel werden die Ergebnisse und die Prädiktoren für die psychosoziale Belastung von Eltern verglichen“, die einen Selbstmord ihres Kindes, einen plötzlichen Kindstod (SIDS) oder einen Unfall ihres Kindes zu beklagen haben. „Es wurden Daten von 140 Familien, bestehend aus 232 Eltern, mit Hilfe der Impact of Event Scale, des General Health Questionnaire und des Inventory of Traumatic Grief erhoben. Qualitative Aspekte der Trauer wurden durch ausführliche Interviews mit Familienmitgliedern aus 40 Familien bewertet“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Dyregrov et al., 2003, S. 143-165).

2013, S. 66) für mögliche Risikofaktoren. Als neue, bisher nicht genannte Merkmale führt Wagner (2013) die „Art und Weise der Abschiednahme“ (S. 66) und die „Vorbereitung auf das Kind während der Schwangerschaft (z. B. Namen gegeben)“ (S. 66) an. Überdies ist beim Tod eines Kindes, so Wagner (2013), ein anderer und längerer Trauerprozess der Betroffenen erkennbar im Vergleich zu „anderen Trauergruppen“ (S. 54).

Die zuvor kritisch benannten Aspekte der Abschiednahme wie auch Namensgebung stehen im Kontrast zu zahlreichen Aussagen in der Forschungsliteratur. So sprechen sich Lothrop (2001), Beutel (2002), Kuse-Isingschulte et al. (1996) ebenso wie Sieh (1996) klar für das Sehen des Kindes aus. Müschenborn und Kohler (2001) sowie Nijs (2001) identifizieren sogar den persönlichen Kontakt zu dem Kind als ein Trauerritual, das hilfreich für den Bewältigungsprozess der Eltern ist. Ferner spricht sich Sieh (1996) für eine Namensgebung des Kindes aus bzw. einer Verwendung des Namens durch Betreuende, um dem Kind entsprechend Respekt und Anerkennung zu erweisen⁵². Wagner (2013) bezieht sich in ihren Ausführungen u. a. auf Studienergebnisse von Hughes et al. (2002)⁵³ sowie Turton et al. (2009)⁵⁴, die mit zu den aktuellsten Untersuchungen zählen, und zugleich einen Gegenpol zu den gegenübergestellten umfassenden Studien der anderen Forscher darstellen.

Persönliche Wahrnehmungen im Rahmen der Selbsthilfegruppentreffen wie auch in den Gesprächen mit betroffenen Eltern bestätigten, dass eine Verabschiedung der Eltern vom Kind ebenso wie eine Namensgebung sehr positiv bewertet wurde.

Wieso nennt Wagner (2013) den Abschied vom Kind als Risikofaktor? Wieso haben sich dann in den vergangenen Jahren viele beteiligte Akteure für eine persönliche Verabschiedung von ihrem Kind und seine Anerkennung eingesetzt, wenn dies nicht gut für den Bewältigungsprozess ist? Die vorherige, stark distanzierte Handhabung scheint vermehrt negative Folgen hervorgebracht zu haben, anderenfalls hätten sich nicht so

⁵² Siehe dazu Kapitel 4.4.1 „Rituale“ sowie Kapitel 5.2 „Anregungen für einen guten Umgang bzw. Betreuung auf professioneller Ebene“.

⁵³ Diese Kohortenstudie „ist Teil einer umfassenderen Fall-Kontroll-Studie über die psychologischen Auswirkungen von Totgeburten“. Die Kohorte umfasste 65 Frauen, die nach einer Totgeburt erneut schwanger waren, sowie eine Kontrollgruppe mit 60 Personen. Untersucht wurden verschiedene psychische Symptomatiken während der Schwangerschaft, „ein Jahr nach der nächsten Geburt sowie desorganisiertes Bindungsverhalten beim nächstgeborenen Kind“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Hughes et al., 2002, S. 114-118).

⁵⁴ Durchgeführt wurde eine fallkontrollierte „Nachuntersuchung von 52 Müttern mit einer Totgeburt in der Vorgeschichte und ihren nächstgeborenen Kindern im Alter von 6 bis 8 Jahren sowie von 51 Kontroll-Mutter-Kind-Dyaden“. Die Messungen beinhalteten „vor- und nachgeburtliche psychologische“ Beurteilungen der Mütter wie auch „die Bindungssicherheit des Säuglings nach 12 Monaten“. Die Folgeuntersuchungen umfassten „psychiatrische und soziodemografische Daten der Mütter, von Müttern und Lehrern bewertete Skalen zu den Stärken und Schwierigkeiten des Kindes, den IQ des Kindes, die von Beobachtern bewertete Mutter-Kind-Interaktion und Berichte der Mütter über die Gesundheit des Kindes“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Turton et al., 2009, S. 1451-1458).

viele Personen für eine Veränderung eingesetzt. Weitere Untersuchungen im Hinblick auf eine *optimale* Abschiednahme der Eltern von ihrem verstorbenen Baby wären sicherlich von Vorteil, um ein noch breiteres Fundament an Orientierungspunkten in diesem Zusammenhang zu schaffen.

Ergänzend zu dem Aspekt der Abschiednahme vom eigenen Kind soll eine Erhebung von Radestad, Steineck, Nordin und Sjögren (1996)⁵⁵ aufgeführt werden. Demnach konnten die Studienergebnisse belegen: „the women who had not seen their baby for as long as they wanted (because the ward staff interrupted or rushed the procedure) ran a higher risk than other women of developing anxiety-related symptoms (Radestad et al., 1996, zitiert nach Samuelsson, Radestad und Segesten, 2001, p. 129).

Entsprechend den Ergebnissen ist davon auszugehen, dass eine persönliche Verabschiedung vom eigenen Kind wie auch ein ausreichender Zeitfaktor hierbei augenscheinlich von großer Bedeutung für Mutter und Vater sind.

In den benannten Risikofaktoren von Wagner (2013) findet sich zudem die Aussage, dass das Alter der Mutter und der Beziehungs- oder auch Beschäftigungsstatus kein Risikomerkmals in der Verlustverarbeitung darstellen (S. 66). Diese Variable ist erneut ein Kontrapunkt zu Beutels (2002) Darstellung, der die Umstände einer alleinstehenden Mutter, einen geringen Sozialstatus oder geringe Schulbildung wie auch berufliche Unzufriedenheit als Risikomerkmale deklariert hat (S. 150). Ferner zeigt eine Längsschnittstudie von Hunfeld, Wladimiroff und Passchier (1997)⁵⁶ auf, dass neben vorherigen, schweren Lebensereignissen auch Persönlichkeitsmerkmale, wie z. B. ein unsicherer Charakter ein Risiko für die Bewältigung nach einem Schwangerschaftsabbruch darstellen (zitiert nach Beutel, 2002, S. 126).

Ein protektives Merkmal ist nach Lothrop (2001) das Eingebundensein „in einem sozialen Netzwerk“ (S. 166) und die erfahrene Unterstützung „von Anfang an – und ganz besonders dann“ (S. 166).

Soziale Unterstützung gilt auch bei Wagner (2013) als protektiver Faktor, da soziale Unterstützung gemäß der Stresstheorie von einer abpuffernden Wirkung zeugt. Wird den Eltern nach dem pränatalen Verlusterleben ein hohes Maß an sozialer Unterstützung

⁵⁵ Hierbei handelt es sich um eine „landesweite bevölkerungsbezogene Studie“ in Schweden „mit epidemiologischen Methoden“. Daran nahmen 380 Probanden und 379 Kontrollpersonen teil, „die 1991 in Schweden eine Totgeburt oder ein nicht missgebildetes lebendes Kind zur Welt gebracht hatten.“ Ermittelt werden sollten Faktoren, die „langfristige psychologische Komplikationen vorhersagen können“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Radestad et al., 1996, S. 1505-1508).

⁵⁶ Die vorliegende Studie untersuchte die „emotionalen Reaktionen von Frauen (N = 29) nach einem perinatalen Verlust über einen Zeitraum von vier Jahren mit Hilfe von standardisierten Fragebögen und einem halbstrukturierten Interview“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Hunfeld et al., 1997, S. 85-91).

zuteil, folgen daraus geringere Trauerreaktionen (Toedter et al., 2001⁵⁷, zitiert nach Wagner, 2013, S. 67 f.). Toedter und Lasker (1991) sprechen in diesem Zusammenhang von der „Unterstützung durch Freunde“ (zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 6) als Schutzfaktor. Weiterhin zählen „emotionale Unterstützung“ sowie „Fürsorge“ (S. 6) als schützende Merkmale im Rahmen der adaptiven Trauerarbeit (Beutel 2002, S. 153; Callan & Murray, 1989, zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 6). Zudem werden nach Prä- und Perinatalverlust das „Vorhandensein eigener Kinder“ (Beutel, 2002, S. 140; Läßle, 1991, zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 6) wie auch eine „Psychische und physische prämorbidie Gesundheit“ (Beutel, 2002, zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 6) als schützende Gegebenheit angesehen. Als eindeutiger und stark ausgeprägter protektiver Faktor gilt der Partner, wie eine Vielzahl von Studien belegen konnte (Beutel, 2002, S. 155; Hori, Nakano, Yamada, Azuma, Noda, Sugiura, Aoki, Kitamura & Furukawa, 2002, p. 139; Janssen et al., 1997, Lasker & Troedter, 1991, beide zitiert nach Bergner et al., 2009, S. 65). Studienergebnisse von Hori und Kollegen (2002) zeigen ebenfalls die wesentliche Rolle der ehelichen wie auch sozialen Unterstützung für eine erfolgreiche Bewältigung des frühen Kindstodes auf (p. 138-140). Dergleichen bestätigen Ergebnisse von Beutel (2002) die maßgebliche Rolle des Partners im Unterstützungsprozess (S. 155). Die partnerschaftliche Zuwendung verhilft bspw. in einer Folgeschwangerschaft die Ängste der Frau zu minimieren (Bergner et al., 2009, S. 65).

Eine intakte Partnerschaft stellt demnach eine wesentliche soziale Ressource der Frau dar, über die sie nicht nur Trost, sondern auch Anerkennung in einer Situation finden kann, in der sie sich über ihre eigene Reproduktionsfähigkeit unsicher ist und eine erneute Fehlgeburt befürchtet. (Bergner et al., 2009, S. 65)

4.2 Trauer

Trauer ist wirklich, und Trauer ist menschlich [...] Es ist wichtig, dass wir unseren Weg durch die Stufen der Trauer akzeptieren [...] Es ist das An kämpfen gegen unsere Gefühle das unser Leiden schafft, nicht unsere Gefühle. (Anne Wilson Schaef, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 52)

Die Facetten der Trauer und die zugehörige Fachliteratur sind ungemein vielschichtig und mannigfaltig. Das Hauptaugenmerk der vorgelegten Dissertationsschrift liegt auf den Bewältigungsformen als allumfassender Prozess, wobei Trauer nach Auffassung der Verfasserin für *einen* Teil des Bewältigungsprozesses steht, neben zahlreichen

⁵⁷ Die Perinatal Grief Scale (PGS) fand in zahlreichen Studien zu Schwangerschaftsverlusten, wie z. B. „Fehlgeburt, Totgeburt, induzierter Schwangerschaftsabbruch, Tod des Neugeborenen und Abgabe zur Adoption“, Verwendung. Dieser Artikel beschreibt „22 Studien aus 4 Ländern [...], in denen die PGS mit insgesamt 2485 Teilnehmern eingesetzt wurde“. Untersucht „werden auch Belege für die Validität der PGS“ [Übers. v. DeepL] (siehe dazu Toedter et al., 2001, S. 205-228).

anderen Gegebenheiten, die auch ihren Anteil an der Bewältigung eines solch tragischen Verlustes haben. Hierzu zählt der persönliche Umgang mit kritischen Lebensereignissen, der Umgang mit Stress sowie dessen Bewältigung, die vorhandenen Schutzfaktoren bzw. Risikofaktoren ebenso wie die Verabschiedung vom Kind, angewandte Abschieds-Trauerrituale, die Möglichkeit eines Neuanfangs mit der jeweiligen persönlichen Einstellung und Bereitschaft dazu sowie der erlebte Umgang in und nach der Todessituation auf persönlicher wie auch professioneller Ebene.

In den verwendeten Literaturquellen wird sowohl von Trauer, Bewältigung als auch Verarbeitung gesprochen. Nichtsdestotrotz soll hier die Trauer der Bewältigung untergeordnet werden, zumal auch in den durchgeführten Gesprächen mit Betroffenen vermehrt die Perspektive auf einem Bewältigungsprozess im Allgemeinen lag. Aus diesem Grund wird der folgende Abschnitt einen kleinen Einblick in die Thematik der *normalen* Trauer⁵⁸ gewähren. Hierbei sollen vereinzelte Aspekte der Trauer wie eine Definition der Begrifflichkeit, Trauerphasen sowie das mögliche Verhalten von Trauernden skizziert werden.

Häufig wird im Rahmen von Trauer und einem plötzlichen Tod auch die Thematik Trauma erwähnt⁵⁹. Trauma ist jedoch nicht Bestandteil dieser Untersuchung, demnach kann hier nur darauf verwiesen werden, ohne nähere Ausführungen folgen zu lassen. Speziell in Fällen von einem plötzlichen Todesfall sind Angehörige oftmals sowohl traumatisiert wie auch in Trauer (Shah & Weber, 2013, S. 21). Shah und Weber (2013)⁶⁰ informieren darüber, „dass nicht jeder Trauernde traumatisiert ist und nicht jeder Traumatisierte trauert“ (S. 22). Wenn eine betroffene Person nun stark traumatisiert ist und beispielsweise unter Flash-backs leidet, woraufhin als Schutzfunktion ein vermeidendes Verhalten angeeignet wird, kann das zu einer Aussetzung der Trauerrituale führen. Dieser Prozess wird infolgedessen anders ablaufen als eine Trauer frei von Traumata (Shah & Weber, 2013, S. 22).

Das DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klassifiziert z. B. den unerwarteten Tod eines Kindes als traumatische Erfahrung, „die zur Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung führen kann“ (zitiert nach Kersting, 2001, S.

⁵⁸ Es gibt bspw. auch pathologische Trauer, doch diese ist nicht Bestandteil der durchgeführten Untersuchung zur Bewältigung des Frühen Kindstodes und wird daher nicht näher thematisiert.

⁵⁹ Siehe dazu auch Kapitel 2.4 „Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation“ sowie Kapitel 2.5 „Neugeborenenentod bzw. Tod eines Säuglings kurz nach der Geburt“.

⁶⁰ Die Autoren widmen sich in ihrer Arbeit Trauernden, Traumatisierten sowie professionellen Helfern im Allgemeinen. Demnach können anhand ihrer Literatur Parallelen zur Trauer wie auch Unterstützung generell gezogen werden, wobei der Fokus der Autoren nicht auf dem Frühen Kindstod liegt.

120). Charakteristika für ein traumatisches Erleben sehen die Forscher laut Kersting (2001) in einem vitalen Diskrepanzerlebnis „zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten des Menschen“ (S. 121). Gemäß Fischer und Riedesser (1998, zitiert nach Kersting, 2001, S. 121) beinhaltet solch eine Erfahrung das Gefühl von „Hilflosigkeit“ (S. 121) wie auch „schutzloser Preisgabe“ (S. 121) und löst „eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ (S. 121) aus.

4.2.1 Was ist Trauer?

Das Gefühl von Traurigkeit ist nach Shah und Weber (2013) jedem Menschen bekannt (S. 20).⁶¹ Hierbei handelt es sich um ein sehr starkes Gefühl, das oftmals durch Weinen nach außen offenbart wird. In der Regel kann man Menschen ihre Traurigkeit ansehen. Der Prozess der Traurigkeit verläuft linear, das heißt nach einer Phase von starker Traurigkeit nimmt diese mit der Zeit immer mehr ab, bis sie ganz verschwunden ist. Trauer hingegen bildet einen Zustand ab, der mehr als ein Gefühl ist. Der Betroffene „ist in Trauer“ (Shah & Weber, 2013, S. 21), wobei das „Traurigsein“ (S. 21) lediglich ein Gefühl von vielen ist in diesem Zustand. Eine Vielzahl trauernder Menschen sind zeitweilig wütend oder auch verzweifelt, aber nicht traurig. Es ist auch möglich, so Shah und Weber (2013), in der Trauer glücklich zu sein. „Trauer ist ein Zustand, der für eine viel längere Zeit anhält, viel tiefer geht und auch ein Leben lang bestehen kann, ohne dass der Trauernde permanent traurig ist“ (Shah & Weber, 2013, S. 21). Bedingt durch den wellen- bzw. zyklenförmigen Verlauf der Trauer kann es dem Betroffenen einen Tag gut gehen und den darauffolgenden wieder sehr misslich (Shah & Weber, 2013, S. 21). Da Trauer so komplex ist, gibt es unzählige Arten zu trauern – „so viele Arten, wie es Menschen gibt“ (Shah & Weber, 2013, S. 67).

Lothrop (2001) versteht unter Trauer, anders als Shah und Weber (2013) ein natürliches Gefühl, das Menschen empfinden, wenn sie bspw. eine geliebte Person verlieren (Lothrop 2001, S. 52; Shah & Weber, 2013, S. 21). Trauer kann ebenfalls entstehen, wenn sich ein Wunsch, eine Hoffnung, ein Traum, eine Sehnsucht nicht erfüllt. Menschen gestatten sich in der Regel die bedeutenden Verluste im Leben zu betrauern „wie den Tod eines geliebten Menschen, doch auch die kleinen Verluste des Alltags, ein nicht eingehaltenes Versprechen, eine zerbrochene Lieblingsvase, ein

⁶¹ Die Aussagen der Autoren beziehen sich auf Trauernde nach einem plötzlichen Tod im Allgemeinen und nicht auf Hinterbliebene im Rahmen des Frühen Kindstodes.

unwürdiger Streit rufen Trauer hervor“ (Lothrop, 2001, S. 52). Trauer ist ein Prozess, der notwendig, schmerzlich und häufig kreativ ist sowie der Überwindung des Verlustes dient (Beutel, 2002, S. 135). Kersting (2013) beschreibt Trauer ganz ähnlich, nämlich als „emotionale Antwort auf einen Verlust und eine menschliche Erfahrung, mit der die meisten Menschen zurechtkommen“ (S. 62). Die Autorin sieht die Aufgaben eines Trauerverlaufs in den folgenden Punkten:

- „die Realität des Verlustes zu akzeptieren,
- den Trauerschmerz zu erleben,
- mit einer Umwelt ohne Kind, auf das man sich gefreut hatte, zurechtkommen und
- sich wieder dem aktuellen Leben zuzuwenden“ (Kersting, 2013, S. 62).

Nach Stroebe (2001) ist Trauer „die universelle emotionale Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen“ (zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 5). Dabei kovariiert diese mit „intensivem psychischen Schmerz und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung zahlreicher psychosozialer und somatischer Beschwerden“ (Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2005, Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993, Parkes, 1996, Zisook & Shuchter, 1993, alle zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 5). Einer weiteren Beschreibung nach stellt Trauer eine „zeitlich begrenzte, funktionelle Störung mit phasischem Verlauf“ (Bowlby 1983, Horowitz 1997, Klier, Geller & Ritsher, 2002, alle zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 5) dar, die gekennzeichnet ist von charakteristischen Denk- sowie Verhaltensweisen „und die der Integration einer schweren Verlusterfahrung dient“ (Bowlby 1983, Horowitz 1997, Klier et al. 2002, alle zitiert nach Scheidt et al., 2007, S. 5).

Eine umfassendere und an dieser Stelle abschließende Definition von Trauer nach einer Fehlgeburt stellen Beutel, Willner, Deckhardt, Rad und Weiner (1996) vor.

Grief and depression are frequent reactions to bereavement [...]. Grief is defined both as a painful, complex emotional state which changes with time and as a process of confronting the loss (e.g., by yearning for and repeatedly reliving the lost relationship) and a gradual detachment from the lost person or object. This unusually proceeds from an initial state of shock and disbelief, followed by preoccupation with the deceased and finally resolution. Its central feature is the feeling of sadness, often associated with feelings of loneliness and of the world being empty. (Brown 1983, zitiert nach Beutel et al., 1996, p. 245)

4.2.2 Leben in Trauer

Ein Verlust, der betrauert wird, hat die Chance, eines Tages zu heilen. Ein Verlust aber, der negiert wird, der gar nicht als Verlust angesehen wird, hat keine Chance betrauert zu werden. Das, was wir nicht anschauen und nicht anerkennen wollen, das was wir draußen zu halten suchen, wird immer wieder an die Tür pochen. Es wird uns

verfolgen [...] bis wir endlich bereit sind, uns umzudrehen und ihm ins Gesicht zu sehen. (Chu, 1995, S. 225)

Trauer ist ein wesentlicher ebenso wie vielschichtiger Bestandteil im Bewältigungsprozess nach einem Kindstod. Das Ausleben der Trauer erfolgt individuell, entsprechend der jeweiligen Möglichkeiten der Betroffenen. Einige Personen ziehen sich in ihrer Trauer zurück, wohingegen andere Interesse verspüren an Gemeinschaft und Aktivitäten brauchen. Trauer lässt nach einiger Zeit nach und kehrt dann wieder zurück. „Der verständliche Wunsch, dass sie bald versiegt, bleibt zunächst unerfüllt“ (Müschorn & Kohler, 2001, S. 267). Obgleich Trauer individualisiert abläuft, zeigen sich Parallelen im Durchleben des Prozesses (S. 267).

Lothrop (2001) sieht in der Trauer einen normalen wie auch notwendigen Lebensprozess (S. 223). Dieser hilft Betroffenen bei der Abschiednahme von der verstorbenen Person ebenso wie bei der Integration verlorener Dinge ins eigene Leben und bringt zudem „neuen Lebenssinn, neue Hoffnung und neues Gleichgewicht“ (Lothrop, 2001, S. 223) in das Leben der Trauernden. Ein Trauerprozess währt länger, als viele Menschen annehmen. Trauer kann ein bis zwei Jahre oder auch noch länger anhalten, wobei sie in einem „wellen- oder spiralförmigen Muster“ verläuft (Lothrop, 2001, S. 223). Jeder Mensch benötigt seine ganz eigene Zeit, um zu heilen. An die Zeitspanne sollten folglich keinerlei Erwartungen geknüpft sein. Ausschlaggebend für den Umfang und die Dauer eines Trauerprozesses sind die „Tiefe der Bindung, vergangene unbearbeitete Trauer, Umstände um den Todeszeitpunkt, innere Ressourcen, Persönlichkeit“ (Lothrop, 2001, S. 223) sowie anderweitige Faktoren. Erschwerend für Eltern in ihrer Trauer nach einem Schwangerschaftsverlust können folgende Aspekte sein:

1. das Abwerten eines solchen Verlustes durch die Gesellschaft,
2. das häufige Belegen dieses Todes mit einem Tabu,
3. in aller Regel mangelnde Kenntnis über das Baby, oftmals verbunden mit dem Anzweifeln der Existenz resp. der *Wirklichkeit*,
4. keine vorhandenen Erinnerungen, die geteilt werden können
5. das Gefühl von Isolation. (Lothrop, 2001, S. 223)

Gemäß Lothrop (2001) ist der entscheidende Faktor für eine gesunde Trauerbewältigung die erfahrene Unterstützung durch Freunde, Verwandte und Bekannte (S. 224). Für die Gesundheit ist zudem das Zulassen und Durchleben der Trauer wichtig, da diese ansonsten durch die „Hintertür“ kommt und zu Beeinträchtigungen führen kann. Das Plädoyer könnte demnach lauten: Der alleinige Weg durch die Trauer „führt mitten durch sie hindurch“ (Lothrop, 2001, S. 224). Dazu gehört auch das wiederholte Erzählen der eigenen *Geschichte* bis zur eigentlichen

Verarbeitung (Lothrop, 2001, S. 224). Untersuchungen von Wagner (2013) untermauern diesen Aspekt und zeigen, dass Trauernde, die einen regelmäßigen Austausch über ihre Situation hatten, „eher in der Lage [waren ...] ihre Trauer zu verarbeiten“ (S. 53). Ein signifikanter Faktor zeigte sich im Speziellen beim Austausch der Väter mit anderen Personen (Wagner, 2013, S. 53). Stoßen Betroffene in der Verarbeitungszeit jedoch auf „eine Wand des Schweigens“ (Lothrop, 2001, S. 224), schließen sie ihre Trauer ein (S. 224). Folglich ist es wichtig, dass Eltern in dieser Situation all ihre Gefühle artikulieren und zeigen dürfen. Viele Personen werden durch ihre Trauer laut Lothrop (2001) auch für eine bestimmte Zeit selbstbezogen (S. 224). Demnach liegt es nahe, dass dieser mühevollen Prozess ebenfalls die Paarbeziehung belasten kann. Als besonders schwierige Datierungen gelten in der Verarbeitung Jahrestage wie der Todestag und Feiertage sowie der ursprüngliche Geburtstermin. Hilfreich kann in dieser Phase, so die Autorin, körperliche Bewegung sein, doch die Initiative dazu ist meist blockiert (Lothrop, 2001, S. 224). Den Kontrast zu der möglicherweise empfundenen Antriebslosigkeit stellt ein übermäßiger Beschäftigungsdrang dar, der u. a. eher dem Ausweichen der eigenen Gefühle dient. Hier ist es von Bedeutung, „eine Balance zu finden zwischen sich Zeit für [das] Trauern nehmen und sich auf andere Aktivitäten einlassen“ (Lothrop, 2001, S. 224). Im Rahmen des zuvor beschriebenen Trauerprozesses stellen sich nun folgende Aufgaben für den Betroffenen:

1. „Die Wirklichkeit des Verlustes begreifen und annehmen.
2. Den Schmerz des Verlustes und andere starke Gefühle zulassen.
3. Sich einem Leben ohne das Kind stellen.
4. Der Erfahrung einen Sinn geben.
5. Frei werden für neue Bindungen und/oder Aufgaben“ (Lothrop, 2001, S. 225).

Die Fachliteratur offeriert in Bezug auf den Trauerprozess eine Vielzahl an Modellen. Da diese jedoch nicht Gegenstand der empirischen Untersuchung waren, soll hier nur ein Modell exemplarisch vorgestellt werden und dem weiteren Einblick in die Thematik dienen.

In Anlehnung an Bowlby (1980) vollzieht sich der Trauerprozess nach einer glücklos erlebten Schwangerschaft anhand von vier exemplarischen Trauerphasen mit abweichender Zeitspanne, die in Tabelle 2 dargestellt sind (zitiert nach Tschudin, 2015, S. 278). So erfolgt anfänglich ein Schockzustand, der abgelöst wird von einer Periode der Sehnsucht und des Suchens, gefolgt von einer Desorganisation. Nach dem ersten Todestag des Kindes geht die Desorganisation in eine Phase der Reorganisation über (Tschudin, 2015, S. 278).

Tabelle 2: Die Phasen des Trauerprozesses (nach Bowlby) (in Anlehnung an Tschudin, 2015, S. 285)

Trauerphase	Reaktionsweise	Studium im Verarbeitungsprozess	Symptome
1. Schock (Stunden, Tage, Wochen)	Körperlich-seelische Reaktion mit vegetativen Symptomen und dem Gefühl, den Boden zu verlieren	Nichtwahrhaben wollen	Weinen unkontrollierbare Gefühlsausbrüche Verzweiflung mechanisches "Funktionieren"
2. Sehnsucht und Suche (4-6 Monate)	Intrusive Bilder	Unbeantwortete Fragen: Warum? Schuld?	Unruhe Frustration Wut Verzweiflung Selbstanklage Aggression Eifersucht Schlaflosigkeit
3. Desorganisation (bis um den 1. Todestag)	Durchleben der Emotionen wird bewusster	Realität des Verlusts wird deutlich	Apathie Antriebslosigkeit Appetitlosigkeit Entscheidungsschwierigkeiten Zurückgezogenheit Probleme in der Partnerschaft und Sexualität
4. Reorganisation (im 2. Jahr)	Langsame innerliche Ablösung vom verlorenen Objekt und Fokussierung auf neue Ziele und Bindungen	Akzeptanz / Integration des Verlusts	Neues affektives Gleichgewicht mit Abnahme der körperlichen Stressreaktionen

Weitere Modelle zu Phasen und Verlauf von Trauer werden u. a. vorgestellt von Riecher-Rössler und Rhode (2001, S. 118 f.) sowie Kersting (2001, S. 118)⁶², Kuse-Isingschulte (2001, S. 110 f.)⁶³, Verena Kast (1982, zitiert nach Müschenborn & Kohler, 2001, S. 267 f.) sowie Lothrop (2001, S. 224⁶⁴; vgl. ebd., S. 52-220⁶⁵).

⁶² Die vorgestellten Abläufe eines Trauerprozesses der oben genannten Autoren sind in der Wortwahl sowie Abfolge identisch.

⁶³ In Anlehnung an Bowlby (1991), Gloger-Tippelt (1988) und Freud (1917, alle zitiert nach Kuse-Isingschulte, 2001, S. 110 f.).

⁶⁴ In Anlehnung an Davidson (1984, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 224 f.).

⁶⁵ Lothrop (2001) beschreibt hier kein Modell, sondern eher das Wesen der Trauer und den möglichen Umgang damit.

In Anlehnung an klinische Erfahrungen konnten Beschreibungen der verschiedenen Phasen der Trauersymptomatik angefertigt werden.⁶⁶ Dabei ist ein individueller Prozess erkennbar, der „durch die Todesumstände, intrapsychische, interpersonale und soziale Faktoren beeinflusst“ wird (Riecher-Rössler & Rhode, 2001, S. 120). In früheren Zeiten war man der Überzeugung, dass ein *normaler* Trauerverlauf nach wenigen Monaten beendet sein sollte (Lindemann, 1944, Engel, 1961, beide zitiert nach Riecher-Rössler & Rhode, 2001, S. 120). In der aktuelleren Literatur kommt es hingegen zu kontroversen Diskussionen in Bezug auf den zeitlichen Rahmen einer normalen Symptomatik. Untersuchungen von Byrne et al. (1994) sowie Middleton et al. (1996) zeigen beispielsweise eine bestehende Trauersymptomatik „13 Monate nach dem Verlust eines nahen Angehörigen“ (zitiert nach Riecher-Rössler & Rhode, 2001, S. 120).

Die oben benannten *Modelle* zum Verlauf von Trauer legen ebenfalls unterschiedliche Zeitfenster zugrunde. So gehen Riecher-Rössler (2001) und Kersting (2001) in ihrem präsentierten Modell in Anlehnung an das Erleben einer Patientin von einer zunehmenden Akzeptanz des Verlustes nach sechs Monaten aus (Riecher-Rössler & Rhode, 2001, S. 118 f.; Kersting, 2001, S. 118), wohingegen Kuse-Isingschulte (2001) nach einem Jahr von einem befreiteren emotionalen Erleben und einer Offenheit für neue Bindungen ausgeht. Auch Bowlbys Modell (1980) geht von einer möglichen Reorganisation ab dem zweiten Jahr nach dem Verlust aus (zitiert nach Tschudin, 2015, S. 285), ebenso wie das Modell nach Davidson (1984) eine Erneuerung wie auch Neuorientierung mehrheitlich im zweiten Jahr nach dem Tod anordnet (zitiert nach Lothrop, 2001, S. 225).

Trauer ist ein individueller Prozess und jeder Betroffene stellt im Durchleben sein eigenes Zeitfenster auf. Was ersichtlich scheint, ist jedoch, dass die Trauer mit fortschreitender Zeit abnimmt.

Die nachfolgende Beschreibung eines Lebens in Trauer von Betroffenen nach einem plötzlichen Tod, gemäß Shah und Weber (2013), ähnelt vielfach den Aussagen von Eltern, die mit dem Frühen Kindstod konfrontiert wurden. Auch wenn es sich um unterschiedliche Verlust- resp. Todesarten handelt, sind die Hinterbliebenen alle Trauernde, die gewisse Parallelen in ihrem Trauerverhalten aufzeigen. Aus diesem Grund soll der folgende Abschnitt einen weiteren Einblick in das Trauererleben eines Hinterbliebenen gewähren.

Nach einem plötzlichen Verlust berichten Betroffene, „dass sie die ersten Stunden, Tage, manchmal auch Wochen einfach funktionieren. Sie fällen Entscheidungen, benachrichtigen Verwandte, Freunde und Bekannte, organisieren die Trauerfeier, sie

⁶⁶ Siehe dazu vorherigen Absatz.

tun, was getan werden muss, oft erstaunlich effizient und gut“ (Shah & Weber, 2013, S. 72). Meist wird es nach der Bestattung erstmals ruhiger und damit der Verlust sukzessiv gegenwärtig. Der Schmerz stellt sich nun mit zunehmender Intensität und Unaufhaltsamkeit ein, so die Autoren (Shah & Weber, 2013, S. 72). Nach einigen Wochen erfasst die Trauer Hinterbliebene in Wellen, teilweise mit fulminanter Wucht. Körperliche Anzeichen wie Muskelverhärtungen oder ein gänzlich schmerzender Körper nebst dem Gefühl von Zerschlagenheit werden nun spürbar. Trauernde fühlen sich erschöpft und müde und erleben zeitgleich eine quälende Rastlosigkeit. Sie haben Probleme, „still zu sitzen“ (Shah & Weber, 2013, S. 73) oder auch zielgerichtet zu agieren. Weitere Merkmale in dieser Zeit sind fahriges Gedanken und Konzentrationsschwäche. „Selbst einfache Routinearbeiten fallen nun schwer und kosten unglaublich viel Kraft“ (Shah & Weber, 2013, S. 73). Eine Werteverchiebung setzt ein – Dinge, die zuvor wichtig schienen, sind es jetzt nicht mehr. Einige Hinterbliebene fürchten sich vor dem *Zubettgehen* und den qualvollen Alpträumen. Am kommenden Morgen erwachen Betroffene entkräftet mit der stetigen Angst vor dem unerträglichen, offenbar nicht mehr aushaltbaren Verlustschmerz. Nichts und niemand scheint mehr ertragbar, auch man selbst nicht mehr. Sogar eine liebevolle Umarmung des Partners kann in dieser Phase schmerzhaft sein. Zusammen mit dem Schmerz tritt Scham auf. Der eigene Verstand gibt einem zu verstehen, „dass es unrecht ist, den geliebten Menschen von sich zu stoßen, zu verletzen, wissend, dass er genauso leidet. Aber jeder trauert allein“ (Shah & Weber, 2013, S. 73). Shah und Weber (2013) geben zu bedenken, dass oftmals Frauen nach dem Verlust des eigenen Kindes erst einmal körperliche Nähe nicht aushalten⁶⁷ (S. 73). Treffend formuliert es die folgende Aussage nach Shah und Weber (2013):

[...] du denkst: Mein Kind fehlt. Und die anderen sprechen von Urlaubsplänen. Und du denkst: Mein Kind wird nicht dabei sein. Ein Glas Rotwein kippt um, befleckt den Teppich und Hektik breitet sich aus. Die Gastgeberin kocht vor Wut. Und du denkst: Es ist doch nur Wein, kein Blut. (S. 73)

⁶⁷ Hier stellt sich die Frage, ob sich dieses Verhalten auf die Zeit unmittelbar nach dem Verlusterleben bezieht und möglicherweise in Bezug steht zu der *Todesform*. Betroffene Mütter nach dem Frühen Kindstod äußerten vielfach in den Gesprächen den expliziten Wunsch nach Zugewandtheit und Nähe ihres Partners, auch noch während des Klinikaufenthaltes. Womöglich trifft auch hier erneut die Aussage zu: Trauer ist individuell.

4.3 Bewältigung als Paar

Niemand kann deinen Weg für dich gehen, denn dies ist dein Weg, den du gehen musst. Doch können dich hierbei Arme stützen, Gedanken begleiten und manchmal Hände tragen. (Bärbel Kehrer-Kremer, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 109)

Die Bewältigung vom Tod des eigenen Kindes durch Fehl- oder Totgeburt, medizinisch induzierten Abort bzw. Neugeborenentod stellt ein Paar – die Mutter ebenso wie den Vater – vor ganz besondere Herausforderungen. Der Verlust eines stillgeborenen Kindes kann zweifelsohne als ein bedeutsames psychologisches Trauma für die Eltern gewertet werden (vgl. dazu Samuelsson et al., 2001, p. 128; vgl. außerdem Feeley & Gottlieb, 1988-89, p. 52). Die Eltern haben in erster Hinsicht, jedoch nicht ausschließlich, mit ihrer eigenen, ganz persönlichen Trauer und Bewältigung des Verlustes zu kämpfen – einem Verlust und einem Schmerz, den sie so bisher nicht kannten. Vielmehr muss sich das Paar zusätzlich noch den Reaktionen des jeweils anderen stellen, die nicht automatisch so ausfallen, wie es gewünscht oder auch erwartet wurde. Hierzu zählen u. a. die unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bewältigungsmuster und Persönlichkeitsmerkmale, die bis dato womöglich nicht sichtbar wurden und erst durch dieses kritische Lebensereignis hervortreten. Dementsprechend sieht sich ein Paar zunächst einmal mit einer Vielzahl von Hürden sowie einer großen Menge an Konfliktpotenzial, folglich einer *Bewährungsprobe*, konfrontiert (Beutel, 2002, S. 156). Wie eine Bewältigung auf partnerschaftlicher Ebene erfolgen kann, welche Charakteristika sich im geschlechtlichen Trauerverhalten zeigen und wie die möglichen Konsequenzen für eine Paarbeziehung aussehen, soll im weiteren Ablauf dieses Abschnittes geklärt werden.

Durch den Tod ihres Babys verlieren Eltern „einen wichtigen Bestandteil und Sinn ihres Daseins“, der zuvor ihr Leben entscheidend prägte (Wagner, 2013, S. 58). Der empfundene Schmerz und Kummer, der mit dem Sterben des eigenen Kindes einhergeht, kann zu einer tieferen Bindung zwischen den Eltern führen oder diese entzweien (Beutel, 2002, S. 156).

Ferner gilt es zu bedenken, dass eine Beziehung von Stärken und Schwächen geprägt wird, die auch vor dem Verlusterleben bereits existierten⁶⁸ und das Paar womöglich auf eine Probe stellen (Wagner, 2013, S. 58). Womöglich kommen durch die neue Extremsituation Charakterzüge an die Oberfläche, die bisher verborgen geblieben sind, oder aber bestimmte Verhaltensweisen äußern sich nun dominanter als zuvor. Alles in allem stellt das gemeinsame Verlusterleben die Paarbeziehung auf eine

⁶⁸ Siehe dazu auch Schwab, 1996, S. 110. Der Autor spricht hier jedoch nicht von Stärken und Schwächen, sondern von Unterschieden beider Geschlechter, die durch die Trauer hervortreten.

Bewährungsprobe, in der es eine extrem schwierige Situation gemeinsam zu bewältigen gilt.

Hierbei kann es nach Lothrop (2001) für das Paar entscheidend sein, gemeinschaftlich die Geburt ihres toten Babys zu erleben, sich gemeinsam Zeit für das Kennenlernen wie auch den Abschied zu nehmen (S. 137). Dadurch kann mitunter eine Brücke zwischen den Partnern gebaut sowie mögliche Beziehungsprobleme reduziert werden (Lothrop, 2001, S. 137).

Oftmals fühlen sich Paare nach einem solchen Verlust in ihrem Schmerz gefangen und sehen sich nicht mehr in der Lage, im Leben vorwärts zu gehen. Dabei ist die Würdigung ihres Verlustes durch die Außenwelt wichtig für das Paar, genauso wie einen Weg zu finden, sich vom Traum dieses Babys verabschieden zu können (Scharf & Weinshel, 2000, zitiert nach Thomas, 2011, S. 74). Oft zeigt sich jedoch, dass „both the mothers and fathers appeared to feel equally cut off socially and distant from others“ (Schwab, 1996, p. 109). Dieser Umstand hebt die Dringlichkeit und Wichtigkeit einer Würdigung des Kindestodes durch das soziale Umfeld hervor.

Teilweise benötigt ein Paar Hilfe, „um trauern zu können“ (Scharf & Weinshel, 2000, zitiert nach Thomas, 2011, S. 74). Gehen Partner dem Trauerprozess aus dem Weg, kommt es zu Beeinträchtigungen, z. B. in der gemeinsamen Verständigung, in der Suche nach Problemlösungen wie auch im Wiederentdecken der Freude an gemeinsamer Sexualität (Thomas, 2011, S. 74).

Aus Befragungen zum Erleben einer Fehlgeburt in der Partnerschaft zieht Beutel (2002) Schlussfolgerungen in Bezug auf die Bewältigung eines derartigen Verlustes, die nachfolgend erörtert werden. Im Gegensatz zur allgemein verbreiteten Ansicht ist das Erleben von Hoffnungen und Erwartungen wie auch Fantasien über das eigene Baby nach erlittener Fehlgeburt für beide Elternteile eine bedeutsame Quelle der Trauer. Beide Partner reagieren sehr unterschiedlich auf den Verlust. Die Reaktionen reichen „von milder Enttäuschung bis hin zu tiefer Trauer bzw. Niedergeschlagenheit“ (Beutel, 2002, S. 76). Aktuellere Untersuchungen belegen einen Unterschied im Trauerverhalten der Geschlechter. Demnach trauern Männer „weniger intensiv und anhaltend“ als ihre Frauen (Beutel, 2002, S. 76)⁶⁹. Auch wenn der Partner die Trauer ähnlich empfindet wie seine Partnerin, tut er diese weniger offen kund, empfindet den Anblick anderer schwangerer Frauen als minder schmerzhaft (Beutel, 2002, S. 76) und weint seltener (Beutel, 2002, S. 138).

⁶⁹ Siehe dazu auch Stinson, Lasker, Lohmann and Toedter, 1992, p. 218. Die Autoren verweisen bei diesem Aspekt auf zahlreiche Studien anderer Forscher.

Im Bewältigungsprozess drücken vornehmlich Frauen „ihre Traurigkeit offener [aus] [...], weinten mehr, trauerten anhaltender und wünschten häufiger darüber zu sprechen“ (Beutel, 2002, S. 156 f.; vgl. Schwab, 1996, p. 109). Die Männer hingegen sehen sich meist in einer „Beschützerrolle“ (Beutel, 2002, S. 157), zeigen sich von ihrer starken Seite und suchen meist Ablenkung in beruflichen Projekten.

Im günstigen Fall, wenn die Verständigung möglich ist, ergänzen sich die unterschiedlichen Verarbeitungsformen. Nicht selten traf jedoch der [...] Teufelskreis aus Gesprächswunsch, Vermeidung, Enttäuschung und Rückzug ein. Dies kann auch dann eintreten, wenn anfangs die gemeinsame Trauer die Partner zusammenbringt, die Männer diese jedoch früher abschließen. [...] Mit der Vermeidung von Gefühlsaustausch werden Zärtlichkeit und Intimität gemieden, die wichtig wären, um die Bindung zu vertiefen⁷⁰. (Beutel, 2002, S. 157)

Laut Beutel (2002) fällt die männliche Trauer geringer aus⁷¹, da ihnen die körperlichen Empfindungen aus der Frühschwangerschaft fehlen (S. 76). Männer hatten nur gelegentlich die Möglichkeit, ihr lebendes Kind während eines Ultraschalls zu sehen (Beutel, 2002, S. 76). Zudem erfahren Männer weniger Rückmeldung auf ihre Traurigkeit, da sie nicht über so viele Vertrauenspersonen verfügen wie ihre Frauen (Beutel et al., 1996, S. 249). Einige Väter vermissten es, kein männliches Gegenüber zum Reden zu haben. Zugleich war ihr größter Trost in der Trauer eine gute Beziehung zu ihrer Partnerin (Samuelsson et al., 2001, p. 124). Bedingt durch ein traditionell orientiertes Rollenmuster wie auch infolge ihrer Erziehung und Entwicklung sehen zahlreiche Männer in Trauer sowie Ohnmacht eine Schwäche (Beutel, 2002, S. 157). Dieser Umstand steht in Konflikt mit dem Bedürfnis resp. der Notwendigkeit des Mannes zu trauern (Cordell & Thomas, 1990, Long, 1992, Menke & McClead, 1990, Peppers & Knapp, 1980, Schatz, 1986, Wagner, Grant & Wallerstedt, 1997, alle zitiert nach Samuelsson et al., 2001, p. 124). Zudem erwies sich die Traurigkeit und Angst der Frau vor einem erneuten Kindsverlust als übertragbar auf den Mann (Beutel, 2002, S. 76). Grundlegend für eine gemeinsame Handhabung dieses schmerzlichen Ereignisses ist eine *offene Verständigung*, bei der selbst unangenehme wie auch peinliche bzw. übertriebene Gefühle thematisiert werden (Beutel, 2002, S. 157). „Dies erfordert, sich gemeinsam ausreichend Zeit zu nehmen und sorgsam mit der Beziehung umzugehen“ (Beutel, 2002, S. 157).

Insbesondere die Akzeptanz der andersartigen Verlustbewältigung des Partners kann schwer fallen. Ein nicht offenes Aufzeigen von Gefühlen bedeutet nicht automatisch, dass keine Gefühle da sind bzw. der Partner den Kindsverlust nicht betrauert oder sich nicht um den anderen sorgt. Mitunter ist es in solch einer Situation

⁷⁰ Siehe dazu auch Thomas, 2011, S. 74.

⁷¹ Siehe dazu auch Vance, Boyle, Najman, & Thearle, 1995, pp. 807-809.

erforderlich, die Begrenztheit wechselseitiger Hilfsangebote „zu akzeptieren und sich ggf. hilfreiche Personen außerhalb der Partnerschaft, bei Freunden oder in der Selbsthilfegruppe zu suchen“ (Beutel, 2002, S. 157). Eine mögliche Hilfestellung sowie Entlastung für die Beziehung sieht Beutel (2002), bei ähnlicher Trauerbelastung beider Partner, in der Unterstützung durch andere betroffene Eltern, z. B. im Rahmen einer Selbsthilfegruppe oder auch bei konniventen Freunden (S. 140).

Schwab (1992) macht auf einen weiteren Aspekt in der dyadischen Bewältigung aufmerksam: „While parents were coping with their own acute pain, all that they could do was try to get through each moment, each hour, each day in whatever manner they could. Consequently, the marital relationship suffered“ (p. 151). Im Verlauf der Trauer gab es immer wieder Phasen, in denen sich das Paar voneinander entfernte, zum Teil aufgrund des eigenen intensiven Kummers oder auch bedingt durch den Wunsch, die Schmerzen des Partners nicht zu verstärken. In Anlehnung an Schwabs (1992) Interviewmaterial scheinen sich Paare, die vor ihrem Kindsverlust eine gute eheliche Beziehung führten, durch diese Tragödie näher gekommen zu sein (p. 152). Auch sie erlebten Schwierigkeiten wie z. B. Phasen des Rückzugs und Wutanfälle. Doch es gelang ihnen wieder, ein Gleichwicht in ihrer Beziehung herzustellen und einander zu unterstützen. Daraus resultiert nach Schwab (1992) folgende Empfehlung:

Becoming aware of the ways their experience of loss affects spouses differently can prevent or minimize its long-term negative impact on their relationship. Although their awareness does not automatically resolve conflicts, learning to appreciate their experience a little more objectively and to be tolerant of one another's ways of coping with grief and help to improve their relationship. (pp. 153 f.)

Ferner zeigt sich, dass der Partner, „*vielleicht neben weiteren Kindern*“⁷², die wesentlichste Unterstützungsquelle in der Bewältigung ist (Beutel, 2002, S. 156). In Anlehnung an Worden (1999) ergeben sich für das Paar vier Aufgaben im Trauerprozess:

- „den Verlust als Realität anzuerkennen,
- den Trauerschmerz zu erfahren,
- sich an eine Umwelt anzupassen, in der das herbeigesehnte Kind fehlt,
- eine stabile Erinnerung zu bilden und emotionale Energie auf andere

⁷² Geschwister und deren Einbindung in den Trauerprozess stellt eine erneute Thematik dar, die hier jedoch nicht weiter ausgeführt wird, da sie nicht zentraler Bestand der eigenen Untersuchung war. Dennoch ist dieser Aspekt im Bewältigungsprozess einer Familie wesentlich. Kinder spüren Traurigkeit ebenso wie auch emotionale Verletzlichkeit ihrer trauernden Eltern genau (Best & van deVere, 1987, zitiert nach Beutel, 2002, S. 157). Eltern wollen vorhandene Geschwister beschützen und beziehen diese daher häufig nicht in die Verlustbewältigung mit ein. Dabei ist gerade der Einbezug weiterer Kinder geboten, auch wenn auf Seiten der Eltern Unsicherheiten in Bezug auf die kindliche Verarbeitungsfähigkeit sowie eine Kind gerechte Erklärung vorherrschen (Beutel, 2002, S. 157 f.).

- Beziehungen zu richten“ (zitiert nach Beutel, 2002, S. 156).

Empfehlungen für den gemeinsamen Umgang in solch einer Situation finden sich bei Lothrop (2001):

- Gebt eurer partnerschaftlichen Beziehung höchste Priorität.
- Hab Geduld mit deinem Partner/deiner Partnerin und mit dir selbst.
- Gestehe deinem Partner/deiner Partnerin seine/ihre Art zu trauern zu.
- Sei dir klar darüber, dass dein Partner/deine Partnerin nicht an der selben Stelle in seiner Trauer steht wie du und dass das in Ordnung ist.
- Bemüht euch um Offenheit, Ehrlichkeit und Freundlichkeit in eurer Kommunikation.
- Akzeptiere deine eigenen Gefühle. Sprich über das, was in dir vorgeht, gib auch deinem Partner/deiner Partnerin Gelegenheit, seinen/ihren Schmerz auszudrücken.
- Gebt einander Raum, in der Beziehung zu wachsen.
- Konzentriert euch darauf, wie ihr Zuneigung und Achtung füreinander reifen lassen könnt. Entdeckt Wege, wie ihr diese nährt und zum Ausdruck bringt.
- Tragt zu eurer gegenseitigen Heilung bei durch körperliche Nähe und Berührung.
- Gebt einander die Erlaubnis, das Leben und den anderen zu genießen. Es ist gut, miteinander lachen und es ist gut, miteinander weinen zu können. Entdeckt, was ihr tun könnt, was Freude bringt.
- Konzentriert euch auf eure Zuneigung füreinander, und lernt und übt, wie ihr sie ausdrücken könnt.
- Erlaubt einander Raum in eurer Beziehung. Jeder Mensch braucht eine gewisse Privatsphäre bezüglich seiner Gefühle, auch seiner Trauer.
- Erwartet nicht, dass euer Partner/eure Partnerin der einzige Mensch ist, der euch hilft, wieder heil zu werden.
- Unterstützt einander in dem Gedanken, dass, so wichtig euch euer verstorbenes Kind auch ist und so weh euch sein Tod auch tut, es noch so viel anders gibt, für das es sich lohnt zu leben. (Lothrop, 2001, S. 145)

Gemäß Lothrop (2001) leiden Männer durch den Kindstod häufig unter den irrtümlichen Ansprüchen ihrer Frau und fühlen sich von diesen überfordert. Die Autorin rät daher zu den nachfolgenden Anregungen für den dyadischen Umgang:

Therapeutische Hilfe ist nötig (am besten durch Paar- oder FamilientherapeutInnen mit Erfahrung in Trauerbegleitung), wenn:

- keine konstruktive Kommunikation mehr möglich ist und die Menschen undurchdringlich geworden sind,
- die Wut gegenüber dem Partner/der Partnerin, die ja vorübergehend normal sein kann, sich nicht mehr legt,
- ein Partner in eine andere Beziehung ausgewichen ist, um sich nicht der Trauer stellen zu müssen,
- auch gute Freunde nicht mehr in der Lage sind, zu helfen, eine Brücke zu bauen. (Lothrop, 2001, S. 146)

Schlussendlich wird ersichtlich, dass die Bewältigung als Paar vielfältige Herausforderungen birgt, die in verschiedenen Entwicklungen resultieren können. Eine

Partnerschaftskrise ist dabei ebenso denkbar wie das Wachstum und die Vertiefung der elterlichen Paarbeziehung (Lothrop, 2001, S. 140).

4.3.1 Geschlechtsspezifisches Trauerverhalten

Deine Tränen fließen in deinem Herzen,
meine fließen über meine Wangen.
Deine Wut zeigt sich in deinen Gedanken und Bewegungen,
meine galoppiert nach vorne, damit alle sie sehen können.
Deine Verzweiflung liegt in deinen Augen,
meine zeigt sich in Zeile um Zeile, die ich niederschreibe.
Du trauerst um deinen Sohn,
ich um mein Baby.
Wir trauern zu verschiedenen Zeiten
mit unterschiedlicher Länge, in unterschiedlicher Weise.
Aber wir sind trotzdem gleich, trotzdem eins,
der Tod unseres Kindes ist uns beiden bewusst. (Pam Burden, zitiert nach Lothrop,
2001, S. 139)

Zahlreiche Studien belegen ein geschlechterspezifisches resp. inkongruentes Trauerverhalten⁷³. Doch wie sieht das konkret aus? Wo unterscheiden sich die Geschlechter in ihrer Trauer? Wie kann das *gegensätzliche* Geschlecht auf jeweilige Unterschiede reagieren? Und trauern Männer wirklich weniger intensiv als Frauen? Oder wird ihnen und ihrer Trauer bzw. Bewältigung womöglich weniger Beachtung in Studien geschenkt? Der nachstehende Passus soll u. a. Antworten auf die obigen Fragen der geschlechtsspezifischen Trauer geben und zugleich einen thematischen Einblick ermöglichen. Hierbei finden in erster Linie Aspekte sowie Themenbereiche Erwähnung, die zugleich im Rahmen der eigens geführten Interviews relevant erscheinen. Weitere als wichtig befundene Angaben wurden ergänzt.

Eine Vielzahl an Untersuchungen bestätigt den Umstand eines genderspezifischen Trauer- bzw. Bewältigungsverhaltens nach einem Verlustleben (siehe dazu Badenhorst, Riches, Turton, Hughes, 2007, p. 193; Beutel, 2002; Beutel et al., 1996, pp. 245-253⁷⁴; Fish 1986, Helmrath & Steinitz, 1978, beide zitiert nach Feeley & Gottlieb, 1988-89, p. 52; Black, 1991, zitiert nach Kersting et al., 2004, S. 168; Lang & Gottlieb, 1993, pp. 233-255; Lothrop, 2001; Schwab, 1992, pp. 151-154; Schwab, 1996, pp. 103-113; Stinson, Lasker, Lohmann und Toedter, 1992, pp. 218-223; Swanson et al., 2009,

⁷³ Dieser Umstand führt, so Wagner (2013), zu einem erhöhten Risiko an partnerschaftlichen Konflikten sowie Trennungen (S. 69).

⁷⁴ Beutel und Kollegen (1996) machen auf die Einschränkungen ihrer Studie aufmerksam, wie bspw. eine kleine Kohorte sowie den Verlust von einem Drittel des Follow-ups. „*Because of missing data, we do not claim that our results are representative or generalizable. However, the theoretically and clinically relevant issues of gender differences in response to miscarriage deserve further study*“ (Beutel et al., 1996, p. 252).

pp. 1245-1257; Vance, Boyle, Najman, & Thearle, 1995, pp. 806-811; Vance et al., 2002, pp. 368-372; Wagner, 2013; Dyregov & Dyregov, 1999, zitiert nach Wagner, 2013, S. 60)⁷⁵.

Basierend auf eigenen Erfahrungen sowie der Literaturgrundlage verweist Tschudin (2015) auf die Andersartigkeit im Trauerverhalten von Männern⁷⁶, bemerkt jedoch, dass dieser Umstand nicht unweigerlich für eine geringere Trauerintensität im Vergleich zu den Frauen stehen muss (S. 279)⁷⁷. Generell agieren männliche Betroffene im Trauerprozess lösungsorientierter und sehen sich in einer unterstützenden sowie handelnden Rolle. Zugleich fühlen sie sich oftmals auf emotionaler Ebene überfordert. Ferner gelingt es Männern weniger gut, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen (Tschudin, 2015, S. 279). Sie verarbeiten den erlebten Verlust überwiegend mit sich selbst, machen sich die Aufgabe des Versorgers zu eigen und suchen mehr Beschäftigung in außerfamiliären Aktivitäten⁷⁸ (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001, zitiert nach Wagner, 2013, S. 61).

Gemäß Beutel (2002) ist in der Literatur mehrfach die Annahme vertreten, dass der Kindsverlust durch eine Fehlgeburt für den Mann „keinen schwerwiegenden Verlust darstellt“ (S. 68; vgl. außerdem Miller, 1993, Cummings, 1984, beide zitiert nach Beutel et al., 1996, S. 246). Es stellt sich die Frage, ob das zuvor geschilderte männliche Verhalten als ein möglicher *Erklärungsansatz* für die nachfolgende Aussage dienen kann. Dennoch beschreiben eine Vielzahl von Vätern Gefühle von „frustration, helplessness, and alienation in connection with the diagnosis of intrauterine death and the delivery“ (Samuelsson et al., 2001, p. 128).⁷⁹

Es spricht einiges für Tschudins (2015) Argumentation. Mehrheitlich vermag ein Mann seine Gefühle nicht in der emotionalen und intensiven Art zum Ausdruck bringen wie eine Frau, das bedeutet jedoch nicht, dass keine Gefühle vorhanden sind. Zudem mag es auch Personen geben, die ein völlig konträres Verhalten aufzeigen. Zahlreiche Studienergebnisse geben in diesem Zusammenhang eine deutliche Tendenz für das männliche wie auch weibliche Trauer- bzw. Bewältigungsverhalten an. Dennoch kann

⁷⁵ Zur Thematik des genderspezifischen Erlebens von Stress innerhalb der Familie siehe auch Literatur von Bodenmann (1995) sowie Weiß et al. (1994, beide zitiert nach Weiß, 2001, S. 245).

⁷⁶ Siehe dazu auch Vance und Kollegen (1995, 2002).

⁷⁷ Siehe dazu auch Stinson et al. (1992, p. 218) sowie Lang & Gottlieb (1993, S. 250).

⁷⁸ Vgl. außerdem Helmrath und Steinitz (1978), Forrest, Standish und Baum (1982) sowie Mandell, McAnulty und Reece (1980, alle zitiert nach Feeley und Gottlieb, 1988-89, p. 52).

⁷⁹ Einen kurzen inhaltlichen Exkurs bildet hier der Verweis auf die oftmals vergessene Trauer der Väter. Lothrop (2001) gibt zu bedenken, dass es in unserer westlichen Kultur bereits schwer ist, einer betroffenen Mutter zu begegnen. Um einiges schwerer erscheint es, einem trauernden Vater gegenüber zu agieren. „*Männer haben nicht die »kulturelle Erlaubnis« zu trauern*“, so Lothrop (2001, S. 134). Ein eigens betroffener Vater äußerte dazu folgende Frage: „Wo kämen wir denn hin, wenn wir beide zusammenbrechen würden?“ (Lothrop, 2001, S. 135).

es stets Ausnahmen geben. Nach Beutel (2002) liegt nur eine geringe Anzahl an Studien vor, in denen beide Geschlechter befragt wurden. Diese umfassen meist eine geringe Teilnehmerzahl (S. 69). Aus diesem Grund ist, so Beutel (2002), die Allgemeingültigkeit der Studienergebnisse nicht geklärt (S. 69). In Studien, die u. a. die Bewältigung einer Totgeburt, den Tod eines Babys oder auch einer Fehlgeburt untersuchten, berichteten Männer im Vergleich zu ihren Frauen und losgelöst von der Art des Kindstodes eine „geringere und kürzer dauernde Traurigkeit“ (Benfield, Leib & Vollman, 1978, zitiert nach Beutel, 2002, S. 69; Stinson et al., 1992, p. 222; vgl. außerdem Beutel et al., 1996, S. 251 und auch Wagner, 2013, S. 69) sowie „Angst“ (Dyregov & Matthiesen, 1987a, zitiert nach Beutel, 2002, S. 69). Ferner zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede bei Einsamkeit, Beschäftigung mit dem Verlust, Schuldgefühle und Niedergeschlagenheit“ (Stinson et al., 1992, p. 221). Die Partner erzielten zudem deutlich niedrigere Werte als ihre Partnerinnen hinsichtlich Depression, körperlichen Beschwerden, Angst vor einem zukünftigen Verlust, Wut sowie in Bezug auf die Suche nach der Bedeutung im Leben (Beutel et al., 1996, S. 247). Lasker und Toedter (2000) konnten ebenfalls in einer Studienübersicht eine geringere Traurigkeit bei den männlichen Betroffenen im Vergleich zu den weiblichen feststellen (zitiert nach Beutel, 2002, S. 69, 138). Hierbei bleibt jedoch offen, aus welchem Grund es zu diesen geschlechtlichen Unterschieden im Erleben kommt (Beutel, 2002, S. 69).

Kann der Grund eine weniger intensive Bindung zwischen Vater und Kind sein? Liegt es an der Scheu, die eigene Trauer offen auszudrücken? Stinson et al. (1992) sehen eine mögliche Erklärung für das genderspezifische Verhalten darin, dass es Frauen von Seiten der Gesellschaft *gestattet* ist, Kummer offen zu zeigen, wohingegen von Männern verlangt wird, Stärke zu zeigen (S. 221). Hinzu kommt, dass das körperliche Erleben der Schwangerschaft durch die Frau zu einer Verstärkung des Trauerverhaltens führen kann (Dunn, Goldbach, Lasker & Toedter, 1991, zitiert nach Stinson et al., 1992, S. 221). Einige Männer sind hingegen der Ansicht, dass sie „schlimmer dran sind, weil sie die Erfahrung nicht so unmittelbar durchleben konnten wie ihre Frau“ (Lothrop, 2001, S. 137).

Entgegen dem zuvor beschriebenen allgemeinen männlichen Trauerverhalten gewähren drei Studien gegensätzliche Ergebnisse. In Erhebungen von Kennell, Slyter und Klaus (1970) wie auch Benfield et al. (1978) zeigten die Partner im Gegensatz zu ihren Partnerinnen „eine ausgeprägtere Trauer“ (zitiert nach Beutel, 2002, S. 69). Untermauert werden diese Ergebnisse nochmals durch eine Studie von Cummings (1984), die auf ein Männerkollektiv aufmerksam macht, dessen Verhalten sich konträr zu allgemeinen Resultaten darstellt (zitiert nach Beutel, 2002, S. 76, 139). Die Partner zeigten sich hier einerseits außerordentlich erfreut über die Schwangerschaft ihrer

Partnerin und betrauertem andererseits den Verlust intensiver als die Frau selbst (Beutel, 2002, S. 76, 139).

Eine Untersuchung von Black (1991) befragte 105 Frauen nach erlittener Fehlgeburt bzw. Schwangerschaftsabbruch wegen kindlicher Fehlbildung, wie sie die Reaktionen ihres Partners wahrnahmen (zitiert nach Beutel, 2002, S. 68). Die Ergebnisse zeigen, dass der Partner für seine Frau als wichtigste Unterstützungsquelle dient⁸⁰ (Beutel, 2002, S. 68).

Zugleich weist Beutel (2002) auf den Umstand hin, dass Männer neben der Unterstützung ihrer Frau auch selbst den Verlust verarbeiten müssen (S. 155). Folglich sind Väter mitunter einer Doppelbelastung ausgesetzt. Einerseits müssen sie ihre eigene Trauer bewältigen und andererseits leiden sie, „weil ihre Frau leidet“ (Lothrop, 2001, S. 134). Gerne möchten Partner ihren Frauen die Trauer nehmen. Eine Möglichkeit dafür sehen sie, „als Zeichen von Stärke“ (Lothrop, 2001, S. 134), in der Zurückhaltung ihrer eigenen Trauer, um ihrer Partnerin nicht weitere Schmerzen aufzuerlegen (S. 134). Darüber hinaus wird das Zurückhalten der Trauer von Seiten der Frauen viele missverstanden und als Gleichgültigkeit interpretiert (Lothrop, 2001, S. 134).

Es besteht die Gefahr einer Kluft zwischen den Elternteilen, bedingt durch divergente Bewältigungsmuster der Geschlechter sowie in Ermangelung von Verständnis für den jeweils anderen (Beutel, 2002, S. 155). Eine Studie von Stroebe, Finkenauer, Wijngaards-de Meij, Schut, van den Bout, und Stroebe (2013) ergänzt den hier benannten Umstand von Beutel (2000) mit folgendem Ergebnis: „Selbstregulation, um für den anderen stark zu sein, stand in signifikantem Zusammenhang mit einer eigenen höheren Trauersymptomatik und der des Partners“ (Stroebe et al., 2013, zitiert nach Wagner, 2013, S. 58). Das heißt, obwohl sich die Partner gegenseitig versuchten zu beschützen, erzielten sie mit ihrem Verhalten einen gegenteiligen Effekt. Demnach kann sich ein Unterdrücken der eigenen Gefühle negativ auf den eigenen wie auch auf den Trauerverlauf des Partners auswirken (Wagner, 2013, S. 58). Vergleichbare Ergebnisse finden sich bei Dyregov und Dyregov (1999, zitiert nach Wagner, 2013, S. 60).

Jede dritte befragte Mutter in der Studie von Beutel (2002) gab an, „dass ihr Partner seine Gefühle kaum zeigen konnte“ (S. 68 f.). Während das Leid der Mütter über den Kindsverlust auch nach sechs Monaten noch sichtbar war, hatten die Väter in der Untersuchung ihre Auseinandersetzung mit dem Verlust bereits abgeschlossen und

⁸⁰ Vgl. dazu neben Beutel (2002) auch Conway und Russell (2000), Feeley und Gottlieb (1988-89), Samuelsson et al. (2001) und Wagner (2013).

widmeten sich externen Aktivitäten.⁸¹ Für die Frauen stellte es eine große Belastung dar, wenn sie keine partnerschaftliche Anerkennung in Bezug auf „*die Bedeutung ihres Verlustes*“ (Beutel, 2002, S. 69) erhielten und auch die Unterstützung ihres Partners abnahm. Mehrere Mütter fühlten sich missverstanden, „wenn ihr Partner hilflos gegenüber ihrer Trauer und besorgt über ihr Befinden, sich bemüht, ‚stark‘ zu bleiben und eigene Betroffenheit zu verbergen“ (Beutel, 2002, S. 139). Dabei war der Partner besorgt um seine Frau und wollte diese nicht mit eigenen Gefühlsäußerungen überfordern. Für den Mann erschien es passender, nicht im Kummer zu versinken. Die Versuche des Partners sich abzulenken oder in berufliche Projekte zu entfliehen (vgl. dazu auch Beutel et al., 1996, S. 249), können der Partnerin den Eindruck vermitteln, dass der Tod des gemeinsamen Kindes für ihn weniger Bedeutung hat. Eine mögliche Folge dieses Verhaltens ist ein Teufelskreis aus beiderseitigen Enttäuschungen wie auch Vorwürfen (Beutel, 2002, S. 139). Wenn Frauen und Männer den Trauerprozess verschiedenartig durchlaufen, sind unterschiedliche Bedürfnisse der Geschlechter wahrscheinlich, ebenso wie verschiedenartige Reaktionen auf Hilfs- bzw. Unterstützungsangebote (Stinson et al., 1992, p. 218).

Angesichts des Bewältigungsprozesses der Geschlechter zeigen sich auch andere Ergebnisse. Feeley und Gottlieb (1988-89) legen beispielsweise nahe, dass sich die jeweiligen Copingstrategien der Geschlechter nicht so stark voneinander unterscheiden, wie bislang angenommen⁸², sondern mehr Übereinstimmungen als Nichtübereinstimmungen aufzeigen. Dabei berufen sich die Autoren auf Untersuchungen von Helmrath und Steinitz (1978), Mandell et al. (1980) und Williams und Nikolaisein (1982) die lediglich in den Bereichen „seeking social support“, „preoccupation“ und „escape-avoidance“ (alle zitiert nach Feeley & Gottlieb, 1988-89, p. 62) genderspezifische Unterschiede fanden (p. 62; vgl. dazu auch Wagner, 2013, S. 69). Die Hypothese, dass Paare, deren Coping resp. Bewältigungsstrategien nicht konsistent waren, über eine geringere eheliche Kommunikation verfügten, konnte nur partiell gestützt werden. Eine mögliche Erklärung dieses Umstandes sehen die Forscher in einer höheren Empfindsamkeit der Mütter in einer solchen Situation gegenüber Veränderungen in den ehelichen Kommunikationsmustern im Gegensatz zu den Vätern. Einen potenziellen Problembereich sehen Feeley und Gottlieb (1988-89) bspw. darin,

⁸¹ Gemäß Wagner (2013) zeigen Langzeitstudien jedoch, „dass die Trauersymptomatik bei den Müttern im Laufe der Zeit signifikant abnimmt, während die spätere Trauer bei Vätern sich kaum von der in der ersten Trauerphase unterscheidet“ (S. 60).

⁸² Dieser Hinweis findet sich an einigen Stellen der Literatur, wenn in das Trauer- bzw. Verarbeitungsverhalten der Männer Alkoholkonsum als mögliche Bewältigungsstrategie inkludiert wird; siehe dazu Studienergebnisse von Badenhorst, Riches, Turton, Hughes (2006, p. 806) und Vance et al. (1995, pp. 806-811).

wenn einer der Partner über den Tod des Kindes sprechen möchte und der andere lieber schweigt (p. 52). Vor allem in den ersten Monaten nach dem Verlust berichten zahlreiche Paare über ernsthafte Kommunikationsprobleme. Mit der Zeit konnten diese Schwierigkeiten jedoch gelöst werden. Eine Studie von Edelstein (1984) untermauert den Aspekt vorübergehender Konflikte im Verlauf des ersten Jahres nach einem Kindstod zwischen Müttern und Vätern (zitiert nach Feeley & Gottlieb, 1988-89, p. 65). Nach dem schwierigen ersten Jahr wurde der Partner die wichtigste Unterstützungsquelle der Mutter. Eine andere Option ist „that this crisis may have served as a growth experience, in that to maintain their marriage in the face of such a tragedy, couples had to develop more effective marital communication“ (Feeley & Gottlieb, 1988-89, p. 65). In der Tat zeigen Studien ein persönliches Wachstum einiger Eltern, insbesondere im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen (Helmrath & Steinitz, 1978, Defrain, Taylor & Ernst, 1982, alle zitiert nach Feeley & Gottlieb, 1988-89, p. 65; vgl. dazu außerdem Feeley & Gottlieb, 1988-89, pp. 62 ff.).

Es wird deutlich, dass der Verlust eines Kindes, ganz gleich ob ungeboren oder totgeboren, sowohl die betroffene Mutter als auch den Vater und folglich auch ihre Paarbeziehung beeinflusst. Hierbei suchten Frauen vor allem bei ihrem Mann nach „Trost und Unterstützung“ (Beutel, 2002, S. 69; vgl. außerdem Dyregov & Matthiesen, 1987, zitiert nach Beutel et al., 1996, S. 246). „Mehr als 40% der Frauen fiel es jedoch schwer, mit ihm über ihre Gefühle zu sprechen“ (Black, 1991, zitiert nach Beutel, 2002, S. 69; vgl. außerdem Dyregov & Matthiesen, 1987, zitiert nach Beutel et al., 1996, S. 246). Zu einer Anhäufung von Partnerschaftskonflikten kam es nach Meinung der Frauen dann, wenn die Männer vermieden ihre Trauer kundzutun (Dyregov & Matthiesen, 1987b, zitiert nach Beutel, 2002, S. 69, 139; vgl. außerdem Feeley & Gottlieb, 1988-89, pp. 52 ff.). Auch wenn zunächst der gemeinsam erlebte Verlust die Partner einander näherbringt, entstehen des Öfteren Konflikte aufgrund der andersartigen sowie vornehmlich rascheren Verlustverarbeitung der Männer (Beutel, 2002, S. 139). Eine weitere Beeinträchtigung der Situation stellt die mangelnde Annahme des Umfeldes dar, „so dass Verständnis und Unterstützung außerhalb der Partnerschaft begrenzt sind“ (Beutel, 2002, S. 139). Sehen sich betroffene Mütter mit Unverständnis, fehlender Unterstützung sowie vermeidendem offenem Trauerverhalten ihrer Partner konfrontiert, stellt dies nach Wittchen und von Zerssen (1987, zitiert nach Beutel, 2002, S. 139) einen „Risikofaktor für anhaltende depressive Verstimmung, funktionelle Beschwerden und Ängste“ dar. Beutel (2002) führt außerdem eine Studie von Najman, Vance, Boyle, Embleton, Foster und Thearle (1993) an, gemäß deren Ergebnissen es vermehrt zu Trennungen sowie Konflikten von Paaren „in den ersten zwei Monaten nach dem Verlust eines Babys gegenüber einer Kontrollgruppe mit überlebenden Babys“ (zitiert nach

Beutel, 2002, S. 69) kommt. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu Studienresultaten von Wagner (2013) und Schwab (1998), die keinen Anstieg der Trennungen vermerken (siehe dazu Kapitel 4.3.2).

Eine Folge schwerwiegender Verluste kann ein erhöhtes Konfliktauftreten sein. Wenn sich Partner von ihrem jeweiligen Gegenüber überdies unverstanden, mangelhaft bis gar nicht unterstützt fühlen oder die Kommunikation und Nähe gänzlich ausbleibt, kann dies auch zur Trennung führen. Das steht jedoch im Widerspruch zu Aussagen aus den eigens für diese Untersuchung geführten Interviews sowie weiteren zahlreichen Studienergebnissen. Einen einheitlichen Lösungsweg scheint es in solch einer kritischen Lebenssituation nicht zu geben. Demnach liegt es in der Hand der Ehepartner, wie sie einander und der Situation im Allgemeinen begegnen wollen und können.

Weitere Unterschiede im Trauerverhalten wie auch der Bewältigung der Geschlechter zeigen Studien aus den 1980er Jahren. Männer nahmen kaum das Angebot für Beratungsgesprächen wahr und wenn doch, wirkten sie eher angespannt und um Fassung bemüht⁸³ (Forrest, Standish & Baum, 1982, Mandell, Mcanulty & Reece, 1980, alle zitiert nach Beutel, 2002, S. 69). Ein Teil der Männer zeigte ein größeres Interesse an professioneller Unterstützung wie einem Paargespräch in Bezug auf die Bewältigung des Kindstodes. Auch nahm der Wunsch nach professioneller Unterstützung bei den Partnern zu, die sich um den Zustand ihrer Frau sorgten (Beutel, 2002, S. 73; Beutel et al., 1996, S. 249).

Beutel (2002) beschreibt zudem Studienergebnisse, in denen Männer (60%), nach erlittener Fehlgeburt ihrer Partnerin, die größte Belastung in dem Kummer wie auch Schmerz der eigenen Frau sahen (S. 71). In Verbindung damit wird ein Gefühl der Ohnmacht beklagt (11%): „Am schlimmsten war, dass ich nicht helfen konnte, meine Machtlosigkeit und der Schmerz im Gesicht meiner Frau“ (Beutel, 2002, S. 71). Vereinzelt nannten die Partner „Ungewissheit, eigene Traurigkeit und Enttäuschung“ (Beutel, 2002, S. 71). Direkt nach der Fehlgeburt zeichnete sich seitens des Mannes ein bereits vermutetes Verhalten ab: „geringere Depressivität, Traurigkeit, Verlustangst, Ärger, Schuld, Sinnsuche, Körperbeschwerden, Angst und Ärger“ (Beutel et al., 1995c, zitiert nach Beutel, 2002, S. 71) als bei ihren Frauen. Die Werte von Depressivität sowie

⁸³ Eigene Wahrnehmungen aus der Selbsthilfegruppe decken sich nicht mit den Studienergebnissen. Der Frauenanteil gegenüber den Männern in der Gruppe überwog, nichtsdestotrotz waren die Partner *unerwartet* stark vertreten und viele von ihnen fühlten sich frei, in diesem geschützten Rahmen ihre Trauer auszudrücken. Nun sind seit den benannten Untersuchungen aus den 80er Jahren mehr als 30 Jahre vergangen. Kann sich in dieser Zeit ein Wandel im Verhalten der Männer vollzogen haben, dahingehend Gefühle offener zu zeigen? Aktuelle Studien über das Trauerverhalten des Mannes könnten hier von Interesse sein.

körperlichen Beschwerden entsprachen dem allgemeinen Durchschnitt. Leicht über der Norm lag der Angstwert (Beutel, 2002, S. 71). In Analogie zur Hypothese zeigten die männlichen Reaktionen eine mindere Intensität. „Die Rangfolge der Reaktionen (z.B. Angst vor künftigem Verlust, Traurigkeit, schmerzliche Erinnerungen, Sehnsucht, Unglaube) war jedoch bei beiden Geschlechtern gleich“ (Beutel, 2002, S. 71). Folglich waren die Trauerreaktionen beider Geschlechter qualitativ ähnlich, ausgenommen zweier Reaktionen: „Männer weinten über den Verlust seltener, d.h. sie zeigten ihre Traurigkeit weniger offen“ außerdem empfanden sie „es weniger schmerzhaft, schwangere Frauen zu sehen“⁸⁴ (Beutel, 2002, S. 71).

Kurz nach der erlittenen Fehlgeburt fühlte sich die Mehrzahl der Frauen gut durch ihren Mann unterstützt. Resultate von Beutel (2002) sowie Dyregov und Matthisen (1987b) zeigen jedoch, dass eine wachsende Anzahl der Mütter sich nach einem halben sowie einem Jahr über die mangelnde Gesprächsbereitschaft ihres Partners in Bezug auf den Verlust beklagte (zitiert nach Beutel, 2002, S. 76; vgl. dazu außerdem Beutel et al., 1996, S. 250).

In Bezug auf depressives Verhalten bei Frauen konnten Studien belegen, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung ein erhebliches Risiko „für akute und anhaltende depressive Reaktionen“ (Beutel, 2002, S. 76) darstellt. Mütter mit depressiven und gereizten Reaktionen klagten über vermeidende Kommunikation des Partners hinsichtlich des Abortgeschehens, mit dem Resultat partnerschaftlicher Konflikte. Im Gegenzug erlebten Väter die derartigen Reaktionen ihrer Partnerin als Belastung und zeigten sich zugleich besorgt darüber. Eine Vielzahl der Männer versuchte, der Situation durch zunehmende berufliche Aktivitäten zu entkommen (Beutel, 2002, S. 76).

Über den Auslöser der erlittenen Fehlgeburt grübelten auch die Partner (52%) (Beutel, 2002, S. 72). Hier zeigt sich indes ein erneuter Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Ursachenzuschreibung. Die männlichen Grübler sahen *biologische Aspekte* (30%) als vordergründige Ursache sowie *Stress* aber auch *unbekannte Faktoren* (jeweilig 20%) (Beutel, 2002, S. 72). In seltenen Fällen gaben Partner externen Einflüssen, Selbstverschulden, Schuld durch die Partnerin, bspw. aufgrund einer ungesunden Lebensweise, wie auch Schicksal die Schuld am Verlust des eigenen Kindes. Angesichts einer möglichen Vermeidung der Fehlgeburt vermuteten die Väter Optionen gleichermaßen in ihrem wie auch im mütterlichen Verhalten (Beutel, 2002, S. 72).

⁸⁴ In den Gesprächen der Selbsthilfegruppe äußerten Väter sehr vereinzelt, den Anblick anderer schwangerer Frauen als schmerzhaft zu erleben, insbesondere kurz nach dem eigenen Verlusterleben.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Männer nach dem Verlust des eigenen Kindes durch eine Fehlgeburt weniger intensiv wie auch anhaltend trauern als ihre Frauen. „Sie zeigen ihre Traurigkeit weniger offen, weinen seltener, haben ein geringes Bedürfnis, über den Verlust zu sprechen und suchen häufiger Ablenkung in außengerichteten Aktivitäten“ (Beutel, 2002, S. 178). Auch fühlen sich männliche Betroffene größtenteils durch die starken Gefühlsbekundungen ihrer Partnerin verunsichert, ebenso wie mit der offenen Verbalisierung eigener Emotionen. In der Folge reagieren sie mit Rückzug sowie Vermeidung und auch Ablenkung (Beutel, 2002, S. 179).

Zeigt sich der Partner im Bewältigungsprozess hilflos gegenüber dem Trauerverhalten seiner Frau, besorgt in Bezug auf ihr Wohlbefinden und versucht Stärke zu zeigen sowie sich die eigene Traurigkeit nicht anmerken zu lassen, vermittelt dies zahlreichen Partnerinnen das Gefühl, nicht verstanden worden zu sein (Beutel, 2002, S. 179). Verkompliziert wird die Situation durch mangelndes Verständnis und Unterstützung durch das professionelle wie auch private Umfeld. Hinzu kommt eine verstärkte Polarisierung in der Paarbeziehung, da „die Trauer von Männern im sozialen Umfeld und innerhalb der medizinischen Behandlung wenig Raum und Anerkennung findet“ (Beutel, 2002, S. 179).

Obwohl Hinterbliebene zu Beginn ihrer Trauer beschreiben, dass das gemeinsame Trauererleben sie einander näherbringt, entwickeln sich Konflikte in der Partnerschaft häufig durch die schnellere Auseinandersetzung mit dem Verlust von Seiten des Mannes. Die Partnerin fühlte sich dadurch gedrängt, ihre Trauer vorzeitig beenden zu müssen. (Beutel, 2002, S. 179). Wesentlich für die Bewältigung ist, so Beutel (2002), den Tod des Kindes als „gemeinsamen Verlust anzuerkennen, aber auch auf mögliche Unterschiede in der Verarbeitung zu achten“ (S. 181). Eine Entlastung für die Partnerschaft kann dabei eine offene Kommunikation über die Unterschiede und gegenseitiges Verständnis für individuelle Bewältigungsformen sein (Beutel, 2002, S. 181; vgl. außerdem Vandenberg, 2001, zitiert nach Wagner, 2013, S. 61 f.).

Wagner (2013) stellt in Tabelle 3 und Tabelle 4 das geschlechtsspezifische Trauerverhalten sowie mögliche daraus resultierende Konflikte dar.

Tabelle 3: *Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Trauerverarbeitung (in Anlehnung an Wagner, 2013, S. 58)*

Männer	Frauen
Verdrängen Trauergefühle und Emotionen	Erleben Trauer in größerer Intensität
Weinen weniger als Frauen	Länger andauernde Trauerverläufe
Sprechen seltener über das verstorbene Kind	Aktive Trauerbewältigung (z.B. durch häufiges Sprechen)
Suchen sich seltener Hilfe von außen	Starkes Bedürfnis nach gleichem Trauern
Alkohol als Bewältigungsstrategie	Festhalten an Ritualen
Sozialer Rückzug von der Partnerin	Bedürfnis nach emotionaler Nähe

Tabelle 4: *Beispiele für trauerspezifische Konflikte in der Partnerschaft (in Anlehnung an Wagner, 2013, S. 59)*

	Mann	Frau
Missverständnisse	»Ich gehe zwei Monate nach dem Tod meines Sohnes abends mit einem guten Freund etwas trinken. Ich muss mich mal ablenken.«	»Mein Mann hat den Tod unseres Sohnes schon verarbeitet, er kann schon wieder ein Leben wie früher führen.«
Rollenverteilung	»Ich kann mich nicht auch noch gehen lassen. Wer geht den dann einkaufen oder kümmert sich um das Haus? Ich muss für meine Frau und meine Familie jetzt stark sein. Sie brauchen mich jetzt mehr denn je.«	»Ich kann nicht aufstehen, niemanden sehen und weine den ganzen Tag. Meinen Mann habe ich seit der Beerdigung unserer Tochter nicht mehr weinen sehen. Es verletzt mich, dass er so wenig trauert.«
Rückzug	»Ich kann nicht über meinen Sohn mit meiner Frau sprechen. Ich habe die Angst, dass dann alles zusammenbricht, ich kann mich nur so vor dem Absturz schützen. Weinen kann ich nur alleine im Auto.«	»Mein Mann und ich sprechen nicht mehr über unsere Tochter. Es ist, als sei ich in unserer Familie die einzige, die noch um sie trauert. Früher habe ich noch versucht mit ihm über sie zu sprechen, inzwischen fühle ich mich ganz alleine mit meiner Trauer.«

Meines Erachtens sind Inkonsistenz im Umgang und der Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses normal, legitim und gehören aufgrund der individuellen Persönlichkeiten der Partner dazu. Es kann nicht erwartet werden, dass die Partner auf gleiche Weise trauern. Entscheidend ist die jeweils persönliche wie auch dyadische Einstellung zu diesen Abweichungen und ihre Handhabung. Eine offene Kommunikation⁸⁵ und gegenseitiger Respekt⁸⁶ kann in diesem Prozess sehr hilfreich sein. Lothrop (2001) äußert sich zu dem Sachverhalt wie folgt:

Unterschiede in den Trauerreaktionen und das Unvermögen der Partner, diese Kluft zu überwinden, erscheinen mir als ein wesentlicher Grund für Missverständnisse und Krisen nach dem Verlust eines Babys⁸⁷. Es gehört sehr viel Reife dazu, den anderen in seinem So-Sein zu verstehen und anzunehmen. (S. 142)

4.3.2 Trennung resp. Scheidung bei verwaisten Eltern

Die im folgenden Abschnitt vorgestellten Forschungsergebnisse beziehen sich auf verwaiste Eltern im Allgemeinen und nicht ausschließlich auf Eltern, die vom Frühen Kindstod betroffen sind. Aktuelle Untersuchungen, die sich allein der Trennungs- bzw. Scheidungsrate von Eltern nach dem Frühen Kindstod widmen, sind der Verfasserin bis dato nicht bekannt.

Der Verlust des eigenen Kindes stellt die elterliche Beziehung häufig auf eine große Probe. Die Eltern sehen sich mit einer Vielzahl von Stressoren konfrontiert, die möglicherweise langwierige Konflikte und Belastungen auslösen, wodurch die Paarbeziehung in eine Krise geraten kann (Lothrop, 2001, S. 140; Wagner, 2013, S. 63). Frühere Erhebungen, die sich der Scheidungsrate verwaister Eltern widmeten, ergaben, dass Trennungen sowie Scheidungen unter Eltern, die ihr Kind verloren hatten, sehr viel häufiger auftraten, als bei Eltern, denen dieser Verlust erspart blieb (Cornwell, Nurcombe & Stevens, 1977, Spinetta, Swarner & Sheposh, 1981, alle zitiert nach Wagner, 2013, S. 63). Auch Lothrop (2001) geht von einer hohen Scheidungsrate unter trauernden Eltern aus (S. 140). Die Annahme beziehungsweise der nach Wagner (2013) benannte Mythos einer Trennung von Eltern nach dem erlebten Verlust ihres Kindes, galt für eine lange Zeit (S. 63). Im Jahr 1999 führte Oliver eine Überblicksarbeit durch, die 18 Erhebungen beinhaltet. Hierbei konnte kein Nachweis für eine erhöhte Trennungs- respektive Scheidungsrate im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung

⁸⁵ Gemäß Wagner (2013) zeigen Eltern, die eine offene Kommunikation über den Verlust führten, anfänglich höhere Trauerwerte. In einem späteren Trauerstadium nahmen die Werte ab. Langfristig konnte ein positiver Effekt in Bezug auf einen offenen Austausch festgestellt werden (Wagner, 2013, S. 63).

⁸⁶ Wassermann und Rhode (2009) sehen im gegenseitigen Respekt hinsichtlich der individuellen Trauerbewältigung eine Möglichkeit, Partnerschaftskrisen vorzubeugen (S. 181).

⁸⁷ Siehe zu dieser Thematik auch Wagner (2013, S. 60 ff.).

erbracht werden (zitiert nach Wagner, 2013, S. 63). Laut Wagner (2013) hielt sich der Mythos der höheren Trennungs- bzw. Scheidungsrate von verwaisten Eltern so lange aufgrund von nicht ausreichenden methodischen Untersuchungskriterien. Mittlerweile lassen sich dafür kaum noch wissenschaftliche Beweise finden. In einer repräsentativen Studie von Eilegard und Kreicbergs (2010) wurde die Scheidungsrate von Eltern, „deren Kind an Krebs verstorben waren“ (zitiert nach Wagner, 2013, S. 63) untersucht. Die Ergebnisse belegen eine niedrigere Scheidungsrate der verwaisten Eltern. Demnach lebten betroffene Eltern (73%) noch wesentlich häufiger mit ihrem jeweiligen Partner zusammen oder waren mit diesem verheiratet, „als Eltern, die kein Kind verloren hatten (68%)“ (zitiert nach Wagner, 2013, S. 63).

Ferner verweisen Studienergebnisse von Mekosh-Rosenbaum und Lasker (1995) darauf, „that perinatal loss does not present a risk leading to marital disruption“ (p. 127). Die Befunde legen überdies nahe, dass ein Schwangerschaftsverlust die eheliche Zufriedenheit nicht negativer beeinflusst als eine Schwangerschaft oder Geburt, und das sowohl auf kurze wie auch auf lange Sicht. Damit stehen diese Ergebnisse im klaren Gegensatz zu häufig geäußerten Bedenken in der Literatur über die negativen Auswirkungen eines Verlustes auf die Ehe. Im Rahmen der Untersuchung wird auch erkennbar „that the loss may actually have enhanced some relationship“ (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995, p. 141).

Schwab (1998) gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Partnerschaft der Eltern durchaus an einem gewissen Punkt durch den Verlust beeinträchtigt sein kann (p. 460). Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Abweichung bestehen bleibt und letztlich in einer Trennung und Scheidung endet. Belege zeigen, dass mehr Paare verheiratet bleiben und ihre Ehe ungeachtet des Stresses und der Belastungen eines kindlichen Verlustes gestärkt daraus hervor gehen kann (Schwab, 1998, S. 460). Lothrop (2001) verweist ebenso auf die mögliche Vertiefung einer Beziehung nach einem Kindsverlust (S. 140). Trotz allem sollte auf den geringen Prozentsatz verwaister Eltern hingewiesen werden, die sich nach dem Tod ihres Kindes scheiden lassen. Ähnlich wie Wagner (2013) listet Schwab (1998) auf, dass eine kritische Betrachtung der Literatur über Kindstode und Scheidung keine schlüssigen Beweise für eine höhere Scheidungsrate verwaister Eltern gegenüber der Allgemeinbevölkerung hervorbringen konnte (p. 462, 465).

Moreover, because of the complexity of any situation involving a child's death and divorce, it is too simplistic to believe that divorces observed among bereaved parents are attribute to the stress produced by the death. The often-hear claim that there is an unusually high rate of divorce among bereaved parents is a myth. (Schwab, 1998, p. 465)

Auch hier stimmt Schwab (1998) mit der Aussage Wagners (2013) in Bezug auf den Mythos der Trennungs- bzw. Scheidungsrate bei verwaisten Eltern überein.

Den Grund für die mögliche Aufrechterhaltung dieses Mythos' kann, so Schwab (1998), im nachlässigen Zitieren liegen (p. 463). Dadurch kam es zu einer fehlerhaften Weitergabe. Ferner kann es zu einer Verwirrung hinsichtlich der angewandten Wortwahl von ehelicher Spannung und Scheidung gekommen sein, obgleich das Durchleben einer belasteten bzw. angespannten Ehe nicht automatisch mit einer Trennung oder Scheidung gleichzusetzen ist (Schwab, 1998, p. 463 f.). Studienergebnisse von Barnett, Freudenberg und Wille (1992) untermauern das Ergebnis (p. 454).

Schwab (1998) gibt nunmehr das folgende positiv verlautende Statement ab: „[...] most marital bonds appear strong enough for couples to negotiate this period of extreme ordeal and remain married. It is something worth celebrating in a society in which couples are inclined to solve difficulties in marriage through divorce“ (p. 465).

4.4 Abschied nehmen

Jedes Leben ist in der Tat
ein Geschenk
Egal wie kurz
Egal wie zerbrechlich
Jedes Leben ist ein Geschenk
Welches für immer
in unserem Herzen weiterleben wird. (Sandra Gould, zitiert nach Lothrop, 2001, 92)

Wenn Eltern mit dem Tod ihres Babys konfrontiert werden, erleben sie Momente, die in der Art niemals wiederkehren. Familien sollten diese Momente nutzen. Dafür darf sich die notwendige Zeit ebenso wie Ruhe genommen werden. Eltern können und sollten, wenn nötig, darauf bestehen (vgl. Lothrop, 2001, S. 88).

Wassermann und Rhode (2009) haben sich mit dem Thema des Abschieds vom verstorbenen Kind auseinandergesetzt (S. 145). Daher empfehlen die Autorinnen, schon im Vorfeld der Geburt⁸⁸, Absprachen mit den Eltern in Bezug auf ihre Wünsche der Abschiednahme vom Kind zu treffen. „Denn sowohl aus Studien als auch aus vielen klinischen Erfahrungen ist bekannt, dass ein unklarer oder nicht vollzogener Abschied schwere psychische Schäden für die Frau haben kann und auch Folgeschwangerschaften erheblich belastet werden“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 145). Eine Verabschiedung beinhaltet u. a. „das Ansehen des Kindes, die Namensgebung, Fotos, ggf. eine Segnung, dem Kind etwas Persönliches ins Grab

⁸⁸ Der hier benannte Umstand bezieht sich möglicherweise auf eine Totgeburt, einen Schwangerschaftsabbruch sowie den Neugeborenenentod.

mitgeben“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 145). Neben den genannten Aspekten sind gleichermaßen Informationen hinsichtlich der Bestattungsmöglichkeiten von Relevanz (Wassermann & Rhode, 2009, S. 145).

Auch Beutel (2002) sieht bei der Abschiednahme das Bestattungsritual als dazugehörig an, da es den Eltern einerseits die Endgültigkeit ihres Verlustes noch einmal deutlich aufzeigt und andererseits ihnen eine Verabschiedung von ihrem Kind ermöglicht (S. 84).

Wassermann und Rhode (2009) verweisen zudem auf den Einfluss einer wirklichen Begrüßung und Verabschiedung vom Kind für den Trauerprozess (S. 146). Für einige Eltern ist in diesem Zusammenhang die Vorstellung eines direkten Kontaktes zu ihrem verstorbenen Kind enorm beängstigend. Die Entscheidung liegt hier ganz klar bei den Eltern. Es besteht die Option, dass auch nur ein Elternteil das Kind zu Gesicht bekommt, wenn das dem Bedürfnis der Eltern entspricht. In dieser Situation sollte keinerlei Druck auf die Mutter und ihren Partner ausgeübt werden. Jedoch ist es möglich, auf die praktische Erfahrung mit zahlreichen Elternpaaren im vergleichbaren Kontext zu verweisen, die gezeigt hat, „dass der direkte Abschied sehr schmerzlich sein kann, im Nachhinein aber in der Regel als sehr hilfreich angesehen wird“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 146 f.). Wenn Eltern sich nicht direkt von ihrem Kind verabschieden wollen, sollten sie über die entscheidende Funktion von Abschiedsritualen⁸⁹ für die Trauerbewältigung informiert werden. Die Rituale können auch symbolisch umgesetzt werden, bspw. das Pflanzen eines Baumes im eigenen Garten. Ferner wird den Eltern empfohlen, ihrem Kind einen Platz in der Familie einzuräumen. Dies kann konkret in Form eines Namens, dem Aufhängen eines Ultraschallfotos etc. geschehen. Auch ist die Aufbewahrung von sogenannten Erinnerungsstücken, z. B. Ultraschallbildern, „Krankenhausbändchen“ usw., von großer Bedeutung, „da sie auf die Existenz des Kindes hinweisen“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 152). Dies gilt vor allem auch für Eltern, die ihr Kind nicht gesehen haben (Wassermann & Rhode, 2009, S. 150 f.).

Den positiven Einfluss der Abschiednahme vom Leichnam einer nahestehenden verstorbenen Person auf den Trauerprozess bestätigt eine Vielzahl von Erhebungsergebnissen. So belegt eine Studie von Meij et al. (2008), dass Eltern nach der Aufbahrung ihres verstorbenen Kindes im familiären Zuhause „eher das Gefühl hatten, dass sie Abschiednehmen konnten und sie zeigten später geringere Werte von komplizierter Trauer“ (zitiert nach Wagner, 2013, S. 66). Gemäß Wagner (2013) haben Studien bislang den positiven Effekt einer Abschiednahme vom Kind auf die Trauerbewältigung der Eltern bestätigen können (S. 66). Folglich werden Eltern oftmals

⁸⁹ Siehe dazu Kapitel 4.4.1.

darin bestärkt, sich bewusst von ihrem Kind zu verabschieden. Selbige Verabschiedungspraxis im Rahmen pränataler Verlust wird nach Wagner (2013) teilweise auch kritisch bewertet (S. 66). Nun wurden in den letzten Jahren Studienergebnisse speziell für Eltern mit pränatalem Verlust veröffentlicht, die fragliche Ergebnisse hinsichtlich der Langzeitfolgen einer solchen Verabschiedungsform aufzeigen. Demnach sollen Mütter deutlich höhere Werte für Angststörung sowie Depression und PTBS aufweisen, wenn sie ihr totes Baby im Arm hatten (Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002, Turton, Badenhorst, Pawlby, White & Hughes, 2009, alle zitiert nach Wagner, 2013, S. 66). Sogar sieben Jahre nach dem Verlusterleben konnten diese Befunde noch verifiziert werden. Die geringste Belastung war bei Müttern erkennbar, die keinen direkten Abschied von ihrem Baby nahmen. Wagner (2013) sieht als mögliche Ursache für die divergenten Reaktionen auf die Verabschiedung vom Kind vor allem den körperlich erschöpften sowie geschockten Zustand der Mutter kurz nach der Entbindung (S. 67).

Mütter, die [...] direkt nach der Geburt das Kind in den Arm gelegt bekommen, haben oft keine Möglichkeit sich auf die Situation vorzubereiten [...]. Die wenigsten Frauen werden vorher über den körperlichen Zustand des tot geborenen Kindes informiert. Insbesondere, wenn Kinder noch relativ früh während der Schwangerschaft tot geboren wurden, kann das Aussehen und die Farbe des Kindes für die Mütter⁹⁰ schockierend sein. Hier ist es wichtig, [...] sich die Entscheidung zu überlegen. (Wagner, 2013, S. 67)

Zudem gibt Wagner (2013) zu bedenken, dass dieser Kontakt nach der Geburt mit dem verstorbenen Baby „der einzig reale Kontakt“ (S. 67) mit dem eigenen Kind ist, der entsprechend im Gedächtnis verweilt (S. 67).

In den vergangenen Jahren haben verschiedenste Berufsgruppen aus der Pränatalmedizin und Geburtshilfe sich dafür eingesetzt, dass eine direkte und persönliche Verabschiedung der Eltern von ihrem Kind ermöglicht wird. Persönliche Wahrnehmungen aus der Zeit als Besucherin einer Selbsthilfegruppe sowie anhand der Gespräche mit betroffenen Eltern und professionellen Betreuern ließen keine negativen Aussagen über eine direkte Abschiednahme vom Kind erkennen. Von Seiten der Eltern bzw. vornehmlich von den Müttern wurden anfangs zum Teil Bedenken geäußert, ob sie ihr Kind sehen möchten. Der Großteil der Mütter hat ihr Kind schließlich gesehen und gehalten. Die befragten Väter haben alle direkt Abschied genommen und ihre Frauen teilweise darin bestärkt, es auch so zu tun. Abschließend wurde die direkte bzw. persönliche Verabschiedung durchweg positiv bewertet. Auch eine leitende Hebamme sowie zwei Seelsorgerinnen bestätigten, dass sie in ihrer praktischen Arbeit aufgrund

⁹⁰ Das bezieht sich sicherlich auch auf den Vater, nicht nur die Mutter.

der bisherigen positiven Ergebnisse bei trauernden Eltern, diese darin ermutigen, persönlich von ihrem Kind Abschied zu nehmen. Möglicherweise kann der von Wagner (2013) geäußerte Aspekt der inneren Vorbereitung auf die Abschiednahme wie auch die dafür nötigen Informationen durch das Klinikpersonal von großer Bedeutung sein. Hier sind weitere umfassende Studien auf diesem Gebiet angebracht.

4.4.1 Rituale

Eine rituelle Erfahrung [...] hilft Paaren, eine Form für die Äußerung ihres Schmerzes zu finden, die ihren individuellen Überzeugungen und Wertvorstellungen entspricht und ihnen hilft, ihrem Leben neuen Sinn zu geben. Sie eröffnet den Partnern die Möglichkeit, ihren Verlust sowohl voneinander als auch (wenn sie das möchten) vor anderen zu würdigen, damit sie das Geschehene für sich abschließen und ihr Baby loslassen können. (Thomas, 2011, S. 75)

Lothrop (2001) hebt die Bedeutung von Ritualen als Lebenshilfe hervor (S. 102). Rituale helfen, die Bedeutung besonderer Lebensumstände zu betonen und verleihen diesen zugleich Raum und Würde. In jeder Kultur gibt es Rituale für die großen Übergänge von einer Lebensstufe zur anderen. Beim Frühen Kindstod treffen gleich zwei bedeutsame Übergänge aufeinander – die Geburt und der Tod (Lothrop, 2001, S. 102). Zugleich zählen Rituale als *hilfreiche Unterstützung in Trauerprozessen*, wobei hier eine Anpassung an die individuellen Umstände der betroffenen Familie berücksichtigt werden sollte, entsprechend der Soziokultur, Weltanschauung wie auch Religion (Tschudin, 2015, S. 281). Auch sollte den Eltern überlassen bleiben, inwiefern und wann sie Rituale ausüben wollen (Thomas, 2009, S. 78).

Es gibt eine Vielzahl von Trauerritualen, die vermehrt Anwendung finden. Dennoch können Rituale in ihrer Gestaltungsweise ganz individuell sein, wie beispielsweise die Beerdigung⁹¹ oder Gedenkfeier, die Namensgebung oder auch die mögliche Taufe des Kindes.

Trauerrituale können für den Verarbeitungsprozess sehr hilfreich sein, gerade wenn sie den Wünschen der Eltern entsprechend ausgerichtet sowie in einer würdevollen Atmosphäre abgehalten werden. Am Abend eine brennende Kerze ins Fenster zu stellen, einen Stern als Schlüsselanhänger zu tragen in Erinnerung an sein Sternkind, ebenso wie regelmäßige Besuche an der Grabstelle, viele bunte Luftballons nach der Gedenkfeier steigen zu lassen, Gedichte über das Kind zu schreiben usw., all diese

⁹¹ So führt das Beerdigungsritual gemäß Beutel (2002) den Eltern nochmals die Endgültigkeit des kindlichen Todes vor Augen und ermöglicht zugleich die Abschiednahme vom eigenen Kind (S. 84).

rituellen Handlungen können den Eltern im Trauerprozess helfen und ebenfalls die Existenz ihres Kindes nach außen sichtbar machen. So haben Eltern durch Fotos, Fuß- oder Handabdrücke ihres Kindes einerseits wertvolle Erinnerungsstücke und andererseits etwas zum Zeigen bzw. als Beweis, dass ihr Kind real war und gelebt hat (siehe dazu auch Lothrop, 2001, 89 ff.).

4.4.2 Beerdigung

Vielen trauernden Eltern, mit denen ich gesprochen habe, war es ein ungemein wichtiges Anliegen, dass andere die Existenz ihres verstorbenen Kindes wahrnahmen und anerkannten. Gerade wenn unser Kind nicht auf dieser Erde gelebt und es sonst niemand gekannt hat, kann eine Beerdigung anderen bekunden: Wir hatten ein Kind, und dieses Kind lebt nun nicht mehr [...], stellt die Seelsorgerin Dorothea Bobzin fest. (zitiert nach Lothrop, 2001, S. 103)

Für eine Bestattung sind rechtliche Vorschriften zu beachten, die im Personenstandsgesetz geregelt werden. Am 01.04.1994 kam es zu einer Änderung der Gesetzgebung, welche nun die Beurkundung einer Person bereits ab 500 Gramm Körpergewicht vorsieht, das heißt Eintragung in das Geburten- sowie Stammbuch, und nicht mehr wie zuvor erst ab 1000 Gramm. Demnach ist eine Bestattung für totgeborene Kinder ab 500 Gramm sowie für alle Lebendgeburten angewiesen. Werden die Babys mit einem Gewicht unter 500 Gramm geboren, können sie klinisch, also anonym, durch das Krankenhaus bestattet werden. Hier obliegt es den Eltern, eine individuelle Bestattung anzustoßen. Ergänzend sollte das Bestattungsrecht der jeweiligen Bundesländer berücksichtigt werden (Kuse-Isingschulte, 2001, S. 115; Lothrop, 2001, S. 96; Wassermann & Rhode, 2009, S. 156). Kommt es zu einer Bestattung durch die Entbindungsklinik bei nicht bestattungspflichtigen Kindern, „bleibt zu hoffen, dass dies auch bereits bei so kleinen Babys zunehmend im Sinne und im Bewusstsein der Würde menschlichen Lebens geschieht“ (Lothrop, 2001, S. 97). Wassermann und Rhode (2009) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass Kliniken die Verpflichtung haben, alle totgeborenen Babys pietätvoll zu bestatten (S. 155). Das beinhaltet nach den Autoren auch Schwangerschaftsabbrüche (Wassermann & Rhode, 2009, S. 155).

Wenn das verstorbene Baby zu den bestattungspflichtigen Kindern zählt, ist der deutschlandweite Friedhofszwang zu bedenken (Wassermann & Rhode, 2009, S. 157). Folglich muss die Beerdigung des Kindes auf einem Friedhof und nicht im eigenen Garten oder anderswo stattfinden. Mögliche Grabvarianten sind Kinderreihengräber, ein Familiengrab sowie Kindersammelgräber. In vielen Städten gibt es mittlerweile eigens angelegte Gräberfelder für fehl- und totgeborene Babys. Es ist verpflichtend, ein

Bestattungsunternehmen mit der Regelung der Formalitäten und der Durchführung zu beauftragen (Wasserman & Rhode, 2009, S. 157).

Ferner geben die Autoren zu bedenken, dass neben all den organisatorischen Aspekten nicht die essenzielle Bedeutung der Beisetzung für den Abschiedsprozess vergessen werden sollte (Wassermann & Rhode, 2009, S. 154). Der Bestattung kann eine wichtige Funktion im Abschied nehmen zukommen, vor allem wenn die Eltern in die Gestaltung aktiv involviert sind. Hier erfahren Betroffene wie auch anteilnehmende Personen die Möglichkeit, die Existenz des Kindes, seine Geburt sowie seinen Tod, als Faktizität mitzuerleben (Wassermann & Rhode, 2009, S. 154).

Abschließend sollen noch einzelne Wünsche und Erfahrungen von Eltern bezüglich der Bestattung Erwähnung finden. Lothrop (2001) beschreibt, dass sobald eine Bindung zwischen Eltern und Kind stattgefunden hat, Eltern sich selbstverständlich eine ehrfürchtige und würdevolle Behandlung für ihr Kind, auch im Todesfall, wünschen (S. 98). Haben Eltern ihr Kind kennenlernen können, ist es für sie meist klar, ihr Kind beisetzen zu lassen. Die Bestattung an sich wird oftmals von den Betroffenen als recht belastend empfunden und doch bringt sie viele Trauernde in ihrer Bewältigung voran (Lothrop, 2001, S. 98). Lothrop (2001) sieht in dem Begräbnis einen „Meilenstein auf dem Trauerweg. [Denn] Für die meisten Menschen ist es tröstlich zu wissen, wo ihr Kind begraben ist. Es ist gut, einen Platz zu haben, wo sie ihre Trauer hintragen können“ (S. 98).

Eine weitere wichtige Facette für die persönliche Trauerarbeit ist die Mitgestaltung der Beisetzung oder auch Gedenkfeier für das verstorbene Kind seitens der Eltern.

Je mehr wir das Begräbnis oder die Trauerfeier mitgestalten, desto bedeutungsvoller und somit hilfreicher sind sie auf unserem Weg. Manchmal wollen uns wohlmeinende Menschen hier »schützen«, indem sie anbieten, »diese Dinge« für uns zu erledigen. Doch wenn wir unsere Entscheidung getroffen haben, sollten wir uns nicht beirren lassen und so viel wie möglich selbst tun. (Lothrop, 2001, S. 98)

Lothrop (2001) formuliert es abschließend wie folgt: „Wenn Dinge so geschehen, wie sie unserem tiefsten Inneren entsprechen, dann gibt es vielleicht selbst in der schlimmsten Situation unseres bisherigen Lebens so etwas wie ein »Gut«“ (S. 99).

4.5 Ein neuer Anfang

Jede Nacht geht einmal zu Ende, und ein neuer Tag beginnt. Jedem Winter folgt ein Frühling. Irgendwann erreichen wir einen Tiefstpunkt [sic], der gleichzeitig ein Wendepunkt ist – vielleicht sogar ein Wendepunkt für unser ganzes Leben. (Lothrop, 2001, S. 210)

Ein neuer Anfang – was bedeutet das? Lothrop (2001) zitiert in diesem Zusammenhang einen Text aus der Bibel, der besagt, dass alles im Leben seine Zeit hat, so eben auch das Weinen und die Trauer sowie das Lachen und Tanzen, also das Fröhlichsein. Demnach postuliert Lothrop (2001), das Trauern nach einer gewissen Zeit zu beenden (S. 210). Dies kann geschehen, indem Betroffene diesbezüglich auf ihre innere Stimme hören. Die Zeit wird allmählich die Wunden heilen. Selbstverständlich wird das eigene Kind für immer einen Platz im Herzen der Eltern haben, doch die Erinnerungen daran werden mit der Zeit weniger wehtun. Die Wellen der Trauer werden nach und nach kleiner. (Lothrop, 2001, S. 213) Der Todestag als Jahrestag steht meist für einen Meilenstein im Trauerprozess. Doch die Eltern werden schrittweise ein Gleichgewicht wiederfinden. Mit großer Wahrscheinlichkeit treten im Verlauf des Lebens gelegentlich wieder die Wellen der Trauer auf, z. B. „an Geburts-, Sterbe- und Feiertagen“ (Lothrop, 2001, S. 214). Die Wellen kommen, doch sie werden auch wieder gehen, ebenso wie die damit verbundenen Schmerzen, wenn Betroffene diese Gefühle zulassen und akzeptieren. Tränen können in diesem Prozess Balsam für die Seele sein (Lothrop, 2001, S. 214).

Es bleibt die Hoffnung auf einen Neubeginn – einen neuen Anfang mit neuen und glücklichen Erfahrungen.

Hoffnung ist
nicht so zu tun, als ob Probleme nicht existieren ...
Es ist das Vertrauen, dass sie nicht ewig währen,
dass die Wunden heilen
und wir Schwierigkeiten überwinden ...
Es ist der Glaube,
dass eine Quelle der Stärke und Erneuerung tief in uns liegt,
die uns aus dem Dunkeln
in die Sonne zurückführt [...]. (Quelle unbekannt, zitiert nach Lothrop, 2001, S. 214)

4.5.1 Erneute Schwangerschaft nach dem Verlusterleben

Lothrop (2001) rät, sich für eine erneute Schwangerschaft Zeit zu lassen (S. 214). Nicht nur der Körper muss für eine weitere Schwangerschaft bereit sein, sondern vor allem auch die Seele. Eltern sollten sich in der Lage fühlen, sich dem neuen Kind in Liebe öffnen zu können – „für ein Kind mit eigener Identität und einem eigenen Namen, das seinen eigenen Platz in unserer Familie einnehmen kann und nicht unser verstorbene Baby ersetzt“ (Lothrop, 2001, S. 214). Vielmehr noch sollten die Eltern soweit regeneriert sein, dass sie neben einer erneuten Schwangerschaft und Geburt ebenso einen weiteren möglichen Verlust verkraften können (Lothrop, 2001, S. 214 f.).

In einer Folgeschwangerschaft nach einem erlebten Verlust sehen sich Mütter häufig mit Ängsten und der Suche nach dem verlorengegangenen Vertrauen⁹² konfrontiert. Aus diesem Grund distanzieren sich einige Mütter emotional von ihrem Baby, da sie befürchten, durch einen erneuten Verlust zu sehr verletzt zu werden. Lothrop (2001) hebt in diesem Zusammenhang die Relevanz von einem intensiv wie auch vollständig durchlebten Trauerprozess hervor, aus welchem den Eltern entsprechend der zuvor erfahrenen Intensität eine umso größere Stärke zuteilwerden kann (S. 214 ff.). Ferner wird darauf verwiesen, dass grundsätzlich Schmerzen nach einem Verlust aufkommen werden, auch wenn sich Eltern in der Bindung zu ihrem Kind zurückhalten. Der Schmerz kann so nicht vermieden werden. Daher ist es bei einer Folgeschwangerschaft, ganz gleich ob es sich hierbei um eine frühe Fehlgeburt oder eine Totgeburt oder einen Abbruch handelt, essentiell, Personen zu haben, mit denen eine offene Kommunikation über die aktuelle Gefühlslage möglich ist. Gemäß der Autorin ist es für ein Paar in solch einer Situation wichtig, sich gegenseitig Gedanken und Gefühle mitteilen zu können, damit keine Missverständnisse entstehen (Lothrop, 2001, S. 216). Auch ist eine beiderseitige Offenheit hinsichtlich der eigenen sowie der Bedürfnisse des Partners hilfreich. Stellt sich dann eine Folgeschwangerschaft zu einem Zeitpunkt ein, an dem die Eltern innerlich offen und auch bereit für ein neues Kind sind, wird die Geburt „mit den unterschiedlichsten Gefühlen“ (Lothrop, 2001, S. 217) erlebt. Die Eltern „müssen darauf bedacht sein, nicht überfürsorglich auf das Wohlergehen dieses Kindes zu achten, da [...] es sonst in der Entfaltung seiner Lebenskräfte und seines Potentials“ (Lothrop, 2001, S. 217) gehemmt werden würde.⁹³ Beutel (2002) greift diesen Aspekt ebenfalls auf, verweist jedoch gleichzeitig auf den bis dato begrenzten Kenntnisstand, was Anlass gibt für eine vorsichtige Betrachtungsweise der Befunde (S. 90). In Anlehnung an Ergebnisse von Allen et al. (1998) gilt das mütterliche Erleben einer Totgeburt als Risikomerkmals „für eine spätere Angststörung des Kindes im Jugendalter“ (zitiert nach Beutel, 2002, S. 90). In einer weiteren Untersuchung von Heller und Zeanah (1999) konnte hingegen der mütterliche „unbewältigte Verlust einer Totgeburt [...] als Risikofaktor für ein desorganisiertes Bindungsverhalten [...] des einjährigen Säuglings“ (zitiert nach Beutel, 2002, S. 90) ermittelt werden. Überdies kommt die Frage nach dem Einfluss weiterer Kinder in Bezug auf die Bewältigung einer Totgeburt auf. Zahlreiche Mütter äußern klar, in einer Folgeschwangerschaft die einzige Chance einer Verlustbewältigung zu sehen.

⁹² Hier geht es um das sogenannte *Urvertrauen*, dass die Schwangerschaft und Geburt gut verlaufen werden, dass der eigene Körper dem gewachsen ist und das Kind letzten Endes gesund zur Welt kommen wird.

⁹³ Dieser Aspekt in Bezug auf die kindliche Entwicklung ist nachvollziehbar. Trotzdem stellt die tatsächliche Umsetzung durch die Eltern bedingt durch die vorherige Verlusterfahrung bzw. -erfahrungen eine große Herausforderung dar.

Auch Frauen, die bereits vor dem Verlust Kinder bekommen hatten, waren zu knapp 50% dieser Ansicht (Beutel, 2002, S. 89).

Entsprechend der genannten Kriterien kann eine erneute Schwangerschaft nach einem schmerzlich erlittenen Verlust komplexer sein, als es auf den ersten Blick scheint, wobei die vorliegenden Studienergebnisse noch keine klare Aussage diesbezüglich zulassen (Beutel, 2002, S. 89 f.).

4.5.2 Verlusterleben als persönlicher Entwicklungsprozess

Das Erfahren von Leid im eigenen Leben kann nicht verhindert werden. Was jedoch beeinflusst werden kann, ist die Art und Weise wie mit dem Leid umgegangen wird – Verharren in Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung oder aber persönliche Weiterentwicklung (Lothrop, 2001, S. 218).

Sicherlich ist diese Aussage in den Augen frisch verwaister Eltern wie auch in der akuten Verlustsituation nicht von Belang. Doch im Verlauf des Bewältigungsprozesses mag ihr mehr und mehr Gewicht zukommen. Der erfahrene Verlust macht und hat (zunächst) keinerlei Sinn, wird im Leben der betroffenen Eltern jedoch zu Veränderungen führen und kann zu persönlichem Wachstum oder einer neu erlangten inneren Stärke und Charakterreifung beitragen.

Das Erleben eines Verlustes verlangt von jedem Menschen ein beträchtliches Maß an Kraft, Mut, Nerven, Durchhaltevermögen und bedeutet Kummer und seelische Schmerzen. Doch was steht am Ende eines solchen Prozesses? Welche Auswirkungen hat ein Verlusterleben auf den menschlichen Charakter, auf die persönliche Weiterentwicklung? Die Autoren Wassermann und Rhode (2009) vertreten hierzu eine klare Meinung: Sie sehen eine Krise als Chance an (S. 158). Entsprechend ihrer praktischen Erfahrung im Zusammenhang mit dem Frühen Kindstod hat sich gezeigt, „dass trotz allen Schmerzes einer solchen Erfahrung auch die Geburt und die Bestattung eines Kindes für die Eltern eine wichtige und auch positive Erfahrung sein kann“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 158). Im Rückblick erleben die Eltern die kritische Lebenssituation häufig als eine Zeit der persönlichen Reifung und der partnerschaftlichen Vertiefung. Auf lange Sicht kann das Erfahren eines solchen Verlustes inneres Wachstum bewirken (Wassermann & Rhode, 2009, S. 158).

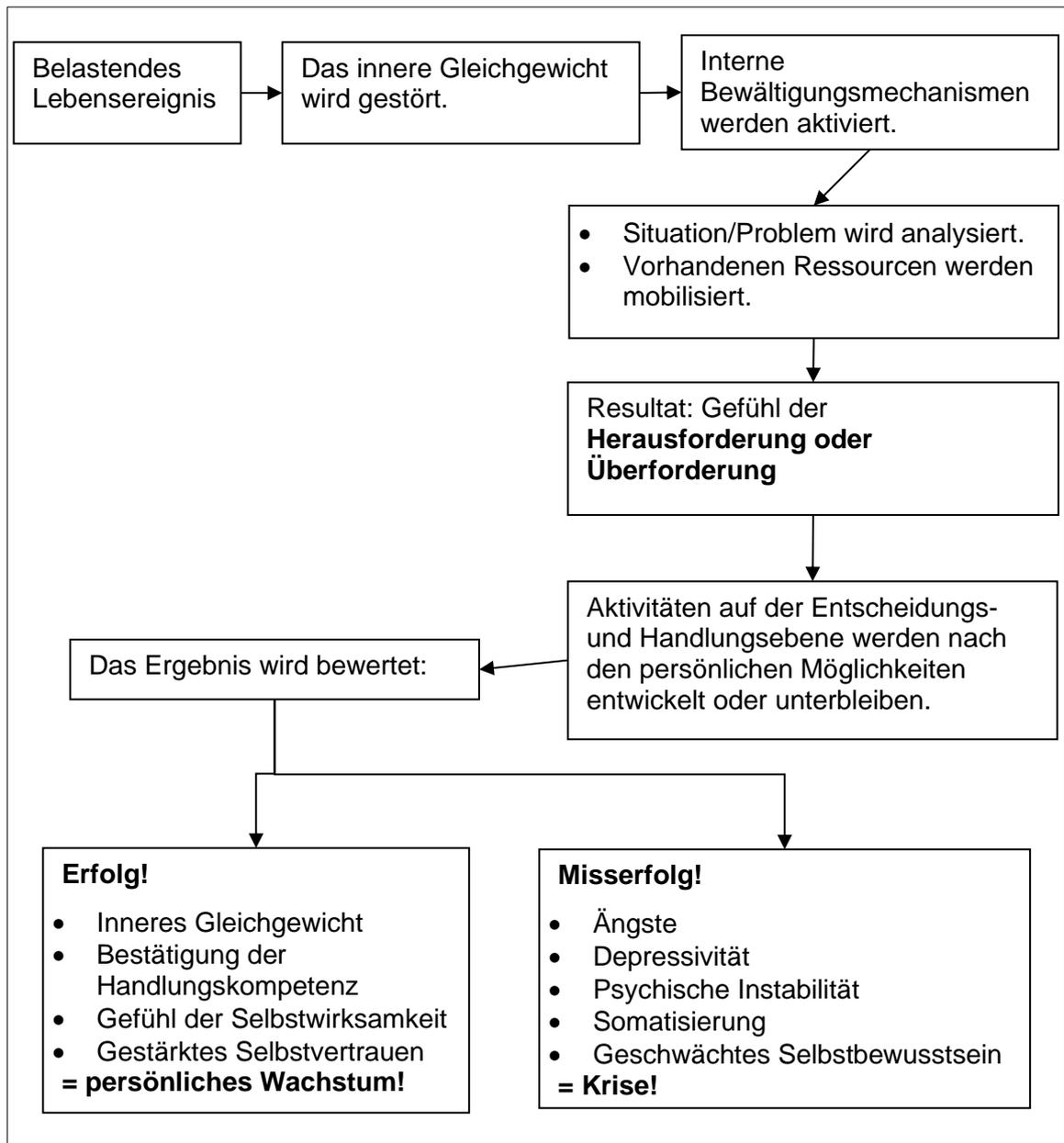


Abbildung 2. Modell persönliches Wachstum oder Krise (in Anlehnung an Wassermann & Rohde, 2009, S. 159)

Anhand des Modells in Abbildung 2 wird erkennbar, dass ein belastendes Lebensereignis in aller Regel zu einer Störung des inneren Gleichgewichts führt. Um die entstandene Schiefelage wieder in ein Gleichgewicht zurückführen zu können, werden Bewältigungsmechanismen aktiviert (Wassermann & Rhode, 2009, S. 159). Hierbei kommt es zu einer eingehenden Betrachtung der vorliegenden kritischen Situation sowie der aktuell zur Verfügung stehenden und für die Bewältigung nötigen Ressourcen. Werden die vorhandenen Handlungsweisen für die Problematik als ausreichend erachtet, wird die aktuelle Lage als Herausforderung angesehen, gefolgt von einer entsprechenden Entscheidung oder auch Handlung. Führt nun die angewandte Tat zu

einem Erfolg oder auch Teilerfolg im Umgang mit dem belastenden Lebensereignis, wird die Handlung als gelungen bewertet und die Handlungskompetenz bestätigt (Wassermann & Rhode, 2009, S. 159). Dadurch entsteht ein Gefühl von Selbstwirksamkeit, was wiederum das Selbstvertrauen stärkt und das innere Gleichgewicht erneut herstellt. Bedingt durch diesen Prozess und infolge des gestärkten Selbstwertgefühls kommt es meist zu einer neuen Anerkennung der eigenen Existenz sowie einer möglichen Prioritätenverschiebung mit positiven Auswirkungen auf die eigene Lebensqualität und -zufriedenheit. Die Bewältigung zukünftiger potentieller Krisen wird nun höher bewertet. Demnach wurde durch die Überwindung der Krise persönliches Wachstum ermöglicht (Wassermann & Rhode, 2009, S. 160). Kann die Krise hingegen nicht bewältigt werden, treten mitunter psychische Störungen auf, wie z. B. Ängste, Depressionen, Instabilität wie auch Somatisierung, wodurch auch das Selbstwertgefühl eine Schwächung erfährt (Wassermann & Rhode, 2009, S. 160.).

Die gelungene Bewältigung einer Mutter, die ihr Kind durch einen medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbruch verlor, sowie einige förderliche Bewältigungsstrategien sollen im anschließenden Zitat exemplarisch nach Wassermann und Rhode (2009, S. 161 f.) aufgezeigt werden.

[...] die Geburt verlief schnell und unkompliziert. Wir hatten riesige Angst, dass beide Ärzte eine falsche Diagnose gestellt hatten und wir ein totes, gesundes Baby in den Arm nehmen müssen. Aber dem war nicht so. Unser Kleiner hatte wie angekündigt ein großes Loch im Rücken [Anmerkung: Diagnose Spina bifida] [...] Ansonsten sah er völlig normal aus. Er hatte Haare und sah aus, als würde er schlafen. Ein kleiner Engel. Wir hatten von da an ganz viel Zeit mit unserem Sohn. Wir haben ihn wie ein ‚normales‘ Baby genau nach Merkmalen mit uns verglichen [...] Im Anschluss haben wir der Hebamme beim Abklemmen der Nabelschnur geholfen, den Kleinen gewogen und angezogen. Es war wunderschön [...] Meine Eltern und meine Schwester kamen, um sich ebenfalls zu verabschieden [...]

[...] Wir konnten mit ihm Zeit verbringen, konnten uns verabschieden und haben viele Fotos gemacht. Gott sei dank. Ich weiß nicht, was ich tun würde, ohne diese Erinnerungsstücke [...]

Tagsüber kommen wir nun relativ gut damit klar. Abends werden wir immer ein Stück zurückgeworfen. Es ist einfach dieses schreckliche Vermissen.

Wenn diese Woche überstanden ist, wollen wir eine Collage machen, mit Bildern und Briefen und den Engeln und Schmetterlingen, die uns geschenkt wurden. [...]

Außerdem stellen wir immer eine Kerze ins Fenster. [...]

Unser Patenkind, 4 Jahre, hilft uns sehr über den Verlust hinweg. [...]

Nach wie vor weiß jedoch nur ein ausgewählter Personenkreis die ganze Wahrheit. Ich bin mir meiner Entscheidung (zum Abbruch der Schwangerschaft) bewusst [...]

Ich denke immer noch, wir haben die richtige Entscheidung gefällt. Aber ich hätte derzeit nicht die Kraft, mich irgendwelchen Kritikern zu stellen.

[...] Mein Mann und ich weinen viel. Aber anscheinend ist es so, dass immer der eine einen schwachen Moment hat und der andere ihn dann in seinem starken Moment auffängt. Das ist gut so. Nur selten sind wir beide gleichzeitig am Ende.

Morgen wird noch einmal ein schrecklicher Tag. Die Beerdigung. [...] Die Beerdigung wird kindgerecht mit Kerzen und Musik im kleinsten Familienkreis und einigen Freunden stattfinden.

Ich würde diese Entscheidung immer wieder für mein Kind fällen. Dank der Ärzte konnten wir diese Entscheidung auch ausführen.

Meine Schwester und Ma raten mir, schnell wieder schwanger zu werden. Nach wie vor sehnen wir uns nach einem kleinen Baby im Haus. Aber ich habe eine Heidenangst. Andererseits habe ich von einer Frau gelesen, die so treffend sagte: ‚Ich bin erst dann soweit wieder schwanger zu werden und das Kind loszulassen, wenn ich auch den erneuten Tod eines zweiten Kindes verkraften könnte.‘ Das ist sinnvoll. Obwohl rein medizinisch gar nichts dafür spricht, wieder eine [sic] krankes Kind zu bekommen. Aber die Angst ist da. Und natürlich will ich keinen Ersatz für unseren R. Er ist und bleibt unser erstes Kind. (Wassermann & Rhode 2009, S. 161 f.)

5 Umgang mit Betroffenen

Betroffene Eltern bestätigen vielfach die Unsicherheit ihres Umfeldes in der gemeinsamen Begegnung und Kommunikation. Wie soll man reagieren? Was kann oder sollte man sagen? Was sollte man unter keinen Umständen erwähnen? Wollen sie überhaupt von einer nicht betroffenen Person auf ihren Verlust angesprochen werden? Hat man das Recht, sich zu diesem schmerzhaften Verlust zu äußern, auch wenn man keinerlei Erfahrung in diesem Bereich hat? Gedanken und Fragen wie diese können den Umgang mit Familienangehörigen, Freunden, Bekannten oder Kollegen, die solch ein Leid erleben mussten, beeinflussen.

In den folgenden zwei Unterkapiteln soll ein Einblick in möglichst positive Umgangsformen mit betroffenen Eltern sowohl auf persönlicher wie auch professioneller Ebene gegeben werden.

5.1 Anregungen für einen guten Umgang auf persönlicher Ebene

Beutel (2002) macht in seiner Literatur darauf aufmerksam, dass vielen trauernden Eltern in ihrem Alltag regelmäßig Vermeidung, Verschweigen sowie Unverständnis im Umgang mit anderen Personen widerfährt und sie daher für das Interesse an ihrem erlebten Verlust dankbar sind (S. 158 f.). Ferner gewährt Beutel (2002) einen Einblick in häufig anzutreffende Fehlvorstellungen sowie Empfehlungen für den Kontakt mit betroffenen, trauernden Eltern (S. 145). Die nachfolgend aufgeführten Einstellungen dienen nach Beutel (2002) vornehmlich dem Wohl früh verwaister Eltern, sollen aber zugleich auch Außenstehende in ihrem Umgang mit Betroffenen unterstützen:

- „*Unnötiges Leid und schmerzliche Konfrontation ersparen*“. Die Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind wird beispielsweise in der Klinik nicht ermöglicht⁹⁴ oder der Verlust durch das Umfeld gar nicht thematisiert (S. 145).
- „*Man darf nicht im Leid versinken*“. Das Umfeld spielt den Verlust herunter oder äußert sich gar positiv über die Selbstbeherrschung der Trauerenden. Auch wird mitunter zu einer baldigen erneuten Schwangerschaft geraten. Beides kann zu Kränkungen seitens der Eltern führen (S. 145).
- „*Es wird Zeit, die Trauer hinter sich zu lassen*“. Auch mitfühlende Personen aus dem Umfeld sind beispielsweise nach einigen Wochen der Ansicht, die Betroffenen sollten ihren Trauerprozess nun beenden. Dies führt mitunter zu Blockaden im Trauerprozess und vermittelt den Eltern das Gefühl 'nicht normal' zu agieren (S. 146).

⁹⁴ Dieses Verhalten ist aus heutiger Perspektive schwer vorstellbar. Ärzte, Hebammen und Seelsorger sind sich über den wichtigen Kontakt zwischen Eltern und Kind bewusst.

- „Für Männer ist es halb so schlimm“. Vielerorts herrscht die Vorstellung Männer trauern nicht so intensiv wie Frauen. Studienergebnisse belegen das Trauerverhalten der Väter, gleichwohl es nicht so offen ausgelebt wird (S. 146).
- „Trauer ist wie eine Form von Depression“. Allzu oft wird Trauer mit Depression gleichgesetzt, folglich als Krankheit erklärt. Demnach scheinen Medikamente, wie bspw. Beruhigungsmittel oder Antidepressiva, hilfreich um die Krankheit zu kurieren. Doch das Erleben des Schmerzes ist ein wesentlicher Bestandteil des Trauerns nach Freud (1917, zitiert nach Beutel, 2002, S. 146).
- „Das Diktat der ‚richtigen‘ Trauer“. Es gibt nicht die richtige Art des Trauerns. Trauer ist individuell, ebenso wie die Betroffenen. Jeder sollte sich frei fühlen, seine Trauer so auszuleben, wie es für ihn persönlich richtig scheint (S. 146).
- „Angst, nicht ‚normal‘ zu sein“. In Folge vom Herunterspielen des Verlustes durch Nichtbetroffene vermuten manche Betroffene, dass ihre Form des Trauerns möglicherweise krankhafter Natur sein könnte und unterdrücken nunmehr das offene Ausleben ihrer Trauer. Auch wird psychotherapeutische Unterstützung in dieser Situation eher der eigenen Unzulänglichkeit zugeschrieben (S. 146).⁹⁵ (S. 145 f.)

Die innere Einstellung ist ausschlaggebend im Umgang mit trauernden Menschen. Hier hilft es, offen den Betroffenen gegenüber zu sein, in authentischer Art und Weise Mitgefühl zu zeigen und nicht entsprechend irgendwelcher Vorgaben zu agieren. Zudem wirkt Trauer ansteckend, was dazu führen kann, dass eigens erfahrene Trauer wiederbelebt und die Anteilnahme gegenüber anderen blockiert wird. (Beutel, 2002, S. 146). Beutel (2002) spricht sich für folgende Hilfestellungen im Umgang mit Trauernden aus:

- Anteilnahme und Mitgefühl offen bekunden,
- Vermeiden von Klischees und unüberlegten Floskeln,
- emotionale, konträre Gefühle anerkennen und diese Form der Traueräußerung nicht bewerten,
- aktiv Zuhören und empathisch zum Ausleben der Trauer ermutigen,
- die notwendige Zeit zur Bewältigung des erlebten Verlustes einräumen (vgl. dazu auch Beutel, 2002, S. 158),
- beide Elternteile adressieren,
- praktische Unterstützung wie z. B. Kinderbetreuung oder häusliche Hilfe anbieten (S. 147).

Auch Lothrop (2001) gibt Hinweise zum Umgang mit Betroffenen und bezieht zugleich die Perspektive betroffener Eltern mit ein (S. 163 f.).⁹⁶ Sie macht darauf aufmerksam, dass das Umfeld meist nicht weiß, wie es Eltern nach solch einem Verlust begegnen soll. Aufgrund von Unbeholfenheit kommt es bisweilen zu verletzenden Äußerungen. Wieder andere bringen den Mut zu einer direkten Adressierung gar nicht auf und fürchten, noch mehr Schmerz hinzuzufügen. Mitmenschen benötigen deutliche Anhaltspunkte, wie sie

⁹⁵ Jedem von einem kritischen Schicksal Betroffenen steht Hilfestellung und Unterstützung zu, welche hier im persönlichen Sinne als hilfreich erachtet wird, obliegt dem Betroffenen selbst zu entscheiden.

⁹⁶ Hannah Lothrop war selbst vom Verlust eines Kindes betroffen und begleitete in ihrer beruflichen Tätigkeit zahlreiche trauernde Eltern.

sich Betroffenen gegenüber verhalten können. Dies mag unfair erscheinen, wenn nun Betroffene selbst Nichtbetroffene adressieren und kommunizieren müssen, was ihren eigenen Bedürfnissen entspricht. Dennoch sollten sich Eltern nach ihrem Verlust nicht scheuen, um Unterstützung von Freunden und Verwandten zu bitten (Lothrop, 2001, S. 164).

Die Verständigung im Freundes- und Verwandtenkreis nach solch einem Ereignis wird oftmals dadurch erschwert, dass sich das Umfeld in einem vergleichbaren familiären Entwicklungsstadium befindet, so der Hinweis von Beutel (2002, S. 159). Sie sind gerade selbst schwanger oder Eltern eines Kindes geworden und möchten sich folglich mit der Thematik Kindstod nicht beschäftigen. Oftmals fehlt auch das Verständnis für den Rückzug von betroffenen Freunden oder Verwandten, die wiederum durch den Kontakt ihre eigenen schmerzhaften Erinnerungen nicht aufleben lassen wollen. Ferner besteht Furcht auf Seiten der Betroffenen darin, mit dem eigenen Neid bzw. Groll anderen Eltern gegenüber, bei denen es keine Komplikationen gab, konfrontiert zu werden. Gemäß Beutel (2002) bedarf solch ein Umstand Geduld, Offenheit wie auch Aussprachen von beiden Seiten. Oftmals stellt derlei Verlustsituation eine Probe für die Belastbarkeit einer Freundschaft dar (Beutel, 2001, S. 159).

Beutel (2002) gibt zu bedenken, dass noch immer in Bezug auf den Frühen Kindstod ein großer Aufklärungsbedarf hinsichtlich der Bewältigung und den Folgen solch eines Todes erkennbar ist, sowohl bei den Eltern selbst, wie auch bei Freunden, Verwandten aber auch Fachärzten (S. 160). Wichtig ist für Betroffene, sie ihren eigenen Weg der Trauer entdecken zu lassen und dabei selbst nicht vermeidend, verleugnend oder gar bevormundend den Trauernden gegenüber zu agieren. Condon (1987) machte im Rahmen seiner klinischen Erfahrung dazu Beobachtungen und war beeindruckt „... wie selten eine Frau, wenn man ihren eigenen Weg zulässt, mit ihrer Trauer in fehlangepasster Weise umgeht, und wie oft ihre gesunden und intuitiven Reaktionen durch die fehlangepassten Reaktionen ihres sozialen Umfeldes umgestoßen werden“ (zitiert nach Beutel, 2002, S. 160).

Lothrop (2001) stellt praktische Hilfestellungen für den Umgang mit verwaisten Eltern auf:

- Wir können den Schmerz nicht wegnehmen. Es reicht aus, einfach da zu sein.
- Wir machen Trauernde nicht mehr leiden, wenn wir sie auf den Verlust hin ansprechen. Mangelnde Anteilnahme (aus welchen Gründen auch immer) tut mehr weh.
- Gelegenheit zum Weinen zu haben ist heilsam für die Seele. Eltern brauchen das Gefühl, dass es in Ordnung ist, in unserer Gegenwart ihre Tränen zuzulassen.
- Eine Berührung, In-den-Arm-genommen-Werden, ein warmherziger Blick, Tränen in den Augen, einfach schweigend dabeisitzen, dies alles kann mehr bewirken als tausend Worte. Zu bedenken gilt: In Krisenzeiten kann oft mehr Nähe zugelassen werden als sonst!

- Unsere Gegenwart ist hilfreich und tröstend, selbst wenn wir uns unbeholfen und manchmal unbehaglich fühlen. Wir brauchen nicht zu reden. Zuhören, ein Resonanzboden sein für die Gefühle der Eltern ist wichtiger! [...]
- Sprachlosigkeit und ein Gefühl der Hilflosigkeit sind normal in solch einer Situation.
- Wenn die Eltern ihrem Baby einen Namen gegeben haben, können wir namentlich von ihm sprechen. [...]
- Wir sollen Trauernde bei ihren Entscheidungen unterstützen, aber sie zu so viel Selbstbestimmung und Selbstbeteiligung wie möglich anregen.
- Den trauernden Vater nicht vergessen!
- Falls Geschwister vorhanden sind, sollten wir auch sie mitbedenken.
- Wo kein persönlicher Besuch möglich ist, können wir anrufen, einen Brief oder eine Karte mit persönlichen Worten schreiben (keine Klischees).
- Wenn die Bewältigung des Alltags zeitweise schwer fällt, können wir praktische Hilfe anbieten [...]
- Wenn eine Arbeitskollegin betroffen ist, können wir ihr bei ihrer Rückkehr zur Arbeit eine Blume oder eine Karte auf den Arbeitsplatz stellen. Nicht meiden! Dies gilt natürlich auch für trauernde Väter!
- Trauernden ihre eigene Zeit und Form zu trauern zugestehen. Unterschiedlichkeiten akzeptieren. Nicht davon ausgehen, dass das, was gut für mich ist, auch für andere gilt!
- Auch wenn Zeit verstrichen ist, können wir noch unsere Gefühle gegenüber Trauernden ausdrücken. Besser spät als gar nicht. [...]
- Da sein, wenn andere sich schon zurückgezogen haben. Das zweite Halbjahr nach dem Verlust ist auf seine Weise schwieriger als die Zeit davor. Vielleicht können wir uns mit FreundInnen [sic] absprechen, periodische Besuche zu machen. An kritische Zeiten denken: Todestage, errechneter Entbindungstermin, Muttertag, Feiertage. (S. 225-228)

5.2 Anregungen für einen guten Umgang bzw. Betreuung auf professioneller Ebene

Begleiten in der Trauer bedeutet: dem Trauernden auf seinem Weg folgen! Er kann nur selbst wissen, wie sein Weg aussehen wird. Wir müssen den Eltern und Geschwistern zuhören, damit wir ihnen folgen können⁹⁷. (Sieh, 1996, S. 108)

Wenn das eigene Baby verstirbt bzw. die Eltern eine verstörende Diagnose hinsichtlich der Entwicklung ihres Ungeborenen bekommen, sind sie zutiefst geschockt und verzweifelt.⁹⁸ In den unmittelbaren Stunden nach dem Verlust sind kompetente Hilfestellung wie auch Unterstützung unerlässlich. Es bedarf einer Person, die Struktur gibt und zugleich Raum gewährt; berät, ohne bevormundend zu agieren; informiert;

⁹⁷ Ein ähnlicher Aspekt findet sich bei Ackermann (1997), die sich für eine Mobilisierung der persönlichen Ressourcen Betroffener durch Betreuende ausspricht (S. 266). Dies ermögliche langfristig eine weniger riskante Form der Krisenverarbeitung (Ackermann, 1997, S. 266).

⁹⁸ Im Fall eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs hat die Beratung hinsichtlich der ungewissen Entwicklung im Verlauf der weiteren Schwangerschaft eine große Bedeutung, z. B. „im Umgang mit Unsicherheiten und Ängsten“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 134).

gemeinsam mit den Eltern deren Notlage durchsteht – jemand, der unterstützt bzw. den Rücken stärkt. Nichts kann den Eltern ihren Schmerz nehmen, doch vieles kann den Auftakt des unvermeidbaren Trauerprozesses leichter machen wie auch begünstigen (Müschenborn & Kohler, 2001, S. 263). „Dasein, Aushalten und Gar-nichts-Tun – oder allenfalls die Hand halten oder den Arm berühren – kann dabei die beste Intervention der Beraterin sein“ (Wassermann & Rhode, 2009, S. 176).

Betroffenen den Zeitdruck abnehmen, ist ein außerordentlich bedeutsamer Aspekt (Müschenborn & Kohler, 2001, S. 263). So ist z. B. eine unmittelbare Geburtseinleitung gar nicht erforderlich (Müschenborn & Kohler, 2001, S. 263). Während des Klinikaufenthalts wäre beispielsweise „eine familienbezogene Unterbringung“ (Lothrop, 2001, S. 245) ideal. Ist das Kind geboren, so Müschenborn und Kohler (2001), ist folgende Information für die Eltern von grundlegender Bedeutung: Sie können beispielsweise ihr Kind ab dem Todeszeitpunkt für 36 Stunden bei sich, also Zuhause, behalten (S. 263). Hiernach besteht die Möglichkeit, diesen Zeitraum um weitere 36 Stunden oder gar bis zur Bestattung zu verlängern. Eltern, Geschwister, Angehörigen und Freunden wird somit eine Gelegenheit eingeräumt, sich in aller Ruhe und vertrauter Umgebung zu verabschieden (Müschenborn & Kohler, 2001, S. 263 f.).

Ferner ist es wichtig, den Eltern menschlich zu begegnen. Betreuende sind in dieser Situation Wegbegleiter auf einem Stück qualvollen Lebenswegs. Betroffene benötigen „menschliche Wärme, Kontakt und tiefes Interesse“ (Sieh, 1996, S. 107). Als Mensch für die Mutter und den Vater zur Stelle zu sein heißt, eigene Gefühle, Schwächen, Fragen ebenso wie Zweifel nicht mit sogenannter Professionalität zu maskieren, sondern meint vielmehr in einen Dialog mit den Eltern zu treten, ohne jegliche Form von Manipulation sowie Suggestion (Sieh, 1996, S. 107). Auch Waldschütz (2001) appelliert an die betreuenden Personen, sich nicht hinter der Professionalität zu verstecken (S. 125). Wassermann und Rhode (2009) sprechen sich hingegen für eine *professionelle Distanz* in der Form aus.

Professionelle Distanz bedeutet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, auch in Situationen großer eigener Betroffenheit die Selbstreflexion nicht zu verlieren und die Metakommunikation [...] aufrechtzuerhalten. Professionelle Distanz sollte nicht mit Empathielosigkeit und emotionaler Distanz verwechselt werden. (S. 176)

Zudem werden die Gefühle der Betreuenden, den Eltern Trost zu spenden, angesprochen und bemerkt, dass es in der aktuellen Lage keinen Trost für die Eltern geben kann (Waldschütz, 2001, S. 125). Die Bedeutung der verwendeten Sprache im Umgang mit Eltern, deren Kind verstorben ist, wird ebenso hervorgehoben. Hier sollte nach Waldschütz (2001) eine stete Überprüfung der Wortwahl stattfinden (S. 125). Häufig bekommen Paare, nachdem sie ihr Kind verloren haben, gesagt, dass sie noch

jung sind und bald erneut schwanger werden können. Diese Aussage scheint gut gemeint, doch führt oft zu tiefen Verletzungen. Überdies ist eine positive Beeinflussung einer neuen Schwangerschaft für die Verarbeitung des Kindstodes nicht nachweisbar, so Waldschütz (2001, S. 125).⁹⁹

Lothrop (2001) fordert die Begleiter von Trauernden auf, die Eltern beim Treffen von Entscheidungen zu unterstützen, ihnen ausreichend Zeit für Entscheidungen einzuräumen¹⁰⁰ und sie zugleich mit notwendigen Informationen zu versorgen (S. 260). Ferner sollten Trauerbegleiter individuelle Unterschiede akzeptieren wie auch individuelle Trauerzeiten zugestehen (Lothrop, 2001, S. 260). Neben Lothrop (2001) sprechen sich auch Beutel (2002) und Kuse-Isingschulte et al. (1996) für dezidierte Empfehlungen im Rahmen der professionellen Betreuung von Eltern nach dem Tod ihres Kindes aus.

- umgehend, vollständig und genau informieren
- persönliche Bedeutung des Verlustes anerkennen
- emotionale Unterstützung gegenüber Beruhigungsmitteln vorziehen
- Kontakt mit dem Kind ermöglichen
- über Möglichkeiten der Beisetzung beraten
- über normale Trauerreaktionen informieren
- Umgang mit Schuld und Ärger klären
- Partner mit seiner Trauer einbeziehen
- Reaktionen von Geschwisterkindern beachten
- Nachgespräch ermöglichen
- seelische Hilfestellung vermitteln (Selbsthilfegruppe, Psychotherapie)
- bei Bedarf antidepressive Medikation
- bzgl. neuer Schwangerschaft beraten

Abbildung 3. Empfehlungen für die ärztliche Betreuung bei Fehl- und Totgeburt (in Anlehnung an Beutel, 2002, S. 152)

Die Empfehlungen nach Kuse-Isingschulte et al. (1996) entsprechen denen von Beutel (2002) in Abbildung 3 vielfach bzw. ergänzen diese und beinhalten nachfolgende Aspekte:

Wesentlich im Umgang mit betroffenen Patientinnen nach einer Totgeburt ist die **offene Thematisierung** des Ereignisses und der Folgen. Dies betrifft einerseits eine umfassende Aufklärung über die Umstände der Entbindung, die Möglichkeiten oder

⁹⁹ Zu diesem Sachverhalt gibt es unterschiedliche Ansichten. So beschreiben bspw. die Interviewpartner der eigens durchgeführten qualitativen Befragung mehrfach einen positiven Einfluss der erneuten Schwangerschaft auf ihren Trauer- bzw. Bewältigungsprozess.

¹⁰⁰ Den Eltern ein *Zeitfenster* einzuräumen scheint gerade in solch einer kritischen Lebenssituation von großer Wichtigkeit zu sein und sollte folglich entsprechende Berücksichtigung in der Betreuung finden (siehe auch Wassermann & Rhode, 2009, S. 124).

Verpflichtung zu einer Beerdigung und damit den Verbleib des Kindes¹⁰¹ (Kuse-Isingschulte et al., 1996, S. 119).

Im Gespräch ist die Anerkennung des aktuellen Verlustes wesentlich. Der häufig geäußerte und gutgemeinte Hinweis auf die nächste, besser verlaufende Schwangerschaft wird von vielen Patientinnen in der akuten Situation als abwertend und kränkend empfunden (S. 120).

Eine Konkretisierung kann die betrauerte Person faßbarer machen für die Betroffenen. Die Patientinnen sollten zu einem direkten Kontakt mit dem Totgeborenen ermutigt werden. Dabei besteht die Tendenz, die positiven Aspekte beim Anblick des Kindes (z.B. die zarten Händchen) als Erinnerung aufzunehmen. Ein Foto aus dem Kreißsaal kann ebenso wie ein Fußabdruck oder eine Haarlocke zur konkreten Erinnerung mitgenommen werden. Die Gabe von Beruhigungsmitteln ist eher zu vermeiden, um den Trauerprozess nicht zu verschleiern und um einer Gewöhnung vorzubeugen (S. 120).

Für die poststationäre Betreuung sollten den Patientinnen Nachgespräche angeboten werden. Dies eröffnet die Möglichkeit einer Beobachtung des Trauerverlaufs mit der ggf. frühzeitigen Erkennung einer Komplikation (S. 120).¹⁰²

Bei der Beratung hinsichtlich einer weiteren Schwangerschaft sollte der Stand der Trauerverarbeitung berücksichtigt werden. Dabei sollte eine emotionale Distanz zu der Totgeburt erkennbar sein. Ist dies nicht der Fall, könnte der Versuch einer Ersatzschwangerschaft vorliegen, um die schmerzliche Verlustverarbeitung zu verdrängen (S. 120).

Die Berücksichtigung der oben genannten Punkte erfordert die Bereitschaft der Betreuer, den erlebten Kummer mitzuempfinden, und auch das Erdulden eigener Traurigkeit oder auch der Unfähigkeit, etwas tun zu können. Infolgedessen kann den Eltern womöglich gemäß ihrer eigenen Bedürfnisse geholfen werden, um ihnen den Weg für die Bewältigung des qualvoll erlittenen Verlustes zu eröffnen (Kuse-Isingschulte et al., 1996, S. 120). Auch Beutel (2001) äußert sich in gleicher Weise und macht zusätzlich auf die Belastung einer Totgeburt für das komplette Behandlungsteam – Ärzte, Hebammen, Schwestern und möglicherweise Seelsorger – aufmerksam (S. 147).

Der Umgang mit der Familie von Seiten der Ärzte, Hebammen und Pflegekräften ist von fundamentaler Bedeutung sowohl in den ersten Minuten wie auch Tagen nach dem erlittenen Verlust. Nach Jahren werden sich Eltern noch daran erinnern, „was jemand zu ihnen gesagt hat, oder an eine Hand, die sie festhalten konnten“ (Nijs, 2001, S. 138).

¹⁰¹ Kuse-Isingschulte (2001) hat im Rahmen einer systemischen Untersuchung mit 51 Patientinnen, die eine späte Fehl- oder Totgeburt erlitten, ermitteln können, dass ein offener Umgang mit Familien nach erlittener Totgeburt nicht nur diese hinsichtlich ihrer psychischen Bewältigung entlastet, sondern zugleich auch dem betreuenden Personal zugutekommt, bei denen nämlich ein verschlossener Umgang mit Betroffenen ein Verdrängen persönlicher Ohnmacht wie auch Trauer lanciert (vgl. Bourne 1968, zitiert nach Kuse-Isingschulte, 2001, S. 105 f.). Diese Ergebnisse führten zu ersten Empfehlungen, den Umgang mit betroffenen Eltern offener zu gestalten (Kennell et al., 1970, zitiert nach Kuse-Isingschulte, 2001, S. 106). 1994 konnte bedingt durch die Weiterentwicklung der Perinatalmedizin sowie aufgrund der Initiative von Eltern und Ärzten eine Änderung im Personenstands- und Bestattungsrecht herbeigeführt werden. In der Folge kommt es zu einer Aufnahme des Kindes nach Totgeburt in das Personenstandsregister ab 500 Gramm Geburtsgewicht. Dies lag zuvor bei 1000 Gramm (Kuse-Isingschulte, 2001, S. 106).

¹⁰² Vergleiche dazu auch Aussagen von Lothrop (2001).

Hellinger und ten Hövel (1997) stellen die Betreuungssituation wie folgt dar: „Wie die Situation von Anfang an gehandhabt wird, bestimmt, wie sich der Verlust auf das zukünftige Leben der Betroffenen – und sogar zukünftige Generationen! [...] auswirkt“ (zitiert nach Lothrop, 2001, S. 233).¹⁰³

Eine Familie in ihrer Trauer zu begleiten ist keine einfache Aufgabe. Betreuende Personen müssen akzeptieren, dass der Schmerz der Familie nicht „weggewaschen“ werden kann und auch nicht darf oder gar wie eine Wunde mit einem Pflaster abgedeckt wird. Um einen heilsamen Trauerprozess vollziehen zu können, ist es unumgänglich, die Trauer zu durchleben und offen auszudrücken. Betroffene Paare wünschen sich von den professionellen Helfern Folgendes: „Bitte, bleibt bei uns und haltet mit uns diese Situation aus!“ (Rist-Grundner, 1996, zitiert nach Nijs, 2001, S. 139; siehe dazu ebenfalls Sieh, 1996, S. 111 sowie Wassermann & Rhode, 2009, S. 176). Es gilt für den Helfenden schwere Stunden mit den Eltern gemeinsam durchzustehen und an ihrer Seite zu bleiben. Das mag einfach erscheinen und ist möglicherweise doch schwer umzusetzen (Nijs, 2001, S. 139). Sieh (1996) äußert sich dazu in ganz ähnlicher Weise:

Ich hoffe, daß Ärzte nicht vor ihrem eigenen Schmerz und ihrer eigenen Trauer davonlaufen. Ich hoffe, daß sie zuhören werden, Geschwistern und Eltern. Ich hoffe, daß Ärzte nicht versuchen werden, uns unseren Schmerz wegzunehmen – ich hoffe, daß sie bei uns sein werden, wenn wir unseren Schmerz durchleben. (S. 111)

Folglich scheint der Aspekt des *Daseins* bzw. *Dableibens* von Betreuenden an der Seite der Trauernden ganz entscheidend zu sein. Dies wird neben der Aussage Siehs (1996) auch bei Lothrop (2001) erkennbar. Letzten Endes ist es nicht das Können und Wissen der Helfenden das zählt, meint Lothrop (2001), sondern ihre liebevolle Anwesenheit, ihre Menschlichkeit, ihr Mut, sich gemeinsam mit den Eltern diesem Verlust zu stellen und sich selbst von den Geschehnissen „berühren zu lassen. Dann kann selbst in dieser schlimmen Situation so etwas wie Friede da sein“ (S. 247).

Weitere Anregungen für den Umgang mit Trauernden gibt Sieh (1996, S. 108 ff.): Die Autorin empfiehlt beispielsweise für die Begegnung der Eltern mit ihrem verstorbenen Kind eine liebevolle und zugleich würdevolle Gestaltung des Ambientes, wobei die Gestaltungswünsche des Paares berücksichtigt werden sollten. Für den Trauerprozess stellt dieser Kontakt einen wesentlichen Baustein dar. Ferner benötigen Angehörige viel

¹⁰³ Mit dieser getroffenen Aussage wird nach persönlicher Einschätzung die gesamte Tragweite der Betreuung in und nach solch einer Verlustsituation wie dem Frühen Kindstod in gravierender Form zum Ausdruck gebracht.

Zeit¹⁰⁴, um sich von dem Kind zu verabschieden, es sehen sowie berühren zu können und um seinen Tod zu begreifen. Betreuende sollten der Familie ausreichend Zeit hierfür einräumen, denn solche Erlebnisse können nicht mehr nachgeholt werden. Kompetenzen, die die Paare seither in Krisensituation erlangt haben¹⁰⁵, sollten durch Helfende Stärkung finden. Ebenso wird angeraten, Eltern beim Ausdrücken ihrer Gefühle zu unterstützen. Nach Sieh (1996) steht die Namensgebung des Kindes für seine Anerkennung als Individuum, daher wird geraten, den Namen zunächst zu erfragen und fortan in Gesprächen mit der Familie stets den Kindsnamen zu nennen (S. 109). Häufig kann auch durch die Aussprache des Namens der erlebte Kindstod als Verlust bezeichnet werden. Zudem gilt, dass beim Frühen Kindstod die Eltern über wenige Erinnerungsstücke ihres Kindes verfügen. Doch diese Gegenstände mögen für die Eltern ein großer Beitrag sein, um den Tod ihres Kindes nachweisbar zu machen. Da totgeborene Kinder keine Geburts- oder auch Sterbeurkunde von Amts wegen erhalten, könnten Helfer beispielsweise eine eigene Geburtsurkunde entwerfen. Gemäß Sieh (1996) sind für die Eltern Informationen bezüglich der Organisation der Beerdigung relevant. Auch Geschwister der Verstorbenen sollten einbezogen werden oder gar teilnehmen, sofern gewollt. Die Autorin rät, Mutter und Vater auf den lebenslangen sowie spiralförmig verlaufenden Prozess der Trauerarbeit aufmerksam zu machen. Außerdem ist es wichtig, den Trauernden zu vermitteln, dass alle aufkommenden Empfindungen normal und nicht krankhaft sind¹⁰⁶ (Sieh, 1996, S. 109). Sehr viel besorgniserregender wäre es hingegen, wenn solche Gefühle nicht entstehen würden (Wassermann & Rhode, 2009, S. 179). Betreuende können mit dem Einverständnis der Eltern diese auf eine Telefonliste für Betroffene setzen, um damit einen Kontakt zu anderen trauernden Familien zu ermöglichen (Sieh, 1996, S. 110). Bei Lothrop (2001) finden ebenfalls einige der zuvor genannten Aspekte Erwähnung. Sowohl die erfahrbare Unterstützung wie auch die Mitentscheidungsfähigkeit, das Situationserleben gemäß eigener Bedürfnisse¹⁰⁷ und das Kennenlernen sowie Verabschieden vom eigenen Kind sind alles sehr wesentliche Faktoren, die auch Auswirkungen auf Folgeschwangerschaften haben (Lothrop, 2001, S. 233).

¹⁰⁴ Der Zeitaspekt wird u. a. auch von Müschenborn und Kohler (2001, S. 263) sowie Lothrop (2001, S. 260) erwähnt. Folglich scheint diesem Gesichtspunkt von Seiten mehrerer Autoren eine wichtige Position zugesprochen zu werden.

¹⁰⁵ Siehe dazu auch Ackermann (1997, S. 266).

¹⁰⁶ Siehe dazu auch Wassermann und Rhode (2009, S. 178 f.): „Gefühle unterstützen nicht blockieren“, „Durchleben der Gefühle ist wichtig“.

¹⁰⁷ Siehe ferner dazu Ackermann (1997, S. 266) zum Aspekt „Selbstbestimmtheit der Patientin“.

In einer Untersuchung von Séjourné, Callahan und Chabrol (2010) wurden 305 Frauen nach erlittener Fehlgeburt zu bevorzugten Interventionen, Informationsbedarf und Komplikationen in der Verlustsituation mit folgendem Ergebnis befragt:

The characteristics of preferred intervention

- 289 (95%) felt that some sort of post-miscarriage support was necessary in general and 277 (91%) would have personally wanted support following their own miscarriage.
- In terms of timing, a majority of women felt that support immediately following the diagnosis of their miscarriage would have been the most helpful (63%).
- Support would have been appreciated at either a few days (48%) or a few weeks (34%) following miscarriage, as well as other specific periods (new pregnancy, anniversary, etc.).

Information provided at the time of miscarriage

- They felt the most frustrated by the lack of information concerning the psychological aspects of miscarriage (69%). They largely felt, however, that they had sufficient information concerning contraception (43%).
- [...] more women who had received a medical treatment were satisfied with information provided concerning future pregnancies.

Complications for women who experience miscarriage

- The most significant complication cited following miscarriage was the fear surrounding subsequent pregnancies (82%) along with the psychological experience of the miscarriage itself (66%). [...]. (Séjourné et al., 2010, pp. 406 f.)

Kuse-Isingschulte (2001) führte ebenfalls eine Untersuchung durch, in der 51 Mütter nach später Fehl- oder Totgeburt zu ihren Erlebnissen mit professionell Helfenden befragt wurden (S. 112). Die Mehrheit der Mütter äußerte sich höchst zufrieden mit der erlebten somatischen Betreuung im Krankenhaus (88%), mit der psychischen Versorgung waren sie weniger zufrieden (67% waren zufrieden) (S. 112). Beispielsweise erlebten sie eher mangelndes Verständnis von Seiten der stationär Betreuenden. Kam es im Verlauf des Klinikaufenthaltes oder gar im Kreissaal zu einer Begegnung mit anderen Wöchnerinnen und Säuglingen wurde dies außerordentlich belastend empfunden (S. 114). Die ambulante Versorgung wurde von den Patientinnen insgesamt schlechter bewertet. Dem signifikanten Gesprächs- wie auch Informationsbedürfnis der Mütter wurde oft nicht ausreichend Genüge getan (Kuse-Isingschulte, 2001, S. 114). Eltern wenden sich mit ihren Gesprächswünschen und dem Wunsch nach seelischer Bewältigung des Verlustes vorrangig an den behandelnden Arzt, so Beutel (2001, S. 147). 38% der Befragten in der Untersuchung von Kuse-Isingschulte (2001) hätten sich mehr Hilfe erbeten und 14% hatten infolgedessen den Gynäkologen gewechselt (S. 112). Ergebnisse von Bourne (1968) bekräftigen die vorherige Aussage von Kuse-Isingschulte (2001), wonach ein Arztwechsel durch die Mütter nach Fehl- oder auch Totgeburt meist dann initiiert wurde, wenn kein Gespräch über die Verlustverarbeitung erfolgte und die erwünschte Hilfestellung durch den Arzt nicht ausreichend erschien (Bourne, 1968, zitiert nach Beutel, 2002, S. 147). Häufig kam der Wunsch nach einer

weiteren Unterstützung auf psychischer Ebene auf. Nach Anbruch der konkreten Trauerverarbeitung beschrieben die Patientinnen gemäß Kuse-Isingschulte (2001) starke wechselseitige Gefühle, wie Trauer, Ärger und Zorn, die mitunter an den behandelnden Arzt adressiert waren (S. 114). In diesem Zeitraum war eine zeitintensive wie auch stark zugewandte Betreuung von Nöten (S. 114). Grundsätzlich ist es für die Eltern hilfreich durch Betreuende vorweg ausreichend informiert und auch auf weitere Anlaufstellen bzw. Kontakte hingewiesen zu werden.

Tabelle 5 gibt Aufschluss über die Wünsche von Müttern bezüglich weiterer spezifischer Hilfeleistungen.

Tabelle 5: *Wünsche nach weiteren spezifischen Hilfen (nach Kuse-Isingschulte, 2001, S. 113)*

Behandlungswünsche (Mehrfachnennungen möglich)	n=51	%
Zusätzliche medizinische Informationen	37	74 %
Einzelgespräche	31	63 %
Paargespräche	23	45 %
Gruppengespräche	20	39 %
Selbsthilfegruppe	11	22 %

Ebenso wie bei Séjourné et al. (2010) stellt bei Kuse-Isingschulte (2001) das Informationsbedürfnis der Mütter einen sehr wesentlichen Aspekt dar. Zudem wird der Wunsch nach Unterstützung gerade auf psychologischer Ebene in solch einer schwierigen Situation erkennbar (Kuse-Isingschulte, 2001, S. 114). Neben dem Bedarf an Informationen kann auch entsprechend Tabelle 5 ein Interesse an Selbsthilfegruppen verzeichnet werden. Lothrop (2001) nimmt ebenfalls Bezug auf Selbsthilfe- bzw. Stützgruppen¹⁰⁸ und sieht deren *Funktion* wie folgt:

Niemand versteht betroffene Eltern so gut wie andere trauernde Eltern. Nach dem Tod eines Babys brauchen wir die Unterstützung von Menschen, die wissen, wie es uns geht. Diejenigen, die schon ein Stück des Weges gegangen sind, können frisch Betroffenen Orientierung und Hoffnung geben [...] Sie zeigen aber auch, dass die Steine entlang des Weges dazugehören und was helfen kann. (S. 283)

Ferner beschreiben Trautmann und Rauchfuß (1997) die Hilfsfunktion einer Gruppe von Betroffenen (S. 262). Demnach stärkt solch eine Gruppe beispielsweise Kompetenzgefühl sowie Selbstvertrauen und schafft Solidarität. Trauernde können sich austauschen, Trauer teilen und Wege aus der Krise finden (Wassermann & Rhode, 2009, S. 180).

¹⁰⁸ Siehe dazu auch Ackermann (1997, S. 266) den Punkten *Hospitalisierung* und *Austauschbedürfnis*.

Neben den zuvor benannten Aspekten im Umgang mit betroffenen Paaren kommt Ritualen eine hohe Bedeutung zu. Rituale symbolisieren einen schöpferischen und aktiven Weg, um Gefühle entsprechend zu handhaben, so Nijs (2001, S. 134). Rituale können Trost und Frieden spenden (Lothrop, 2001, S. 278). Vermehrt sprechen sich Autoren für die tragende Rolle von Ritualen im Trauerprozess aus, die mitunter von betreuenden Personen angestoßen¹⁰⁹ werden müssen, wenn sich Eltern der Trauer verschließen bzw. sich diese nicht zugestehen (vgl. dazu Lothrop, 2001, S. 278 f.; Müschenborn & Kohler, 2001, S. 264 f.; Nijs, 2001, S. 132-140; Thomas, 2011, S. 74-78; Tschudin, 2015, S. 281 f.; Waldschütz, 2001, S. 128 ff.).

Hilfreich erscheint es zudem, wenn der erlebte Verlust durch eine direkte Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind nach der Geburt, z. B. in Folge einer Totgeburt, konkretisiert werden konnte. Lehnte die Patientin dies ab, wurde dem Vater diese Möglichkeit angeboten. Ergänzend kann ein Foto oder Fußabdruck des Kindes angefertigt werden und als indirekte Konkretisierung des Geschehens dienen¹¹⁰ (Kuse-Isingschulte, 2001, S. 114; vgl. außerdem Lothrop, 2001, S. 247; Nijs, 2001, S. 137). Weitere unterstützende Rituale können z. B. sein: Waschen, Eincremen sowie Ankleiden des Kindes (Müschenborn & Kohler, 2001, S. 264; Nijs, 2001, S. 135), Fotografien des Kindes mit den Familienangehörigen (Müschenborn & Kohler, 2001, S. 264) sowie Abschiedsgeschenke jeglicher Form (S. 264). Neben den Trauerritualen nehmen die Trauerfeier und Bestattung wichtige Funktionen in der Verlustbewältigung ein, wobei die Beerdigung einen wesentlichen Schritt im Verabschiedungsprozess der Eltern von ihrem Kind markiert (S. 265; vgl. dazu außerdem Lothrop, 2001, S. 98; Nijs, 2001, S. 136). Zahlreiche Paare haben zudem die Befürchtung, dass ihr Kind im Rahmen der Bestattung nicht ehrfürchtig und würdevoll behandelt wird. Erfahren Angehörige in dieser Situation eine einfühlsame wie auch teilnehmende seelsorgerliche Begleitung, tritt nach der Beerdigung oftmals tief empfundener Friede ein (Lothrop, 2001, S. 278). Für den weiteren Trauerprozess, im Sinne der Abschiednahme, ist auch das Wissen um die Grabstelle von großer Bedeutung (Kuse-Isingschulte, 2001, S. 114; vgl. ferner Lothrop, 2001, S. 98).

Einen weiteren wichtigen Gesichtspunkt stellt die Betreuung von betroffenen Müttern und Vätern bei einer nachfolgenden Schwangerschaft dar. Studienergebnisse belegen, dass eine glücklose Schwangerschaft eine Folgeschwangerschaft beeinträchtigt. Demnach sollte dieser Umstand in der Betreuung der Schwangeren auf jeden Fall spezielle Beachtung finden (Tschudin, 2015, S. 283 f.; Lothrop, 2001, S. 274). Das

¹⁰⁹ Siehe dazu auch Wassermann & Rhode (2009, S. 178): „Trauerprozess anregen“.

¹¹⁰ Zugleich kann ein Foto nicht nur als Erinnerungsstück und Realisierung des Verlustes gelten, sondern auch den Trauerritualen zugeordnet werden, so Nijs (2001, S. 137).

Wissen, dass die Trauer um ein zuvor verlorenes Kind in einer darauffolgenden Schwangerschaft erneut aufleben kann, mag sich für Eltern bereits als Hilfestellung bzw. Entlastung erweisen (Tschudin, 2015, S. 282 f.; vgl. dazu außerdem Sieh, 1996, S. 111). Bleibt die Trauer eines vorangegangenen Verlustes unbewältigt, kann das neue Schwangerschaften pathologisieren (Lothrop, 2001, S. 275). Des Weiteren haben Erfahrungen gezeigt, dass eine Folgeschwangerschaft komplikationsloser verläuft, wenn neben der körperlichen auch eine seelische Heilung auf Seiten der Mutter spürbar wurde und sie sich befähigt fühlt, ihre Liebe dem neuen Kind zukommen zu lassen (Lothrop, 2001, S. 274). Deutlich positivere Schwangerschaftsausgänge werden auch dann verzeichnet, wenn Mütter mit habituellen Aborten eine „Tender-loving-care-Betreuung“ (Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1988, zitiert nach Trautmann & Rauchfuß, 1997, S. 261 f.) erhalten. Zusätzliche Betreuung wird hingegen bei Frauen nötig, die gerne ein weiteres Kind bekommen möchten, sich jedoch keine Schwangerschaft mehr einstellt (Lothrop, 2001, S. 275).

Generell spricht sich Wagner (2013) bedingt durch die psychische Belastung der Eltern im Rahmen von prä- und perinatalen Todesfällen für eine psychologische Unterstützung dieser nach dem erlebten Verlust aus, da Müttern und Vätern eine solche Form der Unterstützung nach wie vor nicht ausreichend zukomme (S. 70). Auch Lothrop (2001) empfiehlt eine dezidierte postpartale Betreuung ebenso wie „eine kontinuierliche, ganzheitliche Nachbetreuung über ein Jahr hinaus“ (S. 247) aus. Diese weiterführende Betreuung könnte durch niedergelassene Ärzte oder auch Hebammen sowie möglicherweise in Form einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgen (Lothrop, 2001, S. 258 f.).

Im nachfolgenden Abschnitt sollen Hinweise in Bezug auf die Selbstfürsorge der Betreuenden Erwähnung finden. Gemäß Lothrop (2001) benötigt medizinisches ebenso wie Pflegepersonal ein stützendes Netzwerk und auch eine Örtlichkeit, wo es ihm ermöglicht wird, sich mit seinen Gefühlen und Erfahrungen auseinanderzusetzen und diese zu bewältigen (S. 253). Möglich wäre das u. a. in Form von Supervision. Auch Fortbildungen in diesem Bereich sind angezeigt. Neben der institutionalisierten Unterstützung stellt außerdem die Unterstützung von Peers eine Hilfestellung dar, wie z. B. ein perinatales Trauerteam. Einige Betreuende mögen auch durch ihre Familienangehörigen Anteilnahme erfahren (Lothrop, 2001, S. 253).

Tschudin (2015) prägt im Zusammenhang mit der Selbstfürsorge Helfender den Begriff *Mindfulness* (S. 286). Sie spricht sich für eine Selbstfürsorge, Achtsamkeit sowie Bedachtsamkeit der Helfenden sich selbst wie auch den Betroffenen gegenüber aus (Tschudin, 2015, S. 286).

Auch wenn Fachpersonen, die Frauen und Paare bei glückloser Schwangerschaft begleiten und betreuen, gelegentlich den Eindruck haben, in einer unabänderlichen Situation zu sein und nichts tun zu können, so tragen sie entscheidend dazu bei, dass die Betroffenen mit dem Schicksalsschlag, der sie ereilt hat, zurechtkommen. Es geht ums Unterstützen, Mittragen und gemeinsame Hinnehmen dessen, was sich ereignet hat und was sich alle anders gewünscht hätten. Die medizinischen Möglichkeiten, auf die wir zurückgreifen könnten, fehlen, dafür sind menschliche Qualitäten gefragt. Wir können bei jeder glücklosen Schwangerschaft, mit der wir konfrontiert sind, diesbezüglich dazu lernen, neue persönliche Erfahrungen machen und Einsichten gewinnen. (S. 286)

Neben den hier genannten, gibt es noch sehr viel mehr Gesichtspunkte, die es im Umgang mit trauernden Eltern zu beachten gilt. Diese zu vertiefen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Eines scheint nach all den erwähnten Facetten ersichtlich: Jeder Trauernde ist individuell, jeder Verlust ist individuell und demnach ist auch eine individuelle Unterstützung vonnöten (vgl. dazu auch Séjourné et al., 2010, S. 409). Den Abschluss des Kapitels bilden nun vereinzelte prägnante Zitate einer Krankenschwester, die viele Jahre mit betroffenen Eltern arbeitete, nach Lothrop (2001, S. 305 ff.):

Der Tod eines Babys scheint nicht »richtig«. Das ganze Potential des Kindes für ein erfülltes Leben zerrinnt, ehe die Eltern es lieb haben und umsorgen konnten, so wie es ihren Hoffnungen und Träumen entsprach. Eltern erleben einen »guten Tod«, wenn sie die Möglichkeit hatten, mit ihrem Kind zusammen zu sein, auch wenn es tot war, es zu umsorgen, sich von ihm zu verabschieden - wenn sie nach ihren Werten entscheiden konnten, nachdem sie erfahren hatten, was für andere Eltern hilfreich gewesen ist und welche Möglichkeiten diesen offen standen. (S. 305)

Wir brauchen keine Antworten für diese Eltern zu haben. Sie erwarten nicht von uns, dass wir ihren Schmerz wegnehmen. Sie brauchen uns aber zum Zuhören beim Verarbeiten ihrer Trauererfahrung und dem Hindurchgehen durch ihren Trauerprozess. Wenn wir bei ihnen sind und uns vielleicht hilflos fühlen, können wir daran denken, dass wir zwei Augen, zwei Ohren und einen Mund haben. Es scheint mir, dass wir viermal so viel zuhören und beobachten sollten, als wir sprechen. Zuhören ist unser größtes Geschenk an Trauernde. (S. 306)

Wir werden nie ein perfektes »Rezept« im Umgang mit Trauernden oder unserer eigenen Trauer haben. Jeder Mensch wird die Trauer aus seiner eigenen Perspektive verarbeiten. Richtlinien sind hilfreich, aber sie sind nicht alles. Jeder von uns, Eltern wie Betreuungspersonal, handelt gemäß seiner eigenen Persönlichkeit und Art, Dinge zu tun, je nach Lebensgeschichte und -erfahrungen. Unsere Intuition, gekoppelt mit unserem inneren und äußeren Horchen, ist ein großes Geschenk. Während wir den Weg gemeinsam gehen, werden wir uns des Lichts gewahr, das am anderen Ende des Tunnels scheint. (S. 307)

Die wissenschaftliche Literatur ist sich weitgehend einig, dass die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses, wie auch der Frühe Kindstod, einen komplexen und individuell erlebbaren Prozess abbildet. Zahlreiche Faktoren wirken im Verlauf des Copings auf die betroffenen Eltern ein, sowohl erschwerende wie auch protektive. Eine maßgebliche Rolle im Bewältigungsgeschehen und zugleich ein protektiver Faktor stellt der Partner dar, wie zahlreiche Untersuchungen belegen konnten (siehe dazu Bergner

et al., 2009; Beutel, 2002; Bodenmann, 2000, 2001, 2011, 2013; Hori et al., 2002; Lothrop, 2002; Samuelsson et al., 2001). Insbesondere Bodenmann widmet sich in zahlreichen Studien der Funktion des dyadischen Copings in der Folge von kritischen Lebensereignissen. Aus diesen geht ein deutlicher *Gewinn* wie auch dyadischer Unterstützungsgrad einer solchen Bewältigungsstrategie hervor. Hier wären beispielsweise Studien über dyadisches Coping in Verbindung mit dem Frühen Kindstod interessant. Studienergebnisse von Tschudin (2015) stellen bspw. die tragende Rolle des Partners in der Bewältigung des Frühen Kindstodes heraus. Die literarische Betrachtung resp. wissenschaftliche Untersuchung der Bewältigung des Frühen Kindstods unter Berücksichtigung dyadischer Beziehungsfaktoren der Betroffenen scheint demnach noch lückenhaft (vgl. hierzu z. B. Beutel et al., 1997, S. 626-632). Insbesondere das Zusammenwirken von Coping nach erlittenem Frühen Kindstod und der Bedeutung der elterlichen Paarbeziehung wie auch der Rolle des Partners hierbei scheint bisher kaum Berücksichtigung in Veröffentlichungen weder im Bereich der Partnerschaft noch im Bereich des Frühen Kindstods gefunden zu haben. Folglich wäre hier ein weiterer Forschungsumfang wünschenswert, der sich explizit der Paarebene bzw. der Rolle der Paarbeziehung im Copingprozess des Frühen Kindstodes widmet. Hierfür soll die vorliegende Untersuchung einen Beitrag leisten.

6 Methodisches Vorgehen

Die zentralen Themenaspekte dieser Dissertationsschrift sowie die zugrunde liegenden Fragestellungen „Wie erfolgt die Bewältigung vom Frühen Kindstod?“ und „Welche Rolle spielt die Paarbeziehung der Eltern im Bewältigungsprozess?“ wurden im ersten Abschnitt, in den Kapiteln 1 bis 5, in Form einer Literaturübersicht zum Stand der Forschung erarbeitet.

Im vorliegenden Kapitel wird nunmehr das empirische Vorgehen erläutert. Für eine empirische Untersuchung, insbesondere im Hinblick auf die Thematik Früher Kindstod, ist die Wahl der anzuwendenden Forschungsmethode entscheidend. Ausschlaggebend für die Wahl der Methode war die Ermöglichung eines angenehmen Settings für die Befragten. Wenn sich Interviewpartner freiwillig bereiterklären, über ein so sensibles und privates Thema wie den Verlust des eigenen Kindes zu sprechen, sollte die Gesprächsatmosphäre so gut wie möglich an ihre Bedürfnisse angepasst sein. Das beinhaltet die Schaffung eines Rahmens in dem sie ihre Meinung offen und direkt äußern können, und einen Gesprächsort, der ihnen vertraut ist (Lamnek, 2010, S. 325, 366; Gläser & Laudel, 2010, S. 115). Folglich wurde die Erhebung anhand von leitfadengestützten Interviews vorgenommen, die einen geringen Grad an Strukturiertheit aufzeigen und zugleich ein offenes Gespräch ermöglichen. Die Auswertung der Daten erfolgt in Anlehnung an Mayrings *Qualitative Inhaltsanalyse* (2015, 2016) basierend auf Einzelfallstudien¹¹¹, d. h. anhand einer Stichprobe von acht Elternpaaren, deren Kind oder auch Kinder durch den Frühen Kindstod verstorben sind. Alle Eltern hatten Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und nahmen professionelle Unterstützung in Anspruch.

Dargestellt werden nachfolgend die Entwicklung der leitenden Untersuchungsfragen, die Erhebungszeiträume, die erwählte Methode der mündlichen Befragung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews (Gläser & Laudel, 2010; Bortz & Döring, 2006; Döring & Bortz, 2016; Lamnek, 2010) wie auch das Auswertungsverfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, 2016) unter besonderer Verwendung der induktiven Kategorienbildung (Mayring, 2015, 2016).

Die vorliegende Untersuchung kann dem Feld der qualitativen Sozialforschung zugeordnet werden. Diese fußt auf einem interaktiven wie auch kommunikativen Prozess zwischen dem Forscher und den menschlichen Subjekten (vgl. Lamnek, 2010,

¹¹¹ Siehe dazu Mayring, 2015, S. 20, 23.

S. 13 f., 19; Mayring, 2016, S. 32). Gemäß Mayring (2016) darf die Beziehung zwischen dem Forscher und seinem Gegenstand „nicht statisch gesehen werden“ (S. 31), da sich diese im Rahmen des Interaktionsprozesses verändert. Lamnek (2010) beschreibt dies wie folgt: „Sowohl Forscher als auch die Untersuchten sind im Forschungsprozess soziale Subjekte, die in gegenseitiger Orientierung und Anpassung aneinander handeln“ (S. 14). Folglich kann qualitative Forschung als Dialog verstanden werden, in dem auch die Ansichten des Forschers einfließen. Deshalb kommen in der nachfolgenden Untersuchung an verschiedenen Stellen ebenso die Wahrnehmungen des Forschers zum Ausdruck (vgl. Mayring, 2016, S. 32).

Ein zentrales Prinzip der qualitativen Sozialforschung ist nach Lamnek (2010) neben der Kommunikation die Offenheit (S. 19). Im Sinne der Offenheit versteht sich diese Forschungsart „nicht als Hypothesen prüfendes, sondern als Hypothesen generierendes Verfahren“ (Lamnek, 2010, S. 20), weshalb der Untersuchung keine These vorangestellt wird.

6.1 Untersuchungsfragen

Nach Gläser und Laudel (2010) liegt jeder empirischen Erhebung eine Untersuchungsfrage zugrunde, „die die zu schließende Wissenslücke benennt“ (S. 62). Solche Fragen nehmen eine anleitende Funktion hinsichtlich der Untersuchungsstrategie wie auch der auszuwählenden Methodik ein. Untersuchungsfragen geben die Richtung vor bei der Auswahl von wesentlichen Informationen in Abgrenzung zu unwesentlichen. Wobei jeder empirischen Untersuchung Selektivität zugrunde liegt, da es „weder möglich noch sinnvoll“ (S. 62) ist, alle Informationen über einen „Untersuchungsgegenstand“ (S. 62) einfließen zu lassen. Bei angewandten Methoden wie beispielsweise Experteninterviews wie auch qualitativer Inhaltsanalyse sprechen sich Gläser und Laudel (2010) eindeutig für die Verwendung einer Untersuchungsfrage aus (S. 63). „Wer einen Experten über einen sozialen Prozess interviewen möchte, den er rekonstruieren will, der muss ihm Fragen stellen. Diese Fragen werden aus dem Erkenntnisinteresse des Interviewers, das heißt aus der Untersuchungsfrage, abgeleitet“ (S. 63). Demnach kann eine gezielte Befragung nach spezifischen Informationen nur erfolgen, wenn von Anfang an klar definiert wurde, wo das Erkenntnisinteresse liegt (Gläser & Laudel, 2010, S. 63).

Die für diese Dissertation maßgeblichen Fragen lauten:

- Wie erfolgt die Bewältigung des Frühen Kindstods?
- Welche Rolle nimmt die Paarbeziehung der Eltern im Bewältigungsprozess eines solch kritischen Lebensereignisses ein?

Die Generierung der Untersuchungsfragen erfolgte einerseits anhand der im Theorieteil vorgestellten Erkenntnisse aus der Forschung.¹¹² Andererseits waren die aus der Praxis erlangten Einblicke im Setting einer Selbsthilfegruppe prägend für den Fokus der vorliegenden Untersuchung und folglich auch für die Erarbeitung der leitenden Fragen.

Der Umgang und die Bewältigung vom Tod des eigenen Kindes sind eine sehr individuelle Angelegenheit. Jeder Mensch hat seine ganz eigene und persönliche Art, mit Leid und Verlust umzugehen. Hier taten sich verschiedentliche Fragen auf: Welche individuellen Bewältigungsformen zeigen sich? Wie lassen sich diese Merkmale zuordnen? Welchen Einfluss übt ein Verlusterleben wie der Frühe Kindstod auf die Partnerschaft der Eltern aus? Und wenn, in welchem Umfang? Zeigen sich hier womöglich besonders förderliche oder auch unterstützende Verhaltensweisen der Partner? Welche Unterschiede im Bewältigungsgeschehen werden bei den Partnern ersichtlich? Wie effektiv sind die gelernten Bewältigungsmuster? Wie sind die Unterschiede erklärbar? Im Rahmen der Beratung früh verwaister Eltern wird auf die hohe Trennungsrate betroffener Eltern verwiesen.¹¹³ Sind die unterschiedlichen Bewältigungsmuster die Ursache hierfür?

Aus den persönlichen Wahrnehmungen im Verlauf der Selbsthilfegruppentreffen und der Elterngespräche ergibt sich die am Ende von Kapitel 5.2 vorgestellte These „Eine Bewältigung vom Frühen Kindstod bildet einen komplexen, überaus individuell-persönlichen Prozess, der maßgeblich von dyadischen und kommunikativen Faktoren beeinflusst wird“.

Es erscheint in der heutigen Zeit grundsätzlich wichtig auf die eigene Paarbeziehung Acht zu geben, diese zu pflegen und auch Zeit dafür zu investieren. Doch eine realistische Betrachtungsweise zeigt, dass es im Leben eines jeden Menschen Zeiten gibt, die eine Pflege der eigenen Partnerschaft erschweren oder sogar unmöglich machen. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, zunächst ein Bewusstsein für die aktuelle Situation zu entwickeln und sofern möglich, dem Partner mit Verständnis und

¹¹² Siehe dazu Kapitel 2 bis 5.

¹¹³ Dies bezieht sich auf persönliche Beobachtungen im Verlauf der Selbsthilfegruppentreffen. Siehe dazu eine komplementäre Darstellung in Kapitel 4.3.2.

Wertschätzung zu begegnen. Paarbeziehung bedeutet Arbeit, die vielfach in einer Verlustsituation nicht wie im Alltag aufgebracht werden kann. Aus diesem Grund widmet sich eine der leitenden Untersuchungsfragen der Beziehungsebene der Partner im Bewältigungsprozess. Ziel der vorgelegten Untersuchung ist es, einen Beitrag zur Beantwortung beider Untersuchungsfragen zu leisten. Ergänzend erfolgt ein Vergleich der dargelegten Literaturangaben¹¹⁴ mit den Untersuchungsergebnissen.

6.2 Untersuchungsplan

Für die Untersuchung der Fragestellungen wurde die Datenerhebung mittels leitfadengestützter Interviews als geeignete Form gewählt. Das gewählte Erhebungsinstrument findet häufig in der qualitativen Befragung Anwendung (Bortz & Döring, 2006, S. 314). „Durch den Leitfaden und die darin angesprochenen Themen erhält man ein Gerüst für Datenerhebung und Datenanalyse, das Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht. Dennoch lässt es genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen [...]“ (S. 314; vgl. außerdem Döring & Bortz, 2016, S. 358). Da die zweite leitende Untersuchungsfrage sich der Thematik der Paarbeziehung der Eltern widmet, kam beiden Elternteilen, ihren Perspektiven auf das Verlusterleben wie auch der Bewältigung und dem jeweils individuell erlebten partnerschaftlichen Umgang im Verlauf der Befragung eine wichtige Rolle zu. Dem zufolge war es ein tragendes Anliegen, beide Eltern für die Paarinterviews zu gewinnen.

Ferner schien es zweckdienlich, eine Erhebung mit zwei Erhebungszeitpunkten durchzuführen. Leitender Gedanke bei dieser Entscheidung war es, den Entwicklungsprozess der betroffenen Eltern im Verlauf der Bewältigung ihres Verlustes nachvollziehbar abzubilden. Die Verarbeitung eines Verlustes kann schwerlich von heute auf morgen erfolgen. Eine Bewältigung in solch einem Zusammenhang benötigt Zeit und viel Kraft seitens der Betroffenen. Im Verlauf werden individuelle Bewältigungsformen erkennbar, und möglicherweise wird externe Unterstützung erforderlich. Eine erste Erhebung wurde möglichst zeitnah nach dem Kindsverlust¹¹⁵ durchgeführt, und eine zweite etwa sechs Monate später geplant¹¹⁶, um das Durchlaufen vom Bewältigungsprozess und damit einhergehende Veränderungen besser darlegen

¹¹⁴ Vergleiche dazu beginnend Kapitel 2 im Theorieteil.

¹¹⁵ Einige Paare hatten bereits mehr als ein Kind durch den Frühen Kindstod verloren. Siehe für weitere Details Kapitel 7.2 „Interviewpartner und Gesprächssetting“.

¹¹⁶ Im Hinblick auf die Terminplanung waren die Bedürfnisse sowie das Zeitmanagement der Betroffenen maßgeblich. Folglich ergaben sich in der Durchführung der Interviews nicht immer kongruente Abstände zwischen dem 1. und 2. Erhebungszeitraum bei den jeweiligen Eltern.

zu können. Aus der Entscheidung für zwei Erhebungszeiträume resultierte auch die Erstellung zweier Interviewleitfäden.¹¹⁷

In Bezug auf die Gewinnung von Interviewpartnern gibt Lamnek (2005) zu bedenken, dass zwischen den Gesprächspartnern eines Interviews keine persönliche Beziehung vorherrschen sollte, um verzerrte Aussagen sowie Voreingenommenheit der Beteiligten zu vermeiden (S. 386). Wie kann unter der Prämisse eine Kontaktaufnahme zu früh verwaisten Eltern erfolgen? Als geeignete Anlaufstelle hierfür fiel die Wahl auf eine Selbsthilfegruppe, die sich in ihrer Arbeit früh verwaisten Eltern widmet und regional vertreten ist. Die Vorgehensweise orientiert sich demnach an einer willkürlichen Stichprobenauswahl in Abhängigkeit zur Erreichbarkeit der Gesprächspartner (Döring & Bortz, 2016, S. 294), wobei eine homogene Zielgruppe adressiert werden sollte und die Verfügbarkeit eines relativ kleinen Samples einkalkuliert wurde (Döring & Bortz, 2016, S. 304). Hinsichtlich des Stichprobenumfangs gab es Bestrebungen, in etwa zehn Paare befragen zu wollen. Die Stichprobenwahl aus dem Umfeld einer Selbsthilfegruppe lässt explizite Perspektiven sowie positive Einstellungen der Eltern im Hinblick auf externe Unterstützung vermuten. Dennoch schien die Erreichbarkeit von Gesprächspartnern auf diesem Weg die geeignetste und für eine Einzelperson am ehesten durchführbare Form zu sein. Zugleich bedeutete das Setting einer Selbsthilfegruppe einen inhaltlich-perspektiven Zugewinn.¹¹⁸

Für das Setting der Gespräche mit persönlichem und sensiblem Inhalt ist eine vertraute wie auch warmherzige Atmosphäre ohne Zeitdruck grundlegend (Döring & Bortz, 2016, S. 364; vgl. außerdem Lamnek, 2010, S. 322). Grundsätzlich stehen bei der Wahl des Ortes die Bedürfnisse und Wünsche der zu befragenden Personen im Vordergrund (Döring & Bortz, 2016, S. 364; Gläser & Laudel, 2010, S. 165). Als geeigneter Ort für die Interviews schien das Zuhause der Eltern eine gute Wahl zu sein, da das eigene Heim eine vertraute und auch meist störungsfreie Umgebung darstellt und zugleich keinen Mehraufwand für die Interviewten bedeutet (vgl. auch Lamnek, 2010, S. 325). Bereits mit der ersten Kontaktaufnahme wie auch im weiteren Verlauf wurde großer Wert auf einen offenen, wertschätzenden und herzlichen Umgang mit den Eltern gelegt. Dies sollte sich auch in einer harmonischen wie auch kollegial-neutralen Atmosphäre (Lamnek, 2010, S. 323) während des Gesprächs widerspiegeln.

¹¹⁷ Die Interviewleitfäden zur ersten und zweiten Erhebung befinden sich im Anhang A und Anhang B.

¹¹⁸ Die Schilderung von betroffenen Eltern in diesem Rahmen ermöglichte einen vertiefenden und perspektivisch anderweitig gelagerten Einblick in das Erleben eines solch kritischen Lebensereignisses als eine literarisch-theoretische Darstellungsform.

Zudem war die Audioaufzeichnung aller Gespräche in digitaler Form vorgesehen (Döring & Bortz, 2016, S. 367), mit anschließender Anonymisierung der personenbezogenen Daten wie auch vollständiger Transkription des Datenmaterials. Für die Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, 2016) ausgewählt. Unter Anwendung der regelgeleiteten induktiven Vorgehensweise wurden anhand der Transkripte Kategoriensysteme entwickelt (vgl. dazu Mayring 2015, 2016), die schlussendlich der Beantwortung der Untersuchungsfragen dienen.

6.3 Erhebungsinstrument leitfadengestütztes Interview

Ein leitfadengestütztes Interview mit Experten¹¹⁹ basierend auf der Definition von Gläser und Laudel (2010) stellt eine nichtstandardisierte Form des Interviews dar (S. 111). Die Gesprächsgrundlage eines leitfadengestützten Interviews bildet eine zuvor vom Interviewer erstellte Liste mit offenen Fragen. Die Anwendung dieses Interviewtyps bietet sich an,

- „wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung und nicht durch die Antworten des Interviewpartners bestimmt werden, und
- wenn im Interview auch einzelne, genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 111).

Beide Aspekte finden sich in einem Experteninterview wieder, das sich für die „Rekonstruktion eines sozialen Prozesses“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 111) bewährt hat.

Gläser und Laudel (2010) definieren den Begriff „Experte“ und „Experteninterview“ in Anlehnung an Hopf (1993, zitiert nach Gläser & Laudel, 2010, S. 12) wie folgt:

„‘Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (S. 12). Der in dieser Arbeit verwendete Begriff eines Experten bzw. des Experteninterviews orientiert sich stets an der Definition von Gläser und Laudel (2010, S. 11 ff.).

Ein leitfadengestütztes Interview weist zudem Ähnlichkeiten mit einem Gespräch im Freundeskreis auf, in dem Freunde ihr Interesse an bestimmten Sachverhalten

¹¹⁹ An dieser Stelle erfolgt der Hinweis, dass in der Literatur keine einheitliche Definition eines „Experteninterviews“ auffindbar ist. Experteninterviews werden der qualitativen Methodologie zugeordnet, doch die jeweilige Definition eines sogenannten „Experten“ differiert (siehe dazu Definition nach Gläser & Laudel, 2010, S. 11 ff. vs. Lamnek, 2010, S. 655 ff.).

bekunden und einander dazu befragen (Gläser & Laudel, 2010, S. 111; Lamnek, 2010, S. 320). Auch wenn dieser Interviewtyp einer Alltagskommunikation ähnelt, sind Unterschiede erkennbar. Dem Kommunikationsprozess eines Interviews liegen gemäß Gläser und Laudel (2010) in Anlehnung an Haller (2001) bestimmte Merkmale zugrunde:

1. Es gelten kulturell festgelegte Kommunikationsregeln und Konventionen. Deren wichtigste lautet, dass der Befragte die Antwort verweigern darf, ohne mit Sanktionen rechnen zu müssen.
2. Im Dialog gibt es eine feste Rollenverteilung zwischen dem Fragenden und dem Antwortenden. Diese Rollenverteilung wird von beiden Seiten anerkannt.
3. Der Fragende führt den Dialog. Der Dialog ist auf ein bestimmtes Informationsziel gerichtet. (S. 129, zitiert nach Gläser & Laudel, 2010, S. 112)

Der Interviewer wird in seiner Rolle von einem Informationsziel geleitet, das sich in den gestellten Fragen widerspiegelt. Die Rolle des Interviewpartners beinhaltet, erfragte Informationen mitzuteilen. Als zentrale Problematik oder auch Herausforderung eines solchen Interviewsettings werden nach Gläser und Laudel (2010, S. 112) die differenzierten Begleitumstände der Gesprächsteilnehmer angesehen. Während der Fragende aus einem wissenschaftlichen Kontext heraus agiert, basiert der Kontext des Befragten auf anderen von der Wissenschaft losgelösten Motiven. Die Herausforderung des Interviewers besteht nunmehr in einer Anpassung seiner Erkenntnisinteressen, geäußert in Form von entsprechenden Fragestellungen, an die „Lebenswelt“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 112) seines Interviewpartners (S. 112; vgl. hierzu auch Lamnek, 2010, S. 320). Die Durchführung eines Leitfadenterviews mit Experten beinhaltet demnach die Planung wie auch Gestaltung eines Kommunikationsprozesses in Anlehnung „an den kulturellen Kontext des Befragten“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 114). Der Prozess bedarf neben der Anpassung auch der für die Untersuchung notwendigen Informationsgewinnung und kann nur in Folge einer Kooperation beider Gesprächsteilnehmer umgesetzt werden. Da das Gespräch auf Freiwilligkeit beruht, ist der Interviewer angehalten, eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu gestalten. Je wohler sich der Befragte in der Situation fühlt, desto ausführlicher wird seine Auskunft sein (Gläser & Laudel, 2010, S. 114). Insbesondere bei persönlichen Themen, wie auch beim Frühen Kindstod, sollte der Fokus ausdrücklich auf einer entspannten und zugleich vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre liegen (Bortz & Döring, 2006, S. 298). Deshalb empfehlen sich *vertrauensbildende Maßnahmen* durch den Interviewer mit Beginn der Kontaktaufnahme zu dem Interviewten, die im Verlauf der Gesprächssituation bis zum Interviewende aufrechterhalten werden sollten (Gläser & Laudel, 2010, S. 114 f.; Lamnek, 2010, S. 320, 325). Findet darüber hinaus Kontakt zwischen den Gesprächspartnern statt, empfiehlt es sich natürlich auch weiterhin, einen freundlichen, professionellen wie auch vertrauensvollen Umgang zu pflegen.

Lamnek (2010) verweist wie auch Gläser und Laudel (2010) auf die Ähnlichkeit zwischen einer qualitativen Befragung und einem alltäglichen Kommunikationsprozess (Lamnek, 2010, S. 323). Bedingt durch diese charakteristische Eigenschaft, ergibt sich nach Lamnek (2010) mitunter eine erhebliche Abweichung der Interviewdauer (S. 323). Da es sich bei dieser Art der Befragung um eine nicht standardisierte Form handelt, ist die Interviewlänge vorab nicht abschätzbar. Vielmehr ist die Dauer u. a. abhängig vom Gegenstand des Gesprächs, der Bereitschaft und „Artikulationskompetenz des Befragten“ (Lamnek, 2010, S. 323).

Das gewählte Erhebungsinstrument leitfadengestütztes Experteninterview findet häufig in der qualitativen Befragung Anwendung (Bortz & Döring, 2006, S. 314) und erscheint basierend auf den benannten Aspekten als geeignete Form der Datenerhebung, um sich der vorliegenden Thematik Früher Kindstod zu nähern.

6.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung des vorliegenden Datenmaterials geschieht nach Mayrings Qualitativer Inhaltsanalyse (2015, 2016), wobei anzumerken ist, dass „eine Vielzahl von Methoden und Techniken qualitativer Inhaltsanalyse“ (Kuckartz, 2018, S. 48) existieren und diverse Autoren zur qualitativen Inhaltsanalyse Veröffentlichungen hervorgebracht haben (siehe dazu Döring & Bortz, 2016, S. 541 ff.; Gläser & Laudel, 2010, S. 197 ff.; Kuckartz, 2018; Lamnek, 2010, S. 460 ff. sowie Mayring, 2008, 2015, 2016, S. 114 ff.). Im nachfolgenden Abschnitt sollen kurz verschiedene Ansätze der qualitativen Inhaltsanalyse einiger Autoren vorgestellt werden. Den Abschluss bildet Mayrings Qualitative Inhaltsanalyse.

Kuckartz (2018) charakterisiert qualitative Inhaltsanalyse wie folgt:

1. Die kategorienbasierte Vorgehensweise und die Zentralität der Kategorie für die Analyse.
2. Das systematische Vorgehen mit klar festgelegten Regeln für die einzelnen Schritte.
3. Die Klassifizierung und Kategorisierung der gesamten Daten und nicht nur eines Teils derselben.¹²⁰
4. Die von der Hermeneutik inspirierte Reflexion über die Daten und die interaktive Form ihrer Entstehung.
5. Die Anerkennung von Gütekriterien, das Anstreben der Übereinstimmung von Codierenden. (S. 26)

¹²⁰ Der Punkt bildet einen deutlichen Unterschied zu Mayrings (2015) Durchführung der Methode. (vgl. ebd., S. 54 f.). Hier spricht sich der Autor für eine Selektion des Materials zugunsten der Fragestellung aus.

Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt nach Gläser und Laudel (2010) „die auszuwertenden Texte als Material“ (S. 199). Bei der Durchführung einer solchen Analyseform werden die Daten aus dem zugrunde liegenden Textmaterial entnommen, wobei Rohdaten extrahiert, aufbereitet sowie ausgewertet werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 199). Gemäß den Autoren ermöglicht die qualitative Inhaltsanalyse „eine von den Ursprungstexten verschiedene Informationsbasis“ (S. 200), die ausschließlich Informationen beinhaltet, die hinsichtlich der Beantwortung der Untersuchungsfrage wichtig sind. Die Strukturierung der Informationsbasis erfolgt durch ein Suchraster, welches der Extraktion der Informationen dient. „Die qualitative Inhaltsanalyse ist das einzige Verfahren der qualitativen Textanalyse, das sich frühzeitig und konsequent vom Ursprungstext trennt und versucht, die Informationsfülle systematisch zu reduzieren sowie entsprechend dem Untersuchungsziel zu strukturieren“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 200).

Eine weitere Beschreibung qualitativer Inhaltsanalyse findet sich bei Döring und Bortz (2016). Demnach „will die qualitative Inhaltsanalyse anhand eines Forschungsproblems die Bedeutungsgehalte von Dokumenten durch eine datengesteuerte schrittweise Codierung herausarbeiten (induktives Vorgehen)“ (S. 541). Als Ergebnis dienen die erarbeiteten Bedeutungsgehalte aus den Texten in Form von übergeordneten verbal beschriebenen Codes sowie Kategorien. Dabei lässt sich die Methode auf jegliche Dokumentenart anwenden (Döring & Bortz, 2016, S. 541 f.).

Mayring (2016) sieht den Grundgedanken der qualitativen Inhaltsanalyse in der systematischen Analyse von Texten. Die Bearbeitung erfolgt schrittweise am Material mit theoriegeleiteten „am Material entwickelten Kategoriensystemen“ (S. 114). Die Stärken der Methode sieht der Autor in nachfolgenden Punkten:

- Es handelt sich um eine streng methodisch kontrollierte Analyse, die schrittweise das Material durchgeht.
- Das Textmaterial wird in Einheiten zerlegt, wobei die Bearbeitung nacheinander geschieht.
- Zentral in der Vorgehensweise ist die Entwicklung eines Kategoriensystems.
- Das Kategoriensystem legt die Faktoren fest, die aus den Texten herausgegriffen werden sollen. (Mayring, 2016, S. 114)

Der Autor verweist ferner auf die Relevanz einer systematischen und überprüfaren Vorgehensweise bei der Anwendung der Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 50). Demnach ist auch die „Bestimmung des Ausgangsmaterials“ ein wesentlicher Punkt (Mayring, 2015, S. 54). Da diese Auswertungsart „mit bereits fertigem sprachlichem Material“ (S. 54) arbeitet, muss zu Beginn eine Entscheidung über das Ziel der Interpretation erfolgen. Dafür ist „eine genaue Analyse dieses Ausgangsmaterials“ (S. 54) notwendig. Die Analyse sieht hierfür drei Schritte vor:

1. „Festlegung des Materials“ (Mayring, 2015, S. 54), d. h. eine Definition des Materials, das analysiert werden soll,
2. „Analyse der Entstehungssituation“ (S. 55), d. h. eine Beschreibung durch wen und in welchem Setting es zur Produktion des Materials gekommen ist,
3. „Formale Charakteristika des Materials“ (S. 55), d. h. eine Beschreibung der vorliegenden Materialform.

Im Anschluss an die beschriebene Vorgehensweise sieht Mayring (2015) den nächsten Schritt in der „Fragestellung der Analyse“ (S. 58). Das beinhaltet die Frage: Was soll aus meinem Material erschlossen werden? Inhaltsanalyse ist nur mit spezifischer Fragestellung und einer zuvor bestimmten Richtung der Analyse möglich (S. 58). Die Interpretation eines Textes kann nicht „einfach so“ (S. 58) erfolgen, so Mayring (2015). Folglich sind die Analyserichtung ebenso wie die „theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung“ (S. 58) weitere wichtige Schritte der Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 58 f.). Der darauffolgende Schritt ist die Festlegung spezieller Analysetechniken sowie die Erstellung eines Ablaufmodells der Analyse (Mayring, 2015, S. 61). Durch das schrittweise Vorgehen wird es „für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar“ (S. 61). Hierfür ist die Festlegung von sogenannten Analyseeinheiten notwendig. Diese gliedern sich wie folgt:

- Die Codiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden. (Mayring, 2015, S. 61)

Im Zentrum der Inhaltsanalyse steht die Erarbeitung eines am Material theoriegeleiteten Kategoriensystems (Mayring, 2016, S. 114). Die Kategorien legen fest, welche der Inhalte „aus dem Material herausgefiltert werden sollen“ (S. 114). Mayring (2015) entwickelte in Anlehnung an die zuvor beschriebenen Schritte ein Modell für den Ablauf einer Inhaltsanalyse, das in Abbildung 4 dargestellt werden soll.

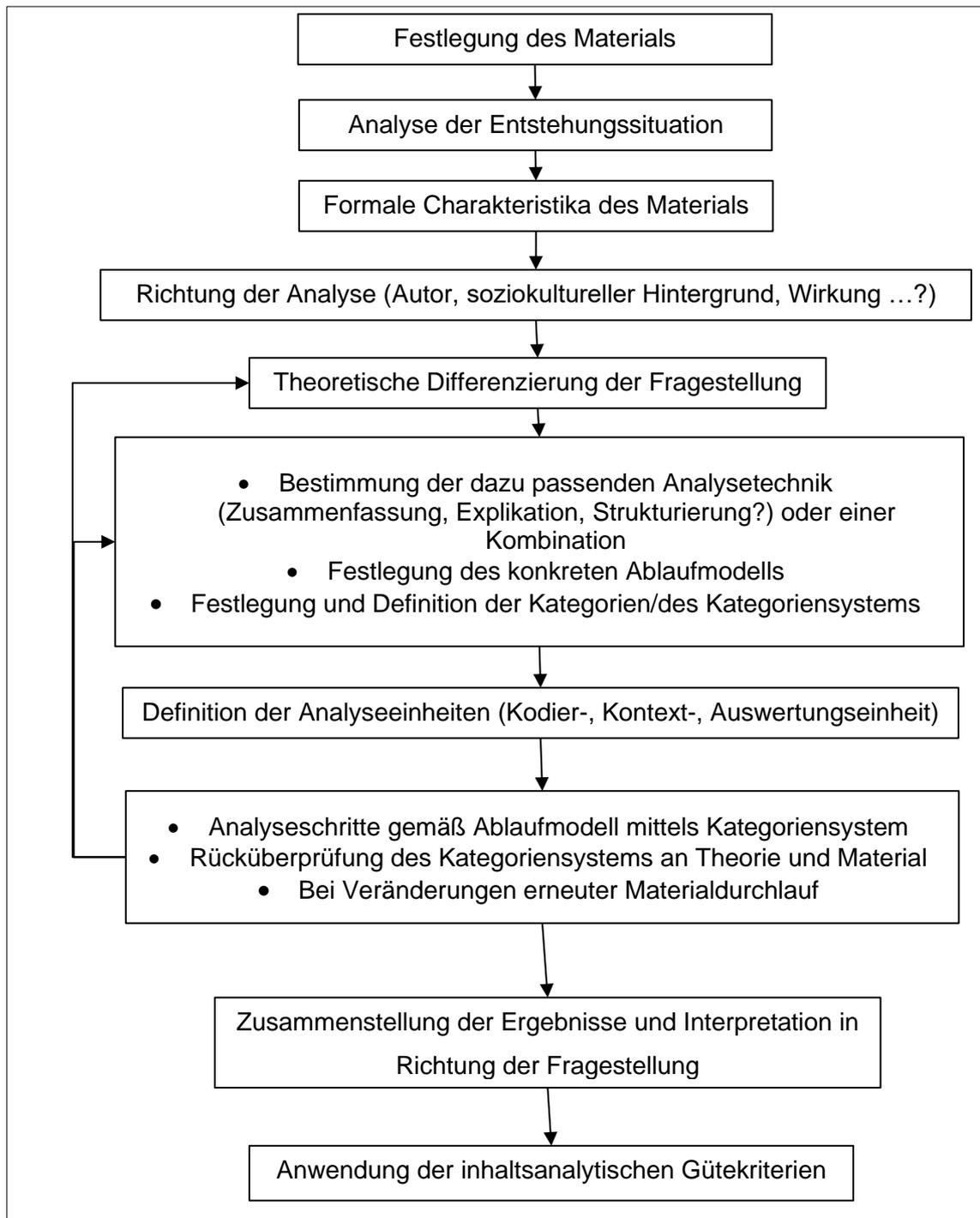


Abbildung 4. Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (nach Mayring, 2015, S. 62)

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) wird in drei Grundformen unterteilt: „Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung“ (S. 115). Da die zugrunde gelegte Auswertungsform der induktiven Kategorienbildung auf der Technik der *Zusammenfassung* fußt, soll diese Grundform im Folgenden näher erläutert werden.

Das Ziel der Zusammenfassung ist eine Reduzierung des Materials in der Art, dass substantielle Inhalte bestehen bleiben. Ferner gilt es einen überschaubaren Textkörper

zu erarbeiten, der nach wie vor „ein Abbild des Grundmaterials“ (Mayring, 2016, S. 115) erkennen lässt.

Das aufgeführte Schaubild in Abbildung 5 zeigt die Vorgehensweise der Zusammenfassung.

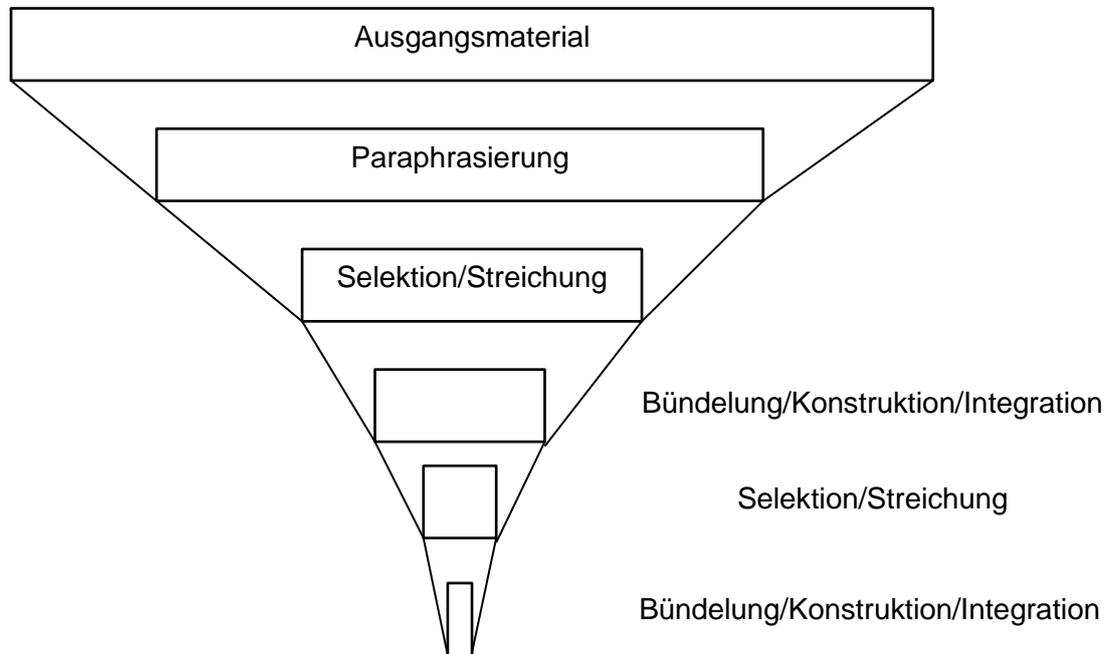


Abbildung 5. Materialreduzierung durch die Zusammenfassung (nach Mayring, 2015, S. 85)

Bildlich beschreibt Mayring (2015) die Vorgehensweise einer Zusammenfassung wie folgt:

Zunächst würde ich zurücktreten, auf eine nahe Anhöhe steigen, von wo ich einen Überblick über den Felsbrocken bekomme. Aus der Entfernung sehe ich zwar nicht mehr die Details, aber ich habe das „Ding“ als Ganzes in groben Umrissen im Blickfeld, praktisch in einer verkleinerten Form. (S. 67)

Im nachfolgenden Kapitel wird auf die in dieser Arbeit angewandte Analyseform der induktiven Kategorienbildung näher eingegangen, „die auf den Techniken der Zusammenfassung aufbaut“ (Mayring, 2015, S. 85).

6.4.1 Induktive Kategorienbildung

Das im vorherigen Kapitel aufgeführte „grundlegende Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich auch für eine induktive Kategorienbildung [...] einsetzen“, so Mayring (2015, S. 85). Während bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse die Gesamtheit des Materials meist Berücksichtigung findet, werden bei der induktiven Kategorienbildung „nur bestimmte

(nach einem Definitionskriterium festzulegende) Bestandteile berücksichtigt“ (Mayring, 2015, S. 68).

Die Kategorienbildung stellt „einen zentralen Schritt der Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2015, S. 85) dar. Dieser Schritt ist ein sehr sensibler Prozess, „eine Kunst“ (Krippendorff, 1980, zitiert nach Mayring, 2015, S. 85). Es gibt zwei Wege, die Kategoriendefinition vorzunehmen: deduktiv sowie induktiv (S. 85). Das induktive Vorgehen als angewandte Auswertungstechnik soll im weiteren Verlauf näher beleuchtet werden.

Bei der induktiven Kategorienbildung liegt der Fokus auf einer systematischen „Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material“ (Mayring, 2016, S. 115) heraus. Dies erfolgt „in einem Verallgemeinerungsprozess [...], ohne sich auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen“ (Mayring, 2015, S. 85). Ziel des induktiven Vorgehens ist eine vorzugsweise naturalistische wie auch gegenstandsnahe „Abbildung des Materials“ (S. 85), ohne es mit zugrunde liegenden Hypothesen des Forschenden zu verzerren. Nach Mayring (2015) dient induktive Kategorienbildung einer „Erfassung des Gegenstands in der Sprache des Materials“ (S. 86). Die Entwicklung der Kategorien im Verlauf der Inhaltsanalyse ist systematisch gestaltet, denn sie nutzt „dieselbe Logik, dieselben reduktiven Prozesse [...], die bei zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse verwendet werden“ (Mayring, 2016, S. 115). Das Modell in Abbildung 6 gibt Aufschluss über den Ablauf einer solchen Analyse nach Mayring (2016, S. 116).

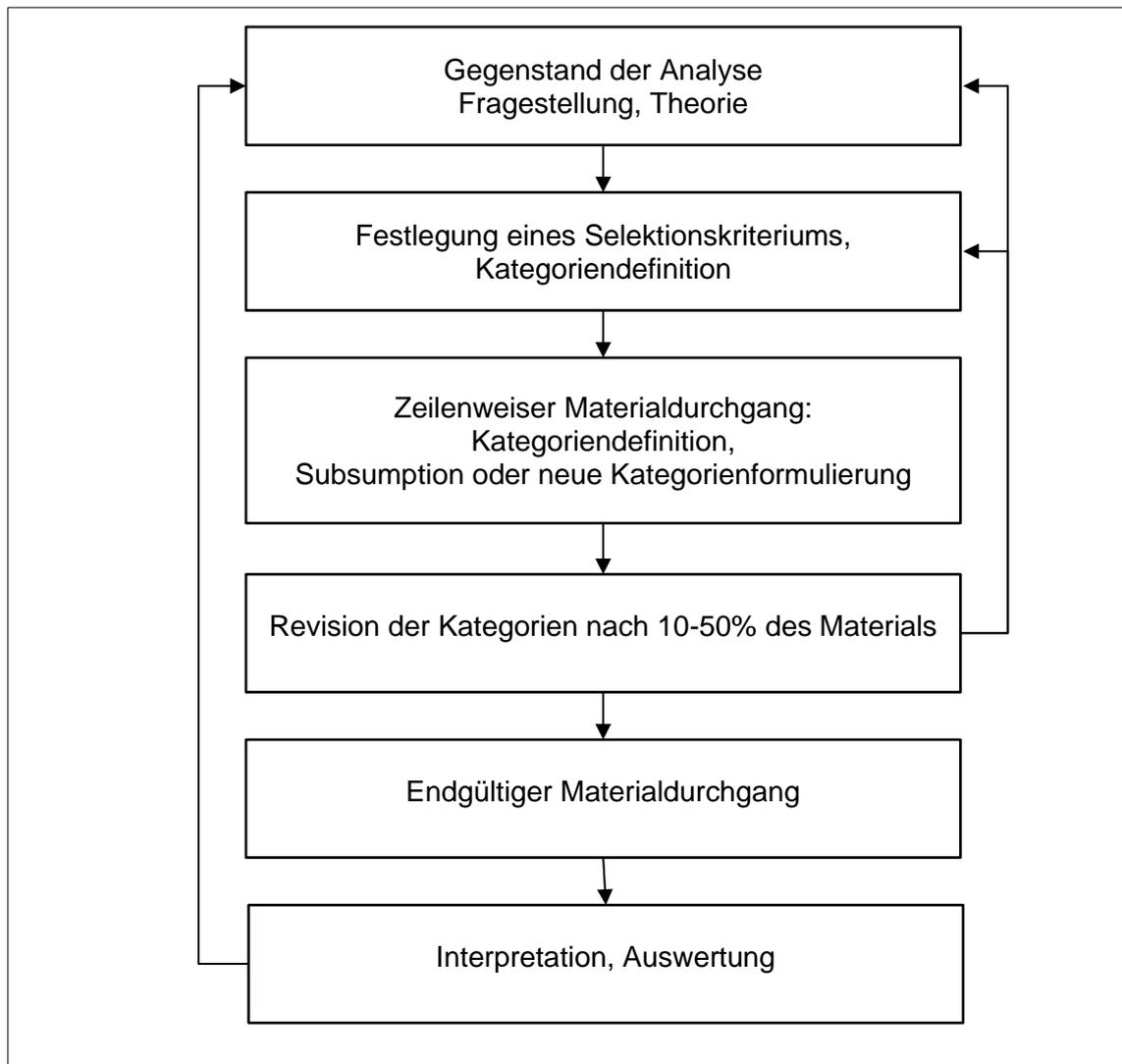


Abbildung 6. Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2016, S. 116)

An erster Stelle steht im Sinne der Inhaltsanalyse eine theoriegeleitete Bestimmung der Thematik für die Kategorienentwicklung sowie eine Definition des Abstraktionsniveaus. Das heißt, ein *Selektionskriterium* wird festgelegt, „das bestimmt, welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein soll“ (Mayring, 2015, S. 86; vgl. außerdem Mayring, 2016, S. 115). Durch dieses Vorgehen können unwesentliche von wesentlichen Inhalten unterschieden werden. Richtungsweisend hierbei ist die Fragestellung¹²¹ im Analyseprozess (Mayring, 2015, S. 87). Geleitet von der *Kategorisierungsdimension* und dem *Abstraktionsniveau* arbeitet der Forschende das Textmaterial Zeile für Zeile durch (Mayring, 2016, S. 115, 116; Mayring, 2015, S. 87). Wenn zum ersten Mal im Text eine Passage ersichtlich wird, die stimmig mit der

¹²¹ Hier erfolgt der Verweis auf die beiden leitenden Fragen der vorliegenden Untersuchung (Kapitel 6.1). Den Leitfragen wurden Materialfragen untergeordnet, die sich an den Interviewfragen der Erhebungen orientieren.

Kategoriendefinition ist, wird eine entsprechende Kategorie entworfen. Diese kann mit einem charakteristischen Begriff oder auch Satz, „der möglichst nahe am Material formuliert ist“ (Mayring, 2016, S. 116), bezeichnet werden (Mayring, 2015, S. 87). Werden im Verlauf der Analyse weitere darauf anwendbare Stellen im Text gefunden, erfolgt die Zuordnung in die zuvor konstruierte Kategorie. Dieses Vorgehen wird als Subsumption bezeichnet (Mayring, 2015, S. 87; Mayring, 2016, S. 117). Wird hingegen eine Textstelle gefunden, die „das Selektionskriterium erfüllt“ (Mayring, 2015, S. 87), allerdings nicht zur vorherigen induktiven Kategorie passt, „wird eine neue Kategorie induktiv, aus dem spezifischen Material heraus“ (Mayring, 2016, S. 117) gebildet.

Wenn im Verlauf der Analyse kaum mehr neue Kategorien formuliert werden, was nach 10 % bis 50 % der Materialbearbeitung sein kann, dann sollte das bis dahin erstellte Kategoriensystem einer Revision unterzogen werden. Bei der Überarbeitung wird das Abstraktionsniveau „zu Gegenstand und Fragestellung“ (Mayring, 2016, S. 117) überprüft, ebenso wie die Logik der Kategoriendefinition (S. 117). Falls infolgedessen Anpassungen am Kategoriensystem erforderlich werden, muss mit der Bearbeitung des Textmaterials noch einmal von vorne begonnen werden. Wenn keine Anpassung notwendig ist, können weitere neue Kategorien konstruiert werden (Mayring, 2015, S. 87; Mayring, 2016, S. 117).

Das Resultat der oben beschriebenen Analyse bildet „ein Set von Kategorien zu einer bestimmten Thematik, dem spezifische Textstellen zugeordnet sind“ (Mayring, 2016, S. 117). Nach Mayring (2015, 2016) kann dieses Set nunmehr verschiedenartig interpretiert werden:

- Das vollständige System an Kategorien kann hinsichtlich der Fragestellung und der zugrunde liegenden Theorie ausgewertet werden.
- Die zugeordneten Textabschnitte zu den jeweiligen Kategorien können quantitativ analysiert werden, z. B. in Bezug auf die Häufigkeiten der codierten Kategorien (Mayring, 2015, S. 87; Mayring, 2016, S. 117).

Bei sehr umfassenden Materialmengen, die eine große Kategorienanzahl vorweisen, empfiehlt Mayring (2015), aufkommende Einzelnennungen zu vernachlässigen, zu Gunsten der Darstellung des allgemeinen Trends (S. 90).

7 Durchführung der Untersuchung

Im Folgenden soll auf die Durchführung der Untersuchung in Anlehnung an die dargelegten theoretischen Inhalte näher eingegangen werden. Für die vorliegende qualitative Untersuchung wurden 16¹²² leitfadengestützte Interviews mit einer Länge von ca. 70 bis 190 Minuten geführt. Alle Gespräche wurden im Audioformat aufgezeichnet, anonymisiert, anschließend vollständig transkribiert¹²³ und inhaltsanalytisch nach Mayring (2015, 2016) mithilfe der Analysesoftware MAXQDA ausgewertet.

7.1 Erstellung und Anwendung des Interviewleitfadens

Die Erstellung beider Interviewleitfäden basiert auf den theoretischen Grundlagen der Kapitel 2 bis 5. Die Fragen im Hauptteil der Interviews sind zumeist offen und themengerichtet im Hinblick auf die leitenden Untersuchungsfragen gestellt. Um den Gesprächspartnern einen möglichst angenehmen Einstieg in die emotionale Thematik zu ermöglichen, gab es zu Beginn der Gespräche eine Aufwärmphase. Diese beinhaltete zu beiden Erhebungszeitpunkten eine Einleitung durch die Interviewerin. Im Rahmen der ersten Erhebung wurden zunächst biographische Angaben erfragt. In der Aufwärmphase des zweiten Interviews gab es eine Frage zur allgemeinen Rückschau auf die zurückliegenden Monate nach dem ersten Interview. Der Hauptteil der Gespräche widmete sich der thematischen Herleitung und Vertiefung des erlebten Verlustes und den damit einhergehenden Umständen.

Der Leitfaden der ersten Erhebung gliedert sich im Hauptteil thematisch wie folgt:

- Schwangerschaftserleben¹²⁴
- Todesumstände des Kindes
- Das Leben nach dem Verlust
- Die Partnerin/der Partner im Verlust-/Bewältigungserleben
- Stellenwert der Kommunikation
- Bewältigung eines solchen kritischen Lebensereignisses
- Empfehlungen für den Umgang mit betroffenen Eltern

¹²² Anfänglich wurden 18 Interviews mit Eltern geführt, wovon letztlich 16 für diese Untersuchung berücksichtigt werden konnten. Siehe dazu Kapitel 7.2.

¹²³ Die Transkripte von 14 Interviews wurden durch Frau Maiwald vom BMS Büromanagement-Service Andreas Maiwald erstellt. Zwei Elterngespräche, betreffend Clara & Curt 1. sowie 2. Erhebung, transkribierte die Interviewerin selbst.

¹²⁴ Die Fragen zum Schwangerschaftserleben dienen einer allmählichen thematischen Annäherung an den Frühen Kindstod und fungieren zugleich als „Türöffner“ in einer persönlichen und emotionalen Gesprächssituation.

Folgende Themenkomplexe finden sich im Hauptteil des Leitfadens der zweiten Erhebung wieder:

- Aktuelles Alltagserleben¹²⁵
- Hilfreiche/unterstützende Faktoren im Bewältigungsprozess
- Erleben des sozialen Umfeldes
- Veränderungen/Entwicklungsprozesse
- Paarbeziehung im Bewältigungsprozess
- Stellenwert der Kommunikation
- FKT¹²⁶ als „automatischer“ Auslöser einer Partnerschaftskrise?

Zum Ausklang eines jeden Gespräches wurde ein Blick in die Zukunft gewagt, der Wünsche und Hoffnung der Eltern beinhaltete. Ferner wurde den Eltern die Möglichkeit eingeräumt, noch etwaige thematische Ergänzungen einfließen zu lassen.

Da die Gespräche sehr persönliche und intime Inhalte umfassten, wurde den Interviewpartnern zu Beginn der ersten Erhebung eine Verschwiegenheitserklärung¹²⁷ ausgehändigt. Die Datenschutz- und Verschwiegenheitserklärung wurde sowohl von der betreuenden Professorin¹²⁸ wie auch der Interviewerin unterzeichnet. Damit soll den Gesprächspartnern ein vertraulicher und wertschätzender Umgang mit ihren persönlichen Daten aufgezeigt und zugleich eine gewisse *Absicherung* gegeben werden.

Vor Gesprächsbeginn wurde die Einwilligung der Interviewten zwecks Gesprächsaufzeichnung mittels eines Diktiergerätes eingeholt. Alle Befragten erteilten ihre Zustimmung, so dass insgesamt 16 Gespräche¹²⁹ aufgezeichnet werden konnten.

Ebenso förderlich und sinnvoll für die Versuchsanordnung war die Gesprächsdurchführung mit beiden Elternteilen¹³⁰. Durch ein gemeinsames Interview konnten Unterschiede im Bewältigungsverhalten offen von beiden Parteien mitunter

¹²⁵ Die Fragen zum aktuellen Alltagserleben dienen einem Einstieg in das Gespräch und verstehen sich als „Heranführung“ an die Thematik zum Frühen Kindstod und seine Bewältigung.

¹²⁶ FKT steht als Abkürzung für Frühen Kindstod.

¹²⁷ Ein Beispiexemplar der Verschwiegenheitserklärung findet sich im Anhang C.

¹²⁸ Die betreuende Professorin ist Frau Billmann-Mahecha. Sie ist zugleich auch 1. Referentin.

¹²⁹ Hierbei fallen 8 Gespräche in den Zeitraum der 1. Erhebung und weitere 8 fanden im Rahmen der 2. Erhebung statt.

¹³⁰ Beide Eltern haben auf meist unvorhersehbare und tragische Weise das gemeinsame Kind verloren, auf das sie sich so sehr freuten. Sie sind gemeinsam, wenn auch zum Teil auf unterschiedliche Art, durch diesen Verlust gegangen, haben ihn gemeinsam erlebt. Daher erschien es wichtig, die Eltern gemeinsam zu interviewen. Darüber hinaus gibt es zu wenig Befunde zur Bewältigung als Paar.

auch divergent dargestellt werden. Zudem konnte der partnerschaftliche Aspekt ganzheitlicher in einer gemeinsamen Gesprächskonstellation, also im Beisein beider Elternteile, erfasst werden.

Basierend auf den oben beschriebenen Leitfäden wurden 16 Interviews geführt, die in diese Untersuchung einfließen. Auffällig war, dass fünf von acht Gesprächen im Verlauf der ersten Erhebung ausführlicher ausfielen als in der Zweiten. Die ersten Gespräche umfassten eine Länge von knapp anderthalb Stunden bis hin zu drei Stunden. Im Verlauf des zweiten Erhebungszeitraumes fielen fünf von acht Gesprächen signifikant kürzer aus als im vorherigen Erhebungszeitraum. Hier wurden Gesprächslängen von knapp 1,25 Stunden bis ungefähr 2,25 Stunden erzielt. Lediglich bei einem Paar dauerte das zweite Gespräch länger als das Erste, was jedoch dem Beisein des inzwischen geborenen Babys und damit verbundenen Pausen, die zu mehrfachen *Neueinstiegen* in das Gespräch führten, geschuldet war.

7.2 Interviewpartner und Gesprächssetting

Für die erste Erhebung konnten zehn Elternpaare und zwei einzelne Elternteile gewonnen werden. Von den zuvor benannten Eltern konnten acht Elternpaare in der Auswertung berücksichtigt werden, da bei ihnen die Parameter des Verlustes sowie der Verlustzeitraum und die Darstellung des Verlustes durch beide Elternteile am ehesten vergleichbar schienen. Folgende Angaben sind zu dem Hintergrund der verwaisten Elternpaare bekannt: Sechs von ihnen haben ein gemeinsames Kind durch den Frühen Kindstod verloren. Zwei Paare haben bereits zwei Kindsverluste durchlebt. Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung haben zwei Elternpaare ein oder mehrere ältere Kinder. Zudem sind beim ersten Gespräch zwei Paare schwanger. Zur zweiten Erhebung erfreuen sich die besagten zwei Elternpaare über ihren kürzlich geborenen und gesunden Nachwuchs, weitere drei Paare sind schwanger. Im Verlauf der zwei Erhebungszeiträume, die sich über eine Zeitspanne von siebeneinhalb Monaten bis hin zu zwölf Monaten erstrecken¹³¹, stellte sich bei drei Elternpaaren keine Schwangerschaft trotz ihres Wunsches ein.

¹³¹ Ursprünglich war ein Zeitabstand von ungefähr 6 Monaten zwischen den Erhebungszeiträumen anvisiert. Aus Rücksichtnahme auf das Zeitmanagement sowie die Bedürfnisse der Interviewpartner ergaben sich in der Umsetzung letztlich variierende Zeitabstände zwischen den Interviews.

Beim ersten Gespräch mit den Eltern liegt der Tod ihres (ersten)¹³² gemeinsamen Kindes zwischen sechs und 15 Monaten zurück. Zwei Paare haben bereits den Tod von zwei gemeinsamen Kindern erlebt, die beide vor der ersten Erhebung verstorben sind. Der Abstand zwischen dem zweiten Kindstod und dem ersten Gespräch betrug bei einem Paar knapp zweieinhalb Monate und bei dem anderen Elternpaar ein halbes Jahr.

Das Alter der 16 Eltern variiert zwischen Mitte 20 bis Anfang 50 zum Zeitpunkt der ersten Befragung.

Die interviewten Paare werden in Tabelle 6 bis Tabelle 13 näher vorgestellt. Zwecks Anonymisierung wurden die Namen der Eltern mit Pseudonymen versehen, woraus sich die jeweilige Bezeichnung Paar „A“, „C“ etc. ableitet.

Tabelle 6: *Informationen zu Interviewpaar A*

Paar A	
Altersspanne Mutter	25 bis 35 Jahre
Altersspanne Vater	25 bis 35 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Studentin, berufstätig in Teilzeit
Arbeitssituation Vater	Student
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	15 Monate
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	27 Monate
Anzahl der FKTs	1
Bestehende SS während Ersterhebung	Nein
Bestehende SS während Zweiterhebung	Ja
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	0
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	0

¹³² Ausnahmen dazu bilden zwei Gesprächspaare. Bei einem der Paare verstarb das erste gemeinsame Kind knapp einen Monat nach der Geburt und das zweite Kind im Verlauf der Schwangerschaft. Ein weiteres Paar betrauerte ebenso den Tod zweier gemeinsamer Kinder, darunter ein Frühabort, also vor der 12 SSW. Zudem hatte die Mutter davor schon einmal eine Fehlgeburt erlitten.

Tabelle 7: Informationen zu Interviewpaar C

Paar C	
Altersspanne Mutter	25 bis 35 Jahre
Altersspanne Vater	25 bis 35 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Berufstätig
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	8 Monate
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	17 Monate
Anzahl der FKTs	1
Bestehende SS während Ersterhebung	Ja
Bestehende SS während Zweiterhebung	Nein
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	0
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	1

Tabelle 8: Informationen zu Interviewpaar D

Paar D	
Altersspanne Mutter	25 bis 35 Jahre
Altersspanne Vater	35 bis 45 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Job gekündigt, neue Ausbildung
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	10 Monate (1. Verlust), 3 Monate (2. Verlust)
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	17 Monate (1. Verlust), 10 Monate (2. Verlust)
Anzahl der FKTs	2
Bestehende SS während Ersterhebung	Nein
Bestehende SS während Zweiterhebung	Nein
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	0
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	0

Tabelle 9: Informationen zu Interviewpaar F

Paar F	
Altersspanne Mutter	35 bis 45 Jahre
Altersspanne Vater	45 bis 55 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Berufstätig
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	k. A. (1. Verlust), 6 Monate (2. Verlust)
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	k. A. (1. Verlust), 16 Monate (2. Verlust)
Anzahl der FKTs	2 (gemeinsam), 1 (andere Partnerschaft)
Bestehende SS während Ersterhebung	Nein
Bestehende SS während Zweiterhebung	Nein
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	0 (gemeinsam), 2 (aus anderer Partnerschaft)
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	0 (gemeinsam), 2 (aus anderer Partnerschaft)

Tabelle 10: Informationen zu Interviewpaar J

Paar J	
Altersspanne Mutter	25 bis 35 Jahre
Altersspanne Vater	45 bis 55 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Elternzeit, in Weiterbildung
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	10 Monate
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	19 Monate
Anzahl der FKTs	1
Bestehende SS während Ersterhebung	Nein
Bestehende SS während Zweiterhebung	Ja
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	2
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	2

Tabelle 11: Informationen zu Interviewpaar L

Paar L	
Altersspanne Mutter	35 bis 45 Jahre
Altersspanne Vater	35 bis 45 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Berufstätig
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	11 Monate
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	20 Monate
Anzahl der FKTs	1
Bestehende SS während Ersterhebung	Nein
Bestehende SS während Zweiterhebung	Ja
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	0
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	0

Tabelle 12: Informationen zu Interviewpaar N

Paar N	
Altersspanne Mutter	25 bis 35 Jahre
Altersspanne Vater	25 bis 35 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Berufstätig
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	11 Monate
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	19 Monate
Anzahl der FKTs	1
Bestehende SS während Ersterhebung	Ja
Bestehende SS während Zweiterhebung	Nein
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	0
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	1

Tabelle 13: Informationen zu Interviewpaar S

Paar S	
Altersspanne Mutter	35 bis 45 Jahre
Altersspanne Vater	45 bis 55 Jahre
Arbeitssituation Mutter	Berufstätig
Arbeitssituation Vater	Berufstätig
Zeitspanne von Verlust bis Ersterhebung	6 Monate
Zeitspanne von Verlust bis Zweiterhebung	17 Monate
Anzahl der FKTs	1
Bestehende SS während Ersterhebung	Nein
Bestehende SS während Zweiterhebung	Nein
Anzahl lebender Kinder Ersterhebung	1
Anzahl lebender Kinder Zweiterhebung	1

Alle Gesprächspartner nahmen freiwillig an den Interviews teil. Die Kontaktaufnahme hierfür wurde ausschließlich durch Beiträge im Newsletter einer Selbsthilfegruppe initiiert, in denen die Doktorarbeit und die dafür notwendige qualitative Befragung vorgestellt wurde.

Da das Gesprächsklima einen bedeutsamen Aspekt innerhalb einer qualitativen Befragung einnimmt, wurde so weit wie nur möglich auf die persönlichen Bedürfnisse der Interviewpartner eingegangen, z. B. bei der Terminvereinbarung und der Wahl des Gesprächsortes.

Die erste Erhebung fand von Oktober 2013 bis Februar 2014 statt. Die zweite Befragung erfolgte in den Monaten August 2014 bis Oktober 2014. Dies führte zu einer nicht einheitlichen Zeitspanne zwischen den Elterngesprächen und war im Untersuchungsplan so nicht anvisiert. Aufgrund der jeweiligen Verpflichtungen der Interviewteilnehmer war die Terminierung allerdings nicht anders umsetzbar.

Der erste Schritt hinsichtlich einer möglichen Kontaktaufnahme zu früh verwaisten Eltern lief über eine Selbsthilfegruppe in Niedersachsen¹³³. Um möglichst viele *praktische* Einblicke in das Erleben vom Frühen Kindstod zu erhalten, schien eine Selbsthilfegruppe als Anlaufstelle geeignet.

Die Kontaktaufnahme mit der Gruppe erfolgte zunächst per Telefonat mit der Gruppenleitung. Das Forschungsvorhaben wurde erläutert, woraufhin eine *Hospitation*

¹³³ Um die Privatsphäre aller Beteiligten zu wahren, wird weder der Name der Selbsthilfegruppe noch der Ort, wo die Treffen stattfanden, Erwähnung finden.

als stille Beobachterin in der Gruppe ermöglicht wurde, das Einverständnis aller Teilnehmender vorausgesetzt. Dem folgte ein dreieinhalbmonatiger Hospitationszeitraum. Eine direkte Kontaktaufnahme mit den betroffenen Eltern zwecks Interviewvorhaben wurde von Anbeginn durch die Gruppenleitung ausgeschlossen. Da ein wesentlicher Aspekt in der anfänglichen Untersuchungsplanung auf dem Gewinnen eines möglichst authentischen und realistischen Eindrucks im Erleben eines solchen Verlustes lag, bot die Hospitation in diesem Setting eine wertvolle Grundlage dafür.¹³⁴ Die Hospitation fand im Rahmen einer *offenen Gruppe*, d. h. eine Gruppenkonstellation, bei der *neue* früh verwaiste Eltern zu jedem Treffen hinzustoßen können, statt.

Die erste Teilnahme an einem Gruppentreffen fand Ende April 2013 statt und ging mit einem flauen Gefühl im Magen einher, war gleichermaßen gepaart mit einem gespannten Interesse und einem tiefempfundenen Respekt. Das Erleben der Gruppentreffen – die emotionalen Schilderungen der Eltern und thematischen Aufarbeitungen durch die Gruppenleiter – erzeugten Betroffenheit. Denn eine persönliche Schilderung seitens der Eltern zum Tod des eigenen Kindes hinterlässt einen völlig anderen Eindruck sowohl auf perspektivischer wie auch emotionaler Ebene als eine literarische Darstellung.

Durch die Zustimmung, Offenheit und das entgegengebrachte Vertrauen von der Gruppe wurde ein überaus wertvoller Einblick für das Forschungsvorhaben in Bezug auf das Erleben und den Umgang mit solch einem kritischen Lebensereignis erlangt. Ohne den Kontakt und das Einverständnis der Selbsthilfegruppe wäre dieser authentische Einblick verwehrt geblieben. Die dort erlangten Eindrücke waren richtungsweisend bei der Erstellung und Ausarbeitung dieser Arbeit.

Im weiteren Verlauf der Gruppensitzungen wurde das persönliche Empfinden resp. das *Zugehörigkeitsgefühl* zur Gruppe anrührend wahrgenommen. Insbesondere der Anfang der Hospitation war geprägt von einem Gefühl des Eindringens in einen geschützten Raum, in dem eine spezielle Dynamik der verschiedenen Eltern zu beobachten war. Die dort vorherrschende Atmosphäre war eine besondere bezüglich der gemeinsamen Verbundenheit. Das anfängliche Gefühl eines Eindringlings schwächte sich mit zunehmender Häufigkeit der Gruppentreffen ab. Ein weiterer wesentlicher Punkt dahingehend war die Akzeptanz und Offenheit aller Teilnehmenden gegenüber einer nicht-betroffenen Person in *ihrem Kreis*. Die eigene fortwährende

¹³⁴ Die Gruppenleiterin teilte mir gleich am Anfang mit, falls die Gruppengröße in absehbarer Zeit wachsen sollte, müsste ich meinen Platz für Eltern, die die Unterstützung der Selbsthilfegruppe benötigen, räumen. Selbstverständlich war ich mit diesem Vorgehen einverstanden.

Unsicherheit hinsichtlich des Auftretens in der Gruppe blieb bis zum Ende bestehen. Im Rahmen der elterlichen Befragungen war diese Unsicherheit jedoch nicht mehr spürbar.

Anfänglich schien eine Befragung der Eltern unmöglich, da der direkte Einzelkontakt zu den Betroffenen durch die Gruppenleitung äußerst kritisch eingeschätzt wurde. Erst nach längerer Teilnahme an den Gruppentreffen und einer mehrfachen Begründung der Notwendigkeit von Interviews für die geplante Untersuchung wurde seitens der Leitung ein Weg für die Kontaktaufnahme eröffnet. Über Beiträge in zwei aufeinanderfolgenden Newslettern¹³⁵, die an viele Betroffene adressiert wurden, kam schließlich der direkte Kontakt zu zehn Elternpaaren und Elternteilen für die Durchführung der Interviews zustande. Den Interviewpartnern wurden im Vorfeld ein grober Überblick hinsichtlich der Gesprächsschwerpunkte gegeben und der vertrauliche Umgang mit den zu erhebenden persönlichen Daten zugesichert.

Alle geführten Interviews fanden bis auf eine Ausnahme¹³⁶ im jeweiligen Zuhause der Interviewpartner statt. Bevor die Aufzeichnung des Interviews begann, ergab sich in aller Regel ein freundliches Gespräch. Auch wurde von Seiten der Interviewerin darauf hingewiesen, dass die Beantwortung aller Fragen auf Freiwilligkeit beruht. Weder in der ersten noch der zweiten Erhebung kam es zur Verweigerung einer Antwort. Vereinzelt gab es Unterbrechungen im Gesprächsverlauf, d. h. die Audioaufnahme wurde gestoppt, bedingt durch eine kurze benötigte Pause oder eine erforderliche Interaktion mit Kindern oder Angehörigen. Alle Interviews waren von großer Offenheit und Gesprächsbereitschaft der Eltern geprägt.

Die Zustimmung für die zweite Erhebung wurde ausnahmslos nach dem ersten Interview von allen Teilnehmern gewährt. Dafür wurde die erneute Kontaktaufnahme nach ungefähr sechs Monaten vereinbart. Der zweite Erhebungszeitraum konnte schließlich erst nach siebeneinhalb bis zwölf Monaten stattfinden, bedingt durch die Berücksichtigung der Terminwünsche der Elternpaare. Alle Gespräche dieser Erhebung fanden ohne Ausnahme im Zuhause der Eltern statt.

Nicht alle vormals geführten Interviews finden in dieser Dissertation Berücksichtigung. Neben den berücksichtigten acht interviewten Elternpaaren wurden im Verlauf der ersten Erhebung weitere vier Gespräche mit betroffenen Eltern bzw. einem Elternteil geführt und teilweise transkribiert. Bei zwei der Elternpaare¹³⁷ lag der Verlust zum Zeitpunkt des Interviews ungefähr fünf Jahre zurück, was die *Vergleichbarkeit* der

¹³⁵ Die Newsletter-Beiträge sind als Anhang E und Anhang F beigefügt.

¹³⁶ Ein Gespräch im Verlauf der 1. Erhebung führten wir im Zuhause der Eltern der betroffenen Mutter.

¹³⁷ Das Audiomaterial der beiden Gespräche wurde nicht transkribiert.

relativ aktuellen Situation der anderen acht Elternpaare unmöglich machte, da bei ihnen der Verlust bzw. die Verluste zwischen drei und 15 Monaten¹³⁸ zurücklag. Auch konnten zwei Interviews mit nur jeweils einem Elternteil nicht in die Untersuchung einfließen, da hier die Sichtweise aus eben einer Perspektive nicht mit der Schilderung einer dyadischen Perspektive vergleichbar schien.

Ergänzend zu den Elterngesprächen wurden zudem vier Gespräche mit Fachexperten, die sich in ihrem beruflichen Alltag dem Frühen Kindstod widmen, geführt und auch transkribiert. Da das Datenmaterial der betroffenen Eltern bereits sehr umfangreich war, wurde auf eine detaillierte Analyse der Fachexperteninterviews zugunsten der elterlichen Daten verzichtet.

7.3 Transkription des Datenmaterials

Alle in dieser Arbeit vorgelegten Interviews¹³⁹ wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen, anonymisiert¹⁴⁰ und anschließend vollständig transkribiert. Die Transkripte beider Erhebungen umfassen ungefähr 1590 Seiten. In die Transkription flossen sowohl verbale wie auch nonverbale Äußerungen sowie Vorgänge ein. Die nonverbalen Angaben wurden entsprechend der Transkriptionsregeln gekennzeichnet. Die Erstellung des Textmaterials fußt auf den nachfolgenden Transkriptionsregeln, orientiert an Kallmeyer & Schütze (1976, zitiert nach Mayring, 2016, S. 92) und Rhein (2009):

- & = auffällig schneller Anschluss
- / = inhaltliche Gliederung – zur besseren Lesbarkeit
(anstelle der typischen Satzzeichen, wie beispielsweise Punkte und Kommata)
- (...) = Unverständlich
- . = kurzes Absetzen innerhalb der Äußerung
- .. = kurze Pause
- ... = längere Pause

¹³⁸ Es war nicht möglich eine homogenere Gesprächsgruppe hinsichtlich des Verlustzeitraums zusammenzustellen. Die Auswahl der Interviewpartner, wie oben beschrieben, war stark begrenzt. Daher war die Verfasserin froh, acht Interviews zu zwei Zeitpunkten führen zu können. Anderenfalls hätte sich die Anzahl der Gesprächspartner vermindert.

¹³⁹ 16 Interviews wurden im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigt.

¹⁴⁰ Lamnek (2010) verweist auf die Notwendigkeit der Anonymisierung personenbezogener Daten, um Forschungs- resp. Untersuchungsteilnehmer u. a. vor ungerechtfertigtem Eindringen in ihre Privatsphäre zu schützen (S. 659).

- (´) = Heben der Stimme (Hinweis auf eine Frage)
- (,) = Senken der Stimme
- Betont = Betonung
- (Wort = vermuteter Wortlaut
- ?)
- = Abbruch innerhalb der Äußerung
- (lacht) = Aufzeigen von nonverbalen Verhaltensweisen bzw. Vorgängen / Situationsbeschreibung
- [] = Bemerkungen durch den Interviewer
- Viiel = Dehnung des Wortes
- #ja# = gleichzeitiges, paralleles Sprechen
- #nein#
- unbe// = Wortabbruch

Um die Anonymität der Gesprächspartner zu gewährleisten, wurden die Namen geändert und Angaben zu Angehörigen, Freunden oder anderweitige personenbezogene Daten anonymisiert bzw. in Form von Bemerkungen durch die Interviewerin umschrieben und in eckigen Klammern gekennzeichnet. Ferner wird die befragte Mutter im Textmaterial mit „W“, der Vater mit einem „M“ und die Interviewerin mit einem „I“ gekennzeichnet.

Die Transkription der Gespräche wurde anfänglich von der Interviewerin selbst durchgeführt. Dies umfasste die Erstellung der Transkripte eines Paares im Verlauf der ersten wie auch der zweiten Erhebung¹⁴¹. Da die geführten Gespräche im Allgemeinen sehr umfangreich waren, wurde zur weiteren Transkription ein Schreibbüro¹⁴² unterstützend hinzugezogen. Nach Unterzeichnung einer Verschwiegenheitserklärung¹⁴³ durch die verantwortliche Mitarbeiterin¹⁴⁴ erfolgte die Erstellung der übrigen 14 Transkripte¹⁴⁵, wovon jeweils sieben in einen Erhebungszeitraum fallen.

¹⁴¹ Interviews von Clara & Curt, 1. wie auch 2. Erhebung.

¹⁴² Frau Maiwald vom BMS Büromanagement-Service Andreas Maiwald fertigte die Transkripte an.

¹⁴³ Die unterzeichnete Verschwiegenheitserklärung ist dem Anhang D beigefügt.

¹⁴⁴ Silke Maiwald.

¹⁴⁵ Transkripte der 1. und 2. Erhebung von Ana & Adrian, Dara & Damian, Fiona & Frederik, Jane & John, Lisa & Leo, Nina & Nils, Sara & Simon.

7.4 Auswertung

Die Auswertung des vollständig transkribierten Audiomaterials erfolgte in Anlehnung an Mayrings Qualitative Inhaltsanalyse (2015, 2016). Charakteristisch für diese Methode ist, wie bereits in Kapitel 6.4 erläutert, ein systematisches, schrittweises sowie theoriegeleitetes Vorgehen (Mayring, 2016, S. 114). Aus dem vorliegenden, selektiv ausgewählten Textmaterial wurden durch induktives Vorgehen Kategoriensysteme aus dem Material entwickelt, die Aufschluss zur Beantwortung der zuvor formulierten Untersuchungsfragen geben soll.

Die thematische Annäherung an die beiden leitenden Untersuchungsfragen sollte durch spezifische Unterfragestellungen geschehen. Hierfür wurden zunächst neun spezifische, für die Beantwortung der leitenden Fragen relevant erscheinende Unterfragen pro Erhebung ausgewählt. Diese Unterfragen wurden in Anlehnung an den Fragenkatalog des Interviewleitfadens formuliert¹⁴⁶ oder sogar direkt übernommen. Mayring (2015) beschreibt die Vorgehensweise ganz ähnlich: Vorab muss „die Fragestellung der Analyse [...] genau geklärt sein [...], theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in aller Regel in Unterfragestellungen differenziert“ (S. 60).

Das gesamte, umfangreiche Material konnte durch eine Selektion mittels der Unterfragen in einen überschaubaren Rahmen gebracht werden, wobei die Unterfragen zwingend im Hinblick auf die Untersuchungsfragen ausgewählt wurden. Folgende Unterfragestellungen wurden als zielführend für die 1. Erhebung erachtet:

1. Welche Umorientierung bzw. welches Umdenken zeigte sich in Eurem Leben, bedingt durch Euren Verlust?
2. Welches Verhalten Eurer Partnerin/Eures Partners war für Euch besonders wichtig?
3. Welche Unterschiede im Trauerverhalten sind Euch aufgefallen? (Führte dies zu Missverständnissen/Konflikten?)
4. Welchen Stellenwert nimmt Kommunikation in solch einer Situation, aber auch in Eurer Partnerschaft im Allgemeinen ein?
5. Wie hat sich Eure Paarbeziehung durch und auch nach dem Tod Eures Kindes verändert?
6. Was ist Eurer Meinung nach wichtig (ganz allgemein), damit man als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen kann?
7. Wer und was haben Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses geholfen?

¹⁴⁶ Einzelne Fragen aus dem Interviewleitfaden wurden für die Auswertung in W-Fragen umformuliert.

8. Wer und was haben Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses gehindert?
9. Nach Eurer Einschätzung, zum jetzigen Stand, was würdet Ihr Nicht-Betroffenen für ein Gespräch, für den Umgang im Büro oder im Alltag mit Euch als betroffenen Eltern mit auf den Weg geben können?

Für die 2. Erhebung fiel die Auswahl auf folgende neun Unterfragen:

1. Was oder wer hat Euch in den letzten Monaten bei der Bewältigung Eurer Trauer unterstützt?
2. Wie erlebt Ihr heute Euer soziales Umfeld?
3. Welche Bewältigungsstrategien waren für Euch hilfreich?
4. Welche Veränderungen zeigen sich in Eurer Prioritätensetzung?
5. Wie habt Ihr Euch als Paar in den letzten Monaten unterstützt?
6. Welchen Stellenwert nimmt die gemeinsame Kommunikation in Eurer Beziehung ein?
7. Habt Ihr in den letzten Monaten in dem Verhalten Eures Partners etwas vermisst, was zuvor möglicherweise vorhanden war? Oder ist eventuell eine neue Verhaltensweise hinzugekommen?
8. Aus Eurer persönlichen Einschätzung: Steht ein kritisches Lebensereignis, wie der Verlust des eigenen Kindes, automatisch für eine Partnerschaftskrise?
9. Was war für Euch ganz persönlich nötig, damit Ihr als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen konntet und immer noch könnt?

Nach Auswahl der Unterfragen war es nötig, die Kategoriendefinition und das Abstraktionsniveau zu bestimmen.¹⁴⁷ Für die insgesamt 18 Unterfragen wurden die Regeln folgendermaßen definiert, die hier einheitlich für alle Fragen formuliert wurden:

- Kategoriendefinition (aller Unterfragen): Subjektive Erfahrungen oder auch Beobachtungen der Befragten, die im persönlichen Erleben sowie im Bewältigungsprozess entsprechend der spezifischen Fragestellung erkennbar bzw. benannt werden.
- Abstraktionsniveau (aller Unterfragen): Möglichst konkrete Sachverhalte für die jeweils befragte Person, die auch auf andere Betroffene zutreffen können. Ferner sind zusammenfassende Situationsbeschreibungen auf einem abstrahierten Level möglich, die die benannten Faktoren in mitunter allgemeinerer resp. zusammenfassender Form bündeln. Gleichzeitig sollten möglichst Rückschlüsse auf

¹⁴⁷ Siehe dazu Mayring, 2015, 86 ff.

die ursprünglichen Inhalte bzw. benannten Aspekte aus dem Textmaterial erkennbar bleiben.¹⁴⁸

Die gesamte Vorgehensweise ist selektiv geprägt und geht dabei nur auf die jeweiligen Aussagen der Gesprächspartner zu den entsprechenden Unterfragen ein. Ferner wird bei diesem Arbeitsschritt gleich eine mittlere Abstraktionsebene für das Material anvisiert (Mayring, 2015, S. 88).

Die Definition der Analyseeinheiten wurde wie folgt festgelegt:

- Codiereinheit: Klare aussagekräftige Elemente mitunter auch einzelne Worte im Text.
- Kontexteinheit: Der jeweilige Abschnitt innerhalb des Interviews eines Elternpaares, in dem eine spezifische Unterfrage oder eine Frage, die sich auf konkrete Aspekte bezieht, die im direkten Zusammenhang zur Unterfrage stehen, von der Interviewerin an die Eltern gestellt wurde.
- Auswertungseinheit: Das vollständige Material aller 16 Interviews.¹⁴⁹

Basierend auf den genannten Faktoren fand die Entwicklung der jeweiligen Kategoriensysteme zur spezifischen Fragestellung unter zur Hilfenahme der Analysesoftware MAXQDA aus dem Material heraus statt. Bei der Bildung der Kategoriensets war auffällig, dass anfänglich eine sehr vielfältige und große Kategorienzahl entwickelt wurde, die mehrfach überarbeitet werden musste. Schlussendlich musste das Abstraktionsniveau auf ein höheres, d. h. zusammenfassenderes Level gesetzt werden, um die Vielzahl an individuell definierten Kategorien in einem überschaubar erscheinenden Rahmen von max. elf bis zwölf Kategorien pro Set zu definieren. Dieses Vorgehen stellte eine große Herausforderung dar und erforderte auch externes Feedback.

Zudem zeigte sich im Verlauf der Auswertung, dass nicht alle gewählten 18 Materialfragen für die Beantwortung der Untersuchungsfragen notwendig waren. Vielmehr wurde ersichtlich, dass eine mögliche Interpretation aller 18 Fragen, inklusive einer schlüssigen Darstellung in Bezug auf die Untersuchungsfragen, viel zu umfangreich würde. Folglich fiel die Entscheidung, die Anzahl der Unterfragen auf fünf pro Erhebung zu kürzen. Die nun finalisierten Fragen ließen sich bspw. hinsichtlich ihrer Inhalte gut gegenüberstellen und begünstigten somit einen Vergleich der jeweiligen Faktoren aus beiden Erhebungszeiträumen. In Ergänzung dazu wurden spezifische

¹⁴⁸ Siehe zu dieser Vorgehensweise Mayring, 2015, S. 88.

¹⁴⁹ Siehe in Anlehnung an das Vorgehen Mayring, 2015, S. 88.

Fragen aus den vorherigen 18 Materialfragen herangezogen, um die beiden Untersuchungsfragen abschließend plausibel beantworten zu können.

Ferner gilt es zu beachten, dass die in Kapitel 8 präsentierten Unterfragen nicht in jedem Fall Gegenstand der Gespräche waren. Dennoch finden in der vorliegenden Untersuchung nur die Fragen Berücksichtigung, die mehrheitlich, d. h. von wenigstens fünf¹⁵⁰ der acht Paare, beantwortet wurden und zudem für die Beantwortung der Leitfragen zielführend erscheinen.

In die Auswertung fließen zudem Mehrfachnennungen thematischer Sachverhalte ein. Das bedeutet, dass während des Codierens des Transkriptmaterials Inhalte, die wiederholt thematisiert wurden, mitunter auch mehrfach codiert wurden. Gleichmaßen besteht die Möglichkeit einer doppelten, inhaltlichen Codierung. Wenn demnach innerhalb einer Aussage mehrere für inhaltlich relevant befundene Faktoren angesprochen wurden, so wurden diese entsprechend ihrer Deutung mehrfach codiert. Zugleich galt der Versuch, Doppelcodierungen bestmöglich zu vermeiden.

Im anschließenden Kapitel 8 werden die persönlichen und individuellen Erfahrungen der früh verwaisten Eltern dargelegt, die unter Anwendung der induktiven Kategorienbildung aus dem Textmaterial heraus gewonnen und mithilfe von MAXQDA ausgewertet werden konnten. Neben der Darstellung der induktiv gewonnen Kategoriensysteme erfolgt zudem die Auswertung der Ergebnisse nach Häufigkeiten (Mayring, 2008, S. 14, 57, 76; Mayring, 2015, S. 85; Mayring, 2016, S. 117). Da sowohl das Vorgehen der induktiven Kategorienbildung wie auch das der Häufigkeitenanalyse der Zusammenfassung eines Textes dient, soll der Vollständigkeit halber die Vorgehensweise der Häufigkeitenanalyse nach Mayring (2008) in Abbildung 7 illustriert, jedoch nicht weiter kommentiert werden.

¹⁵⁰ Dieser Sachverhalt trifft auf eine Unterfrage aus der 1. Erhebung zu: „Welches Verhalten Eurer Partnerin/Eures Partners war für Euch besonders wichtig?“.

- Formulierung der *Fragestellung*;
- Bestimmung der *Materialstichprobe*;
- Aufstellen des *Kategoriensystems* (in Abhängigkeit von der Fragestellung), d.h. Bestimmung der Textelemente, deren Häufigkeit untersucht werden soll;
- *Definition* der Kategorien, evtl. Anführen von Beispielen;
- Bestimmung der *Analyseeinheiten*, d.h. Festlegung, was als minimaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann (Kodiereinheit), was als maximaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann (Kontexteinheit) und welche Textbestandteile jeweils nach einander kodiert werden (Auswertungseinheit); Solche Textbestandteile können Silben, Wörter, Sätze, Abschnitte usw. sein;
- *Kodierung*, d.h. Durcharbeiten des Materials mit Hilfe des Kategoriensystems, um das Auftreten der Kategorien aufzuzeichnen;
- *Verrechnung*, d.h. Feststellen und Vergleichen der Häufigkeiten;
- *Darstellung* und Interpretation der Ergebnisse

Abbildung 7: Modell Häufigkeitenanalyse nach Mayring (2008, S. 14)

8 Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Darstellung der gewonnenen Ergebnisse¹⁵¹ aus dem Textmaterial der Befragungen. Die nachfolgend beschriebenen Aspekte beruhen auf den Erfahrungen und Beobachtung der vorgestellten acht Elternpaare und können folglich nicht als repräsentativ angesehen werden. Vielmehr können sie als mögliche Orientierungshilfe in einem komplexen Prozess der Bewältigung verstanden werden.

8.1 Ermittelte Kategoriensysteme

Nachfolgend werden die gewonnenen Ergebnisse¹⁵² in eigens gebildeten Kategoriensystemen¹⁵³ präsentiert. Jedes System wurde einer spezifisch ausgewählten Materialfrage aus dem 1. oder 2. Erhebungszeitraum zugeordnet.

8.1.1 Erste Erhebung

Unterfrage 1: „Welche Umorientierung bzw. welches Umdenken zeigte sich in Eurem Leben, bedingt durch Euren Verlust?“

- in Situation: zeitweise Veränderung im dyadischen Umgang
- in Situation: Probleme von außen erscheinen z. T. trivial
- durch Verlust: verstärkten Fokus auf Gemeinsamkeiten/Partnerschaft/ Familie
- durch Verlust: persönliche Weiterentwicklung/Kraft gewonnen/Kreativität entdeckt
- durch Verlust: ver-/bestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl
- durch Verlust: Änderung der Lebenssituation (Heirat/Job gekündigt)
- Bewusstsein/Wertschätzung der eigenen Lebenssituation
- vom Druck loslösen: dem eigenen und dem des Umfeldes

¹⁵¹ Das Transkriptmaterial aller Interviews mit den vorgenommenen Codierungen sowie eine Übersicht aller Codings für den ersten und den zweiten Erhebungszeitraum sind dem beiliegenden digitalen Datenträger zu entnehmen.

¹⁵² Die generierten Kategorien beziehen sich auf den jeweils ausgewählten Abschnitt eines Interviews, in dem die spezifische Materialfrage gestellt wurde. Lediglich dieser Abschnitt wurde auch für die Auswertung herangezogen. Folglich bezieht sich die Anzahl der Codings einer Kategorie immer nur auf den dafür spezifizierten Abschnitt und nicht auf das gesamte Material eines Interviews. Daher ist es durchaus denkbar, dass an anderen Stellen im Material Aussagen zur selben Thematik vorkommen, die jedoch aufgrund der selektiven Auswertung nach Mayring (2015, 2016) nicht in dieser Arbeit herangezogen und ausgewertet werden können.

¹⁵³ Aufgrund der großen Menge an generierten Kategorien wurde auf die Darstellung eines Ankerbeispiels für jede Kategorie verzichtet (siehe dazu „Übersicht aller Codings mit Textbeispielen“ auf dem digitalen Datenträger). Einen Einblick in exemplarische Ankerbeispiele bietet das Kapitel 9.1.

- veränderte Kommunikationsmuster: offener und weniger Streitigkeiten
- gefestigter Kinderwunsch
- Rückkehr zu Denk-/Verhaltensweisen vor Verlust erleben
- Keine Veränderungen bzgl. PartnerIn oder Prioritäten erkennbar

Unterfrage 2: „Welches Verhalten Eurer Partnerin/Eures Partners war für Euch besonders wichtig?“

- gemeinsame, von Offenheit geprägte Kommunikation
- Reflexion des eigenen Verhaltens und der Situation
- gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung
- Beziehung wird nicht in Frage gestellt/solide Beziehungsbasis
- einander unterstützen/„tragen“
- Entschlossenheit/Stärke/Verlässlichkeit
- gemeinsame, „erfolgreiche“ Situationsbewältigung
- vorwurfsfreier Umgang in der Bewältigung
- Organisationstalent

Unterfrage 3: „Welchen Stellenwert nimmt Kommunikation in solch einer Situation, aber auch in Eurer Partnerschaft im Allgemeinen ein und wie erfolgt sie?“

- generell hoher Stellenwert
- Veränderung in Kommunikation: wesentlichere Inhalte, bedachter, gefühlter
- Veränderung der Kommunikation: Quantität nimmt zu
- in Situation: „Floskeln“ vom engen Umfeld erhalten
- in Situation: zeitweise dysfunktionale Kommunikation
- in Situation: Unterschiede im Kommunikationsbedürfnis
- in Situation: Mangel an interessierten Gesprächspartnern
- in Situation: funktionierende Kommunikation hilfreich
- in Situation: hohe organisatorische Kommunikation

Unterfrage 4: „Was ist Eurer Meinung nach wichtig (ganz allgemein), damit man als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen kann?“

- offener Austausch/Umgang miteinander
- Akzeptanz individuellen Verhaltens, ohne Vorwürfe und auf Augenhöhe
- gemeinsam: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken
- professionelle Unterstützung
- solide, funktionierende Beziehungsbasis

- Nähe zu-/miteinander sowie gegenseitige Unterstützung
- bewusste Entscheidung für: PartnerIn/gemeinsame Beziehung
- Alltag (er)leben außerhalb der Partnerschaft – im Job, mit Freunden/Kollegen
- stabile Persönlichkeit

Unterfrage 5: „Wer und was hat Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses geholfen?“

- eigener offensiver Umgang mit Verlusterleben
- PartnerIn trägt zur Bewältigung bei
- positive Krankenhaus-/Arzterfahrung
- professionelle, z. T. individuelle Hilfsangebote
- unterstützendes familiäres Umfeld
- stützendes soziales Umfeld
- unterstützendes Arbeitsumfeld

8.1.2 Zweite Erhebung

Unterfrage 1: „Welche Veränderungen zeigen sich in Eurer Prioritätensetzung oder auch Lebenseinstellung?“

- verstärkte Achthabe: was tut mir/uns gut
- Beruf und andere (triviale) Probleme treten in Hintergrund
- Bewusstsein/Dankbarkeit für aktuelle (gute) Lebenssituation
- Kinderwunsch hat aktuell abgenommen (nicht mehr vorhanden)
- aktuelle Priorität: Schwangerschaft/Kind/Familie/Partner
- durch Verlust: persönliche Stärkung/Weiterentwicklung im Umgang mit Schicksalen
- Verlustängste ausgeprägter
- Ängste/Sorgen seit Geburt von 2. (gesunden) Kind „abgewöhnt“
- momentane Suche nach Lebenseinstellung bzgl. Mutterschaft
- Rückkehr zu Prioritäten/Einstellungen vor Verlusterleben
- keine merkliche Veränderung

Unterfrage 2: „Wie habt Ihr Euch als Paar in den letzten Monaten unterstützt?“

- generelle/praktische Unterstützung, z. B. im Alltag/Haushalt
- gemeinsamer und offener Austausch
- Dasein/Zuhören
- Akzeptanz/Wertschätzen des Partners (auch der Andersartigkeit)

- Trösten/Aufbauen (in den Arm nehmen/anlehnen können)
- bedürfnisorientiert miteinander umgehen
- anfänglich nicht unterstützt
- an der Paarbeziehung arbeiten (Paartherapie)

Unterfrage 3: „Welchen Stellenwert nimmt die gemeinsame Kommunikation in Eurer Beziehung ein und wie erfolgt sie?“

- fundamentaler/wichtiger Stellenwert für Paarbeziehung
- offene/tolerante/interessierte Kommunikation leben
- Kommunikation erschwert durch neuen Alltag mit Baby
- Weiterentwicklung der Kommunikation
- Kommunikationsbedürfnis unterschiedlich ausgeprägt

Unterfrage 4: „Was war für Euch ganz persönlich nötig, damit Ihr als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen konntet und immer noch könnt?“

- gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung
- Annahme von professioneller Hilfe bzw. Hilfe von außen
- (zeitnahe) Folgeschwangerschaft
- gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung (stärkt Partnerschaft)
- offener Umgang und Kommunikation bzgl. Verlust/Bewältigung
- Beziehungsbasis/gegenseitige Liebe und Interesse/gemeinsames Fundament
- Erzogen, zusammenzuhalten als Familie/Paar

Unterfrage 5: „Was oder wer hat Euch in den letzten Monaten bei der Bewältigung Eurer Trauer unterstützt?“

- Folgeschwangerschaft/nachfolgendes Kind
- PartnerIn und viel gemeinsame Zeit/Kommunikation
- externe Angebote: professionelle Hilfe/individuelle Betreuung/Beratung
- Rituale (Jahrestag feiern/ Erinnerungsstücke/ Friedhofsbesuch/ Erinnerungen werden festhalten)
- Familie
- enges soziales Umfeld (gute Freunde und Nachbarn)
- (Erfahrungs-)Austausch mit anderen Betroffenen
- positiver Umgang mit Ärzten/medizinischem Personal
- kaum jemand/keine Außenstehenden

8.2 Häufigkeitenanalyse der Kategorien

Die in Kapitel 8.2 abgebildeten Tabellen gewähren einen Überblick zur prozentualen Verteilung resp. der Häufigkeiten der gewonnenen Kategorien im jeweiligen Set. Dies beinhaltet die Häufigkeit der Codierungen entsprechend der gebildeten Kategorien. Ergänzend dazu wird die Verteilung der Codes auf alle acht Dokumente dargestellt. Die Darstellung der Werte ist sortiert nach der Häufigkeit des Aufkommens, beginnend mit der am häufigsten codierten Kategorie.

8.2.1 Erste Erhebung

Unterfrage 1: „Welche Umorientierung bzw. welches Umdenken zeigte sich in Eurem Leben, bedingt durch Euren Verlust?“

Tabelle 14. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 1

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
durch Verlust: persönliche Weiterentwicklung/Kraft gewonnen/Kreativität entdeckt	8	13.56	3	37.50
durch Verlust: ver-/bestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl	8	13.56	4	50.00
Bewusstsein/Wertschätzung der eigenen Lebenssituation	7	11.86	5	62.50
vom Druck loslösen: dem eigenen und dem des Umfeldes	6	10.17	2	25.00
durch Verlust: verstärkten Fokus auf Gemeinsamkeiten/Partnerschaft/Familie	5	8.47	3	37.50
keine Veränderung bzgl. PartnerIn oder Prioritäten erkennbar	5	8.47	4	50.00
Rückkehr zu Denk-/Verhaltensweisen vor Verlusterleben	4	6.78	2	25.00
durch Verlust: Änderung der Lebenssituation (Heirat und Kündigung)	4	6.78	1	12.50
in Situation: zeitweise Veränderung im dyadischen Umgang	4	6.78	1	12.50

gefestigter Kinderwunsch	3	5.08	3	37.50
veränderte Kommunikationsmuster: offener und weniger Streitigkeiten	3	5.08	3	37.50
in Situation: Probleme von aussen erscheinen z. T. trivial	2	3.39	2	25.00
DOKUMENTE mit Code(s)			7	87.50
DOKUMENTE ohne Code(s)			1	12.50
GESAMT	59	100	8	100

Das obige Kategoriensystem bildet die von den Eltern beschriebene Umorientierung – ihr Umdenken – im Rahmen des erlebten Verlustes in zusammengefasster, abstrahierter Form ab. Ersichtlich wird hierbei, dass die Eltern auch Prozesse des Umdenkens, der Umorientierung beschreiben, die sie in unmittelbaren Zusammenhang zu ihrem Verlusterleben sehen. Entsprechend der in Tabelle 14 aufgezeigten Häufigkeit der Codierungen werden exemplarisch ein „bestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl“ der Partner (acht Codes in vier Dokumenten) ebenso wie eine empfundene „Weiterentwicklung“ oder auch eine „Kraftgewinnung“ sowie ein „Wiederentdecken der eigenen Kreativität“ in drei Interviews acht Mal benannt. Ein weiterer Aspekt ist das empfundene „Bewusstsein resp. Wertschätzung der eigenen Lebenssituation“ trotz oder vielleicht wegen des Kindstods. Die Nennung wurde insgesamt sieben Mal in fünf Transkripten codiert. Ferner wird anhand der Kategorien erkennbar, dass früh verwaiste Eltern durch den Tod ihres Kindes ihren Fokus hinsichtlich bestimmter Lebenseinstellungen zu verändern scheinen. Beispielhaft hierfür sind die Kategorien: „durch Verlust: verstärkten Fokus auf Gemeinsamkeiten/Partnerschaft/Familie“ sowie „vom Druck loslösen: dem eigenen und dem des Umfelds“. Ergänzend dazu werden die Kündigung des Jobs ebenso wie als Paar den Bund fürs Leben zu schließen benannt. Folglich werden Entscheidungen zugunsten des eigenen Wohls – Was brauche ich? Wer oder was tut mir gut und ist mir wichtig? Auf was kann ich verzichten? – gefällt.

Ein Blick auf die Kategorien zeigt auch, dass das Umdenken nicht immer langfristig anhält; vereinzelt gibt es auch nur zeitweise Veränderungen. Dies lässt sich z. B. anhand der Kategorien „in Situation: zeitweise Veränderung im dyadischen Umgang“, „in Situation: Probleme von außen erscheinen z. T. trivial“ wie auch in der Benennung „Rückkehr zu Denk-/Verhaltensweisen vor Verlusterleben“ erkennen. In vier der geführten Interviews wurde seitens der Gesprächspartner sogar keine Veränderung in Bezug auf den Partner/die Partnerin oder der eigenen Prioritäten vernommen.

Unterfrage 2: „Welches Verhalten Eurer Partnerin/Eures Partners war für Euch besonders wichtig?“

Tabelle 15. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 2

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
gemeinsame, von Offenheit geprägte, Kommunikation	7	18.92	2	25.00
Entschlossenheit/Stärke/Verlässlichkeit	6	16.22	2	25.00
einander unterstützen/"tragen"	6	16.22	3	37.50
gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung	5	13.51	2	25.00
Beziehung wird nicht in Frage gestellt - solide Beziehungsbasis	3	8.11	1	12.50
Organisationstalent	3	8.11	1	12.50
vorwurfsfreier Umgang in der Bewältigung	3	8.11	1	12.50
Reflektion des eigenen Verhaltens und der Situation	2	5.41	1	12.50
gemeinsame "erfolgreiche" Situationsbewältigung	2	5.41	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			5	62.50
DOKUMENTE ohne Code(s)			3	37.50
GESAMT	37	100	8	100

Die Antworten auf die Frage nach den wichtigen Verhaltensweisen der Partner im Verlusterleben zeigen sich nach Tabelle 15 charakteristisch in den folgenden Kategorien: Eine „gemeinsame und von Offenheit geprägte Kommunikation“ wurde mit sieben Nennungen am häufigsten genannt, wenn auch nur in zwei Interviews. Als fast genauso wichtig wurden „einander unterstützen/"tragen““ sowie die „Entschlossenheit/Stärke/Verlässlichkeit“ des Partners benannt. Ein weiterer Aspekt, der fünfmal in zwei Dokumenten zur Sprache kam, ist „gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung“. Alle genannten Verhaltensweisen können sicherlich im Verlauf eines kritischen Lebensereignisses als unterstützend empfunden werden.

Unterfrage 3: „Welchen Stellenwert nimmt Kommunikation in solch einer Situation, aber auch in Eurer Partnerschaft im Allgemeinen ein und wie erfolgt sie?“

Tabelle 16. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 3

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
in Situation: zeitweise dysfunktionale Kommunikation	6	21.43	3	37.50
in Situation: Unterschiede im Kommunikationsbedürfnis	6	21.43	3	37.50
generell hoher Stellenwert	6	21.43	5	62.50
Veränderung in Kommunikation: wesentlichere Inhalte, bedachter, gefühlter	3	10.71	2	25.00
Veränderung der Kommunikation: Quantität nimmt zu	3	10.71	2	25.00
in Situation: hohe organisatorische Kommunikation	1	3.57	1	12.50
in Situation: funktionierende Kommunikation hilfreich	1	3.57	1	12.50
in Situation: Mangel an interessierten Gesprächspartnern	1	3.57	1	12.50
in Situation: "Floskeln" vom engen Umfeld erhalten	1	3.57	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			6	75.00
DOKUMENTE ohne Code(s)			2	25.00
GESAMT	28	100	8	100

In Bezug auf den Stellenwert der Kommunikation waren sich laut Tabelle 16 die befragten Paare einig, dass hier eine hohe Gewichtung vorliegt. Insgesamt wurde der Stellenwert der Kommunikation in fünf Gesprächen als generell hoch eingestuft. Das Ausleben der Kommunikation in der Verlustsituation stellt sich individueller dar. Es zeigt sich, dass in der Situation „Unterschiede im Kommunikationsbedürfnis“ zwischen den Partnern erkennbar werden bis hin zu einer „zeitweisen dysfunktionalen Kommunikation“ (jeweils sechs Codings in drei Transkripten). Ferner kann aus den oben aufgeführten Kategorien die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Kommunikation eine

wichtige Rolle sowohl in der Paarbeziehung der Eltern wie auch im Verlauf des kritischen Lebensereignisses einnimmt. Es wird auch erkennbar, dass die Kommunikation der Eltern im Verlauf ihres Verlustes sowie der Bewältigung hohen Anforderungen ausgesetzt ist. Diese führen mitunter zu einer vorübergehenden Veränderung bzw. Einschränkung der Kommunikationsmuster. Augenscheinlich hält diese Veränderung jedoch nicht fortwährend an. Vielmehr scheint sich die Kommunikation im Verlauf der Bewältigung weiterzuentwickeln, so dass Veränderungen hin zu „wesentlicheren Inhalten“ und einer „bedachter“ wie auch „gefühlter“ wirkenden Kommunikation beschrieben werden. Auch eine „Zunahme der Quantität“ wird bemerkt. Kommunikation nimmt einen sehr wesentlichen wie auch entscheidenden Faktor im Bewältigungsprozess ein. Gleichmaßen gilt Kommunikation als wichtiger Bestandteil einer Partnerschaft.

Unterfrage 4: „Was ist Eurer Meinung nach wichtig (ganz allgemein), damit man als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen kann?“

Tabelle 17. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 4

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
offener Austausch/Umgang miteinander	14	22.95	5	62.50
professionelle Unterstützung	14	22.95	2	25.00
solide funktionierende Beziehungsbasis	8	13.11	2	25.00
Akzeptanz individuellen Verhaltens, ohne Vorwürfe und auf Augenhöhe	7	11.48	4	50.00
gemeinsam/zusammen: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken	6	9.84	4	50.00
Nähe zu- und miteinander sowie gegenseitige Unterstützung	4	6.56	3	37.50
bewusste Entscheidung für PartnerIn/gemeinsame Beziehung	4	6.56	1	12.50
Alltag (er)leben ausserhalb d. PS- im Job, mit Kollegen/Freunde	3	4.92	2	25.00
stabile Persönlichkeiten	1	1.64	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100.00
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0
GESAMT	61	100	8	100

Für die partnerschaftliche Bewältigung des FKT konnten aus dem Interviewmaterial folgende Kategorien generiert werden, die zugleich auch durch eine hohe Codinganzahl ins Auge fallen: „offener Austausch/Umgang miteinander“ (acht Codierungen in fünf Interviews) sowie „professionelle Unterstützung“ (14 Codings in zwei Dokumenten). Wie in Tabelle 17 ersichtlich wird, fallen beide Kategorien durch die Häufigkeit der Erwähnungen im Textmaterial auf, jeweils 14 Mal. Die Codierungen hinsichtlich des offenen Austausches und Umgangs wirken miteinander auf den ersten Blick solider, da diese in fünf Interviewgesprächen¹⁵⁴ Erwähnung finden. Die Kategorie „professionelle

¹⁵⁴ Dies bezieht sich auf den jeweils ausgewählten resp. ausgewerteten Abschnitt eines Interviews und nicht auf das Gesamtmaterial (siehe dazu Mayring, 2015, 2016).

Unterstützung“ kommt lediglich in zwei Transkripten im Rahmen der Unterfrage¹⁵⁵ zur Sprache, wird dafür jedoch stark betont mit 14 Nennungen. Weiterhin wird aus Sicht der Elternpaare gegenseitige Akzeptanz individuellen Verhaltens, ohne Vorwürfe an den Partner zu richten, als wichtig eingestuft (sieben Codes in vier Dokumenten), um gemeinsam solch eine Situation bewältigen zu können. Ebenfalls eine hohe Häufigkeit in vier der acht Dokumente ist bei den elterlichen Aussagen in Bezug auf gemeinsames Durchhalten und das Fällen gemeinsamer Entscheidungen sowie Gemeinsamkeiten im Fühlen und Denken erkennbar und erscheint somit für eine dyadische Bewältigung wichtig. Auch eine solide, funktionierende Beziehungsbasis wird von zwei Paaren im Rahmen der Fragestellung mehrfach angesprochen (acht Codings).

Unterfrage 5: „Wer und was hat Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses geholfen?“

Tabelle 18. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 5

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
professionelle, z. T. individuelle Hilfsangebote	19	42.22	6	75.00
stützendes soziales Umfeld	6	13.33	3	37.50
eigener offensiver Umgang mit Verlusterleben	5	11.11	1	12.50
positive Krankenhaus-/Arzterfahrung	4	8.89	3	37.50
unterstützendes Arbeitsumfeld	4	8.89	2	25.00
unterstützendes familiäres Umfeld	4	8.89	4	50.00
PartnerIn trägt zur Bewältigung bei	3	6.67	2	25.00
DOKUMENTE mit Code(s)			7	87.50
DOKUMENTE ohne Code(s)			1	12.50
GESAMT	45	100	8	100

¹⁵⁵ Das bedeutet nicht, dass die professionelle Unterstützung tatsächlich nur in zwei Dokumenten Erwähnung findet. Schliesslich wird für die Auswertung ein selektiver Abschnitt herangezogen und nicht das gesamte Transkript eines Interviews. Vielmehr kann mit Blick auf das komplette Textmaterial auf den hohen Stellenwert der professionellen Unterstützung aller befragten Paare verwiesen werden.

Als hilfreich im Bewältigungsprozess nannten in Tabelle 18 sechs von sieben Paaren professionelle Hilfsangebote. Die externen Unterstützungsangebote scheinen insgesamt bei den befragten Eltern einen hohen Stellenwert einzunehmen, da der förderliche Aspekt 19 Mal Erwähnung findet. Neben dieser Form der Unterstützung wird zudem ein stützendes soziales wie auch familiäres Umfeld als hilfreich erachtet. Auch zeigen sich positive Erfahrungen im Umgang mit Ärzten sowie Krankenhauspersonal förderlich bei der Verlustbewältigung (vier Codes in drei Dokumenten). Insbesondere für ein Paar stellt ihr eigener offensiver Umgang mit ihrem Verlust einen heilsamen Aspekt dar (fünf Codes). Das Umfeld nimmt demnach auf unterschiedlichen Ebenen starken Einfluss auf den Bewältigungsprozess der Eltern.

8.2.2 Zweite Erhebung

Unterfrage 1: „Welche Veränderungen zeigen sich in Eurer Prioritätensetzung oder auch Lebenseinstellung?“

Tabelle 19. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 1

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
verstärkte Achthabe: was tut mir/uns gut	9	21.95	5	62.50
Priorität: Schwangerschaft/Kind/Familie/Partner	7	17.07	4	50.00
durch Verlust: persönliche Stärkung/Weiterentwicklung im Umgang mit	5	12.20	3	37.50
Beruf und andere (triviale) Probleme treten in Hintergrund	5	12.20	4	50.00
Verlustängste ausgeprägter	4	9.76	3	37.50
Rückkehr zu Prioritäten/Einstellungen vor Verlusterleben	3	7.32	2	25.00
momentane Suche nach eigener Lebenseinstellung bzgl. Mutterschaft	2	4.88	1	12.50
Kinderwunsch hat aktuell abgenommen/nicht mehr vorhanden	2	4.88	1	12.50
Bewusstsein/Dankbarkeit für aktuelle (gute) Lebenssituation	2	4.88	2	25.00
Ängste/Sorgen seit Geburt von 2. (gesunden) Kind "abgewöhnt"	1	2.44	1	12.50
keine merkliche Veränderung	1	2.44	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100.00
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0
GESAMT	41	100	8	100

Ein sehr deutlich auszumachender Fokus in der Prioritätensetzung der 2. Erhebung liegt auf der verstärkten „Achthabe: was tut mir/uns gut“ und ist Tabelle 19 zu entnehmen. Diese Veränderung in der eigenen Lebenseinstellung bemerkten fünf Paare. Eine weitere hoch im Kurs stehende Priorität zeigt sich auf partnerschaftlich-familiärer Ebene. Hier wird die Kategorie „Priorität:

Schwangerschaft/Kind/Familie/Partner“ mit sieben Codes bei der Hälfte der befragten Paare verzeichnet. Durch den verstärkten Fokus auf diesen Lebensbereich tritt ein anderer teilweise in den Hintergrund. So wurde in vier Gesprächen deutlich, dass der Beruf sowie andere trivial erscheinende „Alltags“-Probleme in den Hintergrund treten. Wie bereits in der 1. Erhebung wurde auch in der 2. Erhebung durch das Verlusterleben eine Stärkung oder auch Weiterentwicklung auf persönlicher Ebene von einigen Paaren (Anzahl drei) aufgeführt. Ebenfalls wurde im Rahmen dreier Interviews eine Veränderung hin zu ausgeprägteren Verlustängsten durch die Befragten erkennbar.

Unterfrage 2: „Wie habt Ihr Euch als Paar in den letzten Monaten unterstützt?“

Tabelle 20. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 2

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
generelle/praktische Unterstützung im Alltag/Haushalt	8	22.22	3	37.50
gemeinsamer und offener Austausch	7	19.44	3	37.50
Akzeptanz/Wertschätzen des Partners (auch der Andersartigkeit)	6	16.67	4	50.00
Dasein/Zuhören	5	13.89	4	50.00
Trösten/Aufbauen (in den Arm nehmen/anlehnen können)	3	8.33	3	37.50
bedürfnisorientiert miteinander umgehen	3	8.33	3	37.50
an der Paarbeziehung arbeiten/Paartherapie	2	5.56	1	12.50
anfänglich nicht unterstützt	2	5.56	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			7	87.50
DOKUMENTE ohne Code(s)			1	12.50
GESAMT	36	100	8	100

Auf die Frage wie die gegenseitige Unterstützung der vergangenen Monate erfolgt sei konnten wie in Tabelle 20 ersichtlich vier Kategorien mit höheren Nennungen ausgemacht werden. Demnach zeigte sich folgende partnerschaftliche Unterstützung: „generelle/praktische Unterstützung im Alltag/Haushalt“ (acht Codes, drei Dokumente), „gemeinsamer und offener Austausch“ (sieben Codes, drei Dokumente), „Akzeptanz/Wertschätzung des Partners (auch der Andersartigkeit“ (sechs Codes, vier

Dokumente) sowie „Dasein/Zuhören“ (fünf Codes, vier Dokumente). Neben diesen am häufigsten benannten Aspekten wurden zudem gegenseitiges Trösten bzw. Aufbauen sowie ein bedürfnisorientierter Umgang mit jeweils drei Nennungen unterstützend wahrgenommen.

Unterfrage 3: „Welchen Stellenwert nimmt die gemeinsame Kommunikation in Eurer Beziehung ein und wie erfolgt sie?“

Tabelle 21. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 3

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
fundamentaler/wichtiger Stellenwert für Paarbeziehung	15	51.72	8	100.00
Weiterentwicklung der Kommunikation	5	17.24	2	25.00
offene/tolerante/interessierte Kommunikation leben	5	17.24	5	62.50
Kommunikation erschwert durch neuen Alltag mit Baby	3	10.34	2	25.00
Kommunikationsbedürfnis unterschiedlich ausgeprägt	1	3.45	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0
GESAMT	29	100	8	100

Alle acht Elternpaare schreiben laut Tabelle 21 der gemeinsamen Kommunikation einen fundamentalen bzw. wichtigen Stellenwert innerhalb ihrer Paarbeziehung zu (15 Codierungen). Ferner dominiert bei der Mehrheit der Paare eine offene, tolerante wie auch interessierte Kommunikationsform (fünf Codes in fünf Dokumenten). In jeweils zwei von acht Gesprächen wurde eine Veränderung der Kommunikation wahrgenommen. Einerseits entwickelte sich die Kommunikation weiter (fünf Codierungen), andererseits wurde das „übliche“ Kommunizieren durch den neuen Familienalltag mit eigenem Nachwuchs erschwert (drei Nennungen).

Unterfrage 4: „Was war für Euch ganz persönlich nötig, damit Ihr als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen konntet und immer noch könnt?“

Tabelle 22. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung	9	23.68	5	62.50
Partnerschaft-Basis/gegenseitige Liebe und Interesse/gemeinsames Fundament	8	21.05	4	50.00
gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung (stärkt Partnerschaft)	7	18.42	5	62.50
offener Umgang und Kommunikation bzgl. Verlust/Bewältigung	6	15.79	3	37.50
Annahme professioneller Hilfe/Hilfe von außen	4	10.53	2	25.00
(zeitnahe) Folgeschwangerschaft	3	7.89	2	25.00
erzogen zu Familienzusammenhalt	1	2.63	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0
GESAMT	38	100	8	100

Für die befragten Eltern waren, wie in Tabelle 22 ersichtlich, unter anderem folgende Faktoren notwendig, um solch schwierige Situation miteinander verarbeiten zu können: „gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung“ für einander (neun Codes, fünf Dokumente) ebenso wie „gemeinsame Ziele“ und das Erleben einer „gemeinsamen Bewältigung“ (sieben Codierungen). Letzteres scheint nach Einschätzung der Paare ihre Beziehung gestärkt zu haben. Förderlich für eine gemeinsame Bewältigung ist, so die Befragten, eine vorhandene partnerschaftliche Basis, gegenseitig empfundene Liebe und Interesse am anderen (acht Codes, vier Dokumente). Darüber hinaus spielt ein offener Umgang bzw. Kommunikation über das Verlusterleben und die erlebte Bewältigung eine wichtige Rolle (sechs Codes, drei Dokumente). Eine zeitnahe Folgeschwangerschaft sowie die Annahme professioneller Hilfe wurde in diesem Zusammenhang in zwei Gesprächen betont.

Unterfrage 5: „Was oder wer hat Euch in den letzten Monaten bei der Bewältigung Eurer Trauer unterstützt?“

Tabelle 23. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 5

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
PartnerIn und viel gemeinsame Zeit/Kommunikation	11	20.00	5	62.50
externe Angebote: professionelle Hilfe/individuelle Betreuung	11	20.00	6	75.00
Rituale (Jahrestag feiern/Erinnerungsstücke/Friedhofsbesuch)	8	14.55	3	37.50
Familie	6	10.91	4	50.00
enges soziales Umfeld (gute Freunde und Nachbarn)	6	10.91	2	25.00
Folgeschwangerschaft/nachfolgendes Kind	4	7.27	2	25.00
(Erfahrungs-)Austausch mit anderen Betroffenen	3	5.45	1	12.50
kaum jemand/keine Aussenstehenden	2	3.64	2	25.00
Ärzte/medizinisches Personal	2	3.64	1	12.50
Auslandsaufenthalt	1	1.82	1	12.50
Buch/Film	1	1.82	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0
GESAMT	55	100	8	100

In Bezug auf den unterstützenden Aspekt bei der Bewältigung gibt es laut Tabelle 23 zwei deutliche Favoriten von Seiten der Befragten. In fünf der geführten Interviews kristallisiert sich klar die tragende Rolle des Partners, der gemeinsamen Zeit wie auch Kommunikation für den Bewältigungsprozess heraus (11 Codes). Gleichmaßen hoch (11 Codes) wird auch die externe Unterstützung durch professionelle Hilfe bzw. individuelle Betreuung angesehen. Dieser Faktor wird sogar von sechs Paaren aufgezählt. Eine weitere Unterstützungsfunktion nimmt das soziale Umfeld ein und hier insbesondere die eigene Familie (sechs Codes, vier Dokumente). Rituale bzw. Erinnerungsmomente wurden mit acht Codierungen recht häufig im Zusammenhang mit

einer unterstützenden Funktion beim Coping erwähnt, wenngleich diese nur in drei Interviews zur Sprache kamen.

8.3 Vergleich der Erhebungszeiträume am Beispiel der Kategoriensysteme

Im Folgenden soll ein Vergleich der beiden Erhebungszeiträume anhand einer Gegenüberstellung der fünf Kategoriensysteme aus der jeweiligen Erhebung vorgenommen werden. In der jeweils nachfolgenden Auswertung unterhalb der Tabellen werden vornehmlich die Faktoren mit den häufigsten Nennungen betrachtet.

1. Erhebung/Unterfrage 1: „Welche Umorientierung bzw. welches Umdenken zeigte sich in Eurem Leben, bedingt durch Euren Verlust?“
2. Erhebung/Unterfrage 1: „Welche Veränderungen zeigen sich in Eurer Prioritätensetzung oder auch Lebenseinstellung?“

Tabelle 24. Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 1

Kategorien	C*	D**		Kategorien	C*	D**
durch Verlust: verstärkten Fokus auf Gemeinsamkeiten/ Partnerschaft/Familie	5	3	↔	Priorität: Schwangerschaft/Kind/ Familie/Partner	7	4
durch Verlust: persönliche Weiterentwicklung/ Kraft gewonnen/ Kreativität	8	3	↔	durch Verlust: persönliche Stärkung/ Weiterentwicklung im Umgang miteinander	5	3
Bewusstsein/ Wertschätzung der eigenen Lebenssituation	7	5	↔	Bewusstsein/Dankbarkeit für aktuelle (gute) Lebenssituation	2	2
keine Veränderung bzgl. Partner/ in od. Prioritäten erkennbar	5	4	↔	keine merkliche Veränderung	1	1

gefestigter Kinderwunsch	3	3	→←	Kinderwunsch hat aktuell abgenommen/nicht mehr vorhanden	2	1
Rückkehr zu Denk- /Verhaltensweisen vor Verlusterleben	4	2	↔	Rückkehr zu Prioritäten/Einstellungen vor Verlusterleben	3	2
durch Verlust: ver-/bestärktes Zusammengehörig- keitsgefühl	8	4	↘			
vom Druck lösen: dem eigenen und dem des Umfeldes	6	2	↔	verstärkte Achthabe: was tut mir/uns gut	9	5
durch Verlust: Änderung der Lebenssituation (Heirat und Kündigung)	4	1	↗			
in Situation: Probleme von ausen erscheinen z. T. trivial	2	2	↗	Beruf und andere (triviale) Probleme treten in Hintergrund	5	4
in Situation: zeitweise Veränderung im dyadischen Umgang	4	1		Verlustängste ausgeprägter	4	3
veränderte Kommunikationsmu- ster: offener und weniger Streitigkeiten	3	3		momentane Suche nach eigener Lebenseinstellung bzgl. Mutterschaft	2	1
				Ängste/Sorgen seit Geburt von 2. (gesunden) Kind "abgewöhnt"	1	1

DOKUMENTE mit Code(s)	7	DOKUMENTE mit Code(s)	8
DOKUMENTE ohne Code(s)	1	DOKUMENTE ohne Code(s)	0
GESAMT	59 8	GESAMT	41 8

Anmerkung. * Codes, ** Dokumente

Tabelle 24 gewährt einen Überblick auf die generierten Kategorien hinsichtlich des Umdenkens im Leben oder auch der Prioritätenverschiebung der Betroffenen im Zeitraum der 1. und 2. Erhebung. Bei der Gegenüberstellung beider Kategoriensysteme wird erkennbar, dass bestimmte Inhalte, die in Kategorien verfasst wurden, zu beiden Zeitpunkten eine Rolle für die Paare spielen. So zeigt sich beispielsweise eine Priorisierung des dyadisch-familiären Lebensbereichs, erkennbar an der Kategorie „durch Verlust: verstärkter Fokus auf Gemeinsamkeit/Partnerschaft/Familie“. Ein Umdenken in diesem Lebensbereich wurde während des 1. Erhebungszeitraumes in drei Gesprächen kundgetan und konnte anhand des Textmaterials fünf Mal codiert werden. Demgegenüber steht die Kategorie „Priorität: Schwangerschaft/Kind/Familie/Partner“, die in vier Paargesprächen artikuliert wurde und sieben Codes im Material aufweist. Folglich wird im 2. Erhebungszeitraum diese dyadisch-familiäre Priorität resp. Umorientierung dahingehend von einem zusätzlichen Paar, also vier von acht befragten Paaren beschrieben, im Vergleich zu drei von sieben Paaren im Verlauf der 1. Erhebung. Kritisch anmerken könnte man nun, dass zum 1. Erhebungszeitraum nur sieben Paare zur ausgewählten Thematik befragt wurden und somit eine etwaige steigende Tendenz anhand der Codierungen dadurch relativiert erscheint. Nichtsdestotrotz wird in diesem Lebensbereich eine Veränderung seitens der Paare beobachtet.

Ein weiterer Faktor, der sich in beiden Erhebungen wiederfindet und sich verändert im Leben der Befragten darstellt, ist eine gewonnene persönliche Kraft bzw. Weiterentwicklung bedingt durch das Verlusterleben.¹⁵⁶ Zu beiden Befragungen gaben drei Paare dahingehend Auskunft, wobei im Textmaterial der 1. Erhebung mehr Codierungen (acht Codes) vorgenommen werden konnten als im Material der nachfolgenden Erhebung (fünf Codes).

¹⁵⁶ Der Umstand der persönlichen Weiterentwicklung, d. h. eine solch schwierige Situation vor allem resilient und nicht „nur“ vulnerabel zu bewältigen, ist zutiefst bemerkenswert und gebührt Hochachtung.

Im Vergleich beider Erhebungen ist eine weitere inhaltliche Übereinstimmung im Bereich des Bewusstseins resp. Wertschätzens der eigenen Lebenssituation erkennbar. Ein Unterschied zeigt sich allerdings in den Häufigkeiten. So wurden im 1. Erhebungszeitraum deutlich mehr Nennungen hierfür verzeichnet als im 2. Zeitraum.

Wie bereits im 1. Interview wird auch im 2. Interview von Seiten zweier Paare darauf verwiesen, dass die anfänglich bemerkten Veränderungen bezüglich der Lebenseinstellung sich mit der Zeit wieder in die „alten“ Muster von vor dem Kindstod umkehren.

Anfänglich wurde in vier von sieben Gesprächen geäußert, keine Veränderungen gegenüber dem Partner oder hinsichtlich der Prioritäten zu erkennen. Gleichwohl konnten vielfältige Kategorien in Bezug auf erlebtes Umdenken aus dem Material der 1. Erhebung entwickelt werden. Diesem Aspekt steht eine vereinzelte Aussage aus der 2. Erhebung gegenüber, die den Umstand keiner merklichen Veränderung unterstreicht.

Eine für das Thema Früher Kindstod nicht ganz unerhebliche Veränderung ist im Bereich des Kinderwunsches ersichtlich. In den ersten Gesprächen wurde hier mehrfach (drei Codes in drei Dokumenten) ein gefestigter Kinderwunsch zum Ausdruck gebracht. Im Folgegespräch eines Elternpaares, das bereits zwei Kinder beerdigt hat, stellte sich hingegen die deutliche Entwicklung dar, dass der Kinderwunsch stark abgenommen hatte bzw. aktuell nicht (mehr) existent war.

Ferner können weitere gebildete Kategorien aus den Erhebungszeiträumen gegenübergestellt werden. So zielen bspw. die Kategorien der 1. Erhebung „vom Druck lösen: dem eigenen und dem des Umfeldes“ sowie „durch Verlust: Änderung der Lebenssituation (Heirat und Kündigung)“ inhaltlich auf einen bewusster und selbst gewählten Lebensstil ab. Dieser Umstand kann auch der Kategorie „verstärkte Achthabe: was tut mir/uns gut“ aus der 2. Erhebung zugeschrieben werden. Folglich wird hier eine Veränderung erkennbar, die sich offensichtlich bis zum Zeitraum der 2. Befragung noch weiter vollzogen resp. ausgeweitet hat. Schließlich wird diese Veränderung im 2. Interview von fünf der acht Paare bemerkt.

Ein thematischer Zusammenhang lässt sich überdies von den Kategorien „in Situation: Probleme von außen erscheinen z. T. trivial“ (1. Erhebung) und der Kategorien der 2. Erhebung „Beruf und andere (triviale) Probleme treten in den Hintergrund“ ableiten.

Der Vergleich beider Kategoriensystem verdeutlicht, dass spezifische Themen sich vielfach über den gesamten Bewältigungsprozess erstrecken. Faktoren, die ein Umdenken der Eltern charakterisieren, halten vielfach über Monate an. Möglicherweise manifestieren sich diese Veränderungen aufgrund des erlebten Verlustes auch gänzlich. Ersichtlich wird in Bezug auf die wahrgenommenen Veränderungen, dass sich mitunter

der Ausprägungsgrad wandelt. Vereinzelt Themen wurden zu Beginn der Erhebungen thematisiert und später dann nicht mehr. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die anfänglich artikulierten Aspekte wie bspw. veränderte Kommunikationsmuster oder auch ein verstärktes Zusammengehörigkeitsgefühl später nicht mehr existent sind. Lediglich wurden die Faktoren im 2. Gespräch im besagten Abschnitt nicht benannt. Die Gegenüberstellung beider Sets zur Fragestellung der Umorientierung oder auch Veränderung im Leben der früh verwaisten Eltern macht deutlich, dass sich allein im Befragungszeitraum von max. zwölf Monaten Veränderungen in der Entwicklung der Paare ergeben, sich also eine Entwicklung vollzieht. Womöglich würde eine erneute Befragung zum heutigen Zeitpunkt wieder neue Erkenntnisse hervorbringen.

1. Erhebung/Unterfrage 2: „Welches Verhalten Eurer Partnerin/Eures Partners war für Euch besonders wichtig?“

2. Erhebung/Unterfrage 2: „Wie habt Ihr Euch als Paar in den letzten Monaten unterstützt?“

Tabelle 25. Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 2

Kategorien	C*	D**	Kategorien	C*	D**
gemeinsame, von Offenheit geprägte, Kommunikation	7	2	↔ gemeinsamer und offener Austausch	7	3
gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung	5	2	↔ Akzeptanz/Wertschätzen des Partners (auch der Andersartigkeit)	6	4
einander unterstützen/"tragen"	6	3	↔ generelle/praktische Unterstützung im Alltag/Haushalt	8	3
Entschlossenheit/Stärke/Verlässlichkeit	6	2	Dasein/Zuhören	5	4
Beziehung wird nicht in Frage gestellt - solide Beziehungsbasis	3	1	Trösten/Aufbauen (in den Arm nehmen/anlehnen können)	3	3
Organisationstalent	3	1	bedürfnisorientiert miteinander umgehen	3	3
vorwurfsfreier Umgang in der Bewältigung	3	1	an der Paarbeziehung arbeiten/Paartherapie	2	1

Reflektion des eigenen Verhaltens und der Situation	2	1	anfänglich nicht unterstützt	2	1
gemeinsame "erfolgreiche" Situationsbewältigung	2	1			
DOKUMENTE mit Code(s)		5	DOKUMENTE mit Code(s)		7
DOKUMENTE ohne Code(s)		3	DOKUMENTE ohne Code(s)		1
GESAMT	37	8	GESAMT	36	8

Anmerkung. * Codes, ** Dokumente

Die Frage nach den wichtigen unterstützenden Verhaltensweisen des Partners nach dem Verlust des eigenen Kindes hebt in der Auswertung Verhaltensweisen im partnerschaftlichen Umgang hervor, die auf den ersten Blick nicht unbedingt außergewöhnlich erscheinen. Dennoch scheint gerade dieses eher alltäglich wirkende Verhalten besonders wertvoll im Verlusterleben für die jeweiligen Partner zu sein. Demnach werden laut Tabelle 25 ein gemeinsamer wie auch offener Austausch bzw. Kommunikation, gegenseitige Akzeptanz individueller Verhaltensweisen wie auch eine gegenseitige Unterstützung im Verlauf der Bewältigung als wichtig und unterstützend erlebt. Alle drei genannten Faktoren scheinen im Verlauf sogar noch stärker in den Fokus gerückt zu sein, da die ermittelten Häufigkeiten im 2. Interview einen Anstieg verzeichnen. Die anderen ermittelten Kategorien lassen sich nicht unmittelbar in Beziehung zueinander setzen. Ein Blick auf das Kategoriensystem der 2. Erhebung vermittelt jedoch den Eindruck, dass die dabei berücksichtigten Aussagen der Eltern auf eine stärkere Gefühlsbetontheit oder auch Zugewandtheit abzielen. Drei der übrigen Kategorien weisen auf einen einander zugewandten, den Bedürfnissen der Situation entsprechenden wie auch emotionalen Umgang miteinander hin. Möglicherweise spiegeln sich hier Gefühle – eine Zuneigung – für den Partner wider, die zuvor mit starken Gefühlen der Trauer und dem Fokus auf die eigene Gefühlswelt verdeckt schienen. Diese Inhalte wurden von mehreren Personen im Rahmen der Gespräche (drei bis vier) kommuniziert.

Ein weiterer Blick auf die obigen Sets lässt erkennen, dass fünf übrige Kategorien der 1. Erhebung jeweils nur aus einem Dokument hervorgehen. Dies könnte als Indiz für eine individuelle Einschätzung der partnerschaftlichen Verhaltensweisen gewertet werden. Folglich zeigen sich in dem Bereich keine weiteren Übereinstimmungen mit den anderen befragten Paaren. Die Kategorien aus dem 1. Gespräch können tendenziell eher sachlichen, kopfgesteuerten Verhaltensweisen zugeschrieben werden,

wohingegen die übrigen Kategorien der 2. Erhebung „Dasein/Zuhören“, „Trösten/Aufbauen“, „bedürfnisorientiert miteinander umgehen“ mehr Nähe suggerieren oder auch sogar direkten Einsatz für die Paarbeziehung aufzeigen, wie z. B. durch die Kategorie „an der Paarbeziehung arbeiten/Paartherapie“ ersichtlich wird.

1. Erhebung/Unterfrage 3: „Welchen Stellenwert nimmt Kommunikation in solch einer Situation, aber auch in Eurer Partnerschaft im Allgemeinen ein und wie erfolgt sie?“

2. Erhebung/Unterfrage 3: „Welchen Stellenwert nimmt die gemeinsame Kommunikation in Eurer Beziehung ein und wie erfolgt sie?“

Tabelle 26. Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 3

Kategorien	C*	D**	Kategorien	C*	D**
generell hoher Stellenwert	6	5	fundamentaler/wichtiger ↔ Stellenwert für Paarbeziehung	15	8
in Situation: Unterschiede im Kommunikationsbedürfnis	6	3	Kommunikationsbedürfnis ↔ unterschiedlich ausgeprägt	1	1
in Situation: zeitweise dysfunktionale Kommunikation	6	3	Kommunikation erschwert ↔ durch neuen Alltag mit Baby	3	2
Veränderung in K.: wesentlichere Inhalte, bedachter, gefühlter	3	2	Weiterentwicklung der ↔ Kommunikation	5	2
Veränderung d. K.: Quantität nimmt zu	3	2	offene/tolerante/interessierte Kommunikation leben	5	5
in Situation: hohe organisatorische Kommunikation	1	1			
in Situation: funktionierende Kommunikation hilfreich	1	1			
in Situation: Mangel an interessierten Gesprächspartnern	1	1			

in Situation: „Floskeln“ vom engen Umfeld erhalten	1	1		
DOKUMENTE mit Code(s)	6		DOKUMENTE mit Code(s)	8
DOKUMENTE ohne Code(s)	2		DOKUMENTE ohne Code(s)	0
GESAMT	28	8	GESAMT	29 8

Anmerkung. * Codes, ** Dokumente

Entsprechend der Ergebnisse in Tabelle 26 wurde der Stellenwert der Kommunikation von den Paaren zu beiden Befragungen als sehr wichtig eingestuft. Mit Ausnahme von einem Paar im Verlauf des 1. Interviews sprachen sich alle Eltern ganz explizit für den hohen bzw. fundamentalen Wert der Kommunikation im Rahmen der Verlustbewältigung oder auch in der Paarbeziehung aus. Im Material der 1. Erhebung fanden sich dahingehend sechs Codierungen in fünf von sechs Dokumenten. Für die 2. Erhebung konnte eine deutliche Zunahme der Häufigkeiten verzeichnet werden. Hier haben alle acht befragten Paare die wichtige Rolle der Kommunikation innerhalb ihrer Partnerschaft betont. Dies wird anhand der 15 Codierungen in den jeweiligen Abschnitten der acht Dokumente ersichtlich.

Der Umstand eines unterschiedlich ausgeprägten Kommunikationsbedürfnisses findet sich in beiden Erhebungen wieder. Wobei die Codes aus dem 1. Material mehr Nennungen aufweisen als die Einzelnennung der 2. Erhebung. Aller Wahrscheinlichkeit nach konnten sich die Partner in ihrem Kommunikationsverhalten wieder annähern oder aber der Unterschied besteht weiterhin und nimmt zum aktuellen Befragungszeitraum nicht mehr so viel Raum ein. Basierend auf Beobachtungen während der Erhebung und weiteren Aussagen im Verlauf der Interviews erscheint die erste Vermutung zutreffend.

Im Verlauf der 1. Interviews wurde von den betroffenen Eltern eine vorübergehende Dysfunktion in ihrer gemeinsamen Kommunikation wahrgenommen. Dieser Umstand, allerdings anders „gelagert“, findet sich auch in den 2. Gesprächen wieder. Allerdings geht es hier nicht um ein mögliches aneinander Vorbeireden oder um eine falsche Deutung der partnerschaftlichen Aussagen, sondern vielmehr um den Umstand, dass durch den in der Zwischenzeit geborenen Nachwuchs die elterliche Kommunikation erschwert oder einschränkt wird, da das Kind nun viel Raum einnimmt. Folglich muss erst wieder eine „funktionierende“ oder auch erfüllende Kommunikation im Rahmen der neuen Alltagsstrukturen erarbeitet werden.

Eine inhaltliche Übereinstimmung im Material findet sich in Form einer veränderten bzw. weiterentwickelten Kommunikation. In beiden Erhebungen berichten Eltern davon, wie sich ihre Kommunikation durch das Verlusterleben und auch die Zeit danach verändert hat, sei es in der Art, wie die Kommunikation miteinander erfolgt oder auch worüber miteinander gesprochen wird. Insbesondere die Aussagen beider Paare in der 2. Erhebung zeigen auf, dass die veränderte Kommunikation einen Prozess durchlaufen hat, der durchaus seine Zeit und Mühe gekostet hat, jedoch am Ende positiv von den Paaren bewertet wird.

Die übrigen Kategorien im System der 1. Erhebung verdeutlichen, dass die Kommunikation deutlich von der Verlustsituation geprägt ist. Die gewonnenen Kategorien aus den 2. Gesprächen lassen wieder eine „alltäglichere“ Kommunikation vermuten, ausgerichtet auf Offenheit, Toleranz und Interesse.

1. Erhebung/Unterfrage 4: „Was ist Eurer Meinung nach wichtig (ganz allgemein), damit man als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen kann?“

2. Erhebung/Unterfrage 4: „Was war für Euch ganz persönlich nötig, damit Ihr als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen konntet und immer noch könnt?“

Tabelle 27. Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 4

Kategorien	C*	D**	Kategorien	C*	D**
offener Austausch/Umgang miteinander	14	5	↔ offener Umgang und Kommunikation bzgl. Verlust/Bewältigung	6	3
professionelle Unterstützung	14	2	↔ Annahme professioneller Hilfe/Hilfe von Aussen	4	2
solide funktionierende Beziehungsbasis	8	2	↔ PS-Basis/gegenseitige Liebe und Interesse/gemeinsames Fundament	8	4
gemeinsam/zusammen: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken	6	4	↔ gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung (stärkt PS)	7	5
Akzeptanz individ. Verhaltens, ohne Vorwürfe u. auf Augenhöhe	7	4	↔ gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung	9	5

Nähe zu- und miteinander sowie gegenseitige Unterstützung	4	3	(zeitnahe) Folgeschwangerschaft	3	2
bewusste Entscheidung für PartnerIn/gemeinsame Beziehung	4	1	erzogen zu Familienzusammenhalt	1	1
Alltag (er)leben ausserhalb d. PS- im Job, mit Kollegen/Freunde	3	2			
stabile Persönlichkeiten	1	1			
DOKUMENTE mit Code(s)		8	DOKUMENTE mit Code(s)		8
DOKUMENTE ohne Code(s)		0	DOKUMENTE ohne Code(s)		0
GESAMT	61	8	GESAMT	38	8

Anmerkung. * Codes, ** Dokumente

Bei der Gegenüberstellung der Fragen in Tabelle 27 ergaben sich einige Parallelen in den gewonnenen Kategorien.

Ein „offener Austausch/Umgang miteinander“ konnte im 1. Material vielfach codiert werden (14 Codes in fünf Dokumenten). Dieser Aspekt wird auch in den Gesprächen der 2. Erhebung artikuliert (sechs Codes, drei Dokumente), jedoch zeigen sich hier deutlich weniger Nennung als in der 1. Erhebung.

Auf den hohen Stellenwert der professionellen Unterstützung in der dyadischen Bewältigung machten bereits im 1. Interview zwei Paare aufmerksam. Der hohe Stellenwert für die beiden Paare spiegelte sich in 14 Codierungen wider. Auch in der 2. Erhebung wird auf die professionelle Hilfe aufmerksam gemacht. Erneut sprechen sich hier zwei Paare für diesen Faktor aus, wenngleich sich zu diesem Zeitpunkt die Häufigkeit der Codierungen im Material auf vier Codes reduziert hat.

Ein wichtiger Faktor für die Bewältigung als Paar sehen die Eltern in der Basis ihrer Partnerschaft. Folglich war es für das Durchleben und Verarbeiten ihres Verlustes hilfreich sich auf ein gemeinsames Fundament stützen zu können. Dieser Umstand findet in der 2. Erhebung in doppelt so vielen Dokumenten (vier Stück) Erwähnung wie in der 1. (zwei Dokumente).

Der Aspekt der Gemeinsamkeit wird von der Hälfte und mehr Paaren als notwendig für den dyadischen Copingprozess erachtet. In dem Sinne konnte aus dem 1. Material sechs Codierung für „gemeinsam/zusammen: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken“ ermittelt werden. Anhand des 2. Textmaterials konnte sogar ein leichter Anstieg für die

Kategorie „gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung“ verzeichnet wird. Aus den hier zugrunde liegenden Aussagen geht deutlich hervor, wie wichtig und hilfreich ein gemeinsam beschrittener Weg unter diesen Umständen ist. Selbst wenn das Tempo nicht immer einheitlich sein mag, der Fokus auf das gemeinsame „Durchstehen“ eines solchen Verlustes ist bereits eine große gegenseitige Unterstützung. Einige Paare beobachten durch diese erlebten „Gemeinsamkeit“ eine Stärkung ihrer Partnerschaft. – Der erlebte Verlust schweißt zusammen.

Ein weiterer wichtig befundener Faktor ist die Akzeptanz und das Verständnis für einander. Für beide Erhebungen wurden Kategorien generiert, die auf die bedeutende Funktion von „Akzeptanz individuellen Verhaltens“ oder „gegenseitigem Verständnis und Wertschätzung“ abzielen. Insbesondere in der 2. Erhebung waren sich die Eltern mehrheitlich über den hohen Stellenwert der gegenseitigen Akzeptanz, dem Verständnis wie auch Wertschätzen füreinander trotz Unterschieden in der Bewältigung bewusst (neun Codes in fünf Dokumenten).

1. Erhebung/Unterfrage 5: „Wer und was hat Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses geholfen?“

2. Erhebung/Unterfrage 5: „Was oder wer hat Euch in den letzten Monaten bei der Bewältigung Eurer Trauer unterstützt?“

Tabelle 28. Vergleich 1. und 2. Erhebung, Unterfrage 5

Kategorien	C*	D**	Kategorien	C*	D**
professionelle z. T. individuelle Hilfsangebote	19	6	externe Angebote: professionelle Hilfe/individuelle Betreuung	11	6
stützendes soziales Umfeld	6	3	↔ enges soziales Umfeld (gute Freunde und Nachbarn)	6	2
unterstützendes familiäres Umfeld	4	4	↔ Familie	6	4
PartnerIn trägt zur Bewältigung bei	3	2	↔ PartnerIn und viel gemeinsame Zeit/Kommunikation	11	5
positive Krankenhaus-/Arzterfahrung	4	3	↔ Ärzte/medizinisches Personal	2	1

eigener offensiver Umgang mit Verlusterleben	5	1	Rituale (Jahrestag feiern/Erinnerungsstücke/Friedhofsbesuch)	8	3
unterstützendes Arbeitsumfeld	4	2	Folgeschwangerschaft/nachfolgendes Kind	4	2
			(Erfahrungs-)Austausch mit anderen Betroffenen	3	1
			kaum jemand/keine Aussenstehenden	2	2
			Auslandsaufenthalt	1	1
			Buch/Film	1	1
DOKUMENTE mit Code(s)	7		DOKUMENTE mit Code(s)		8
DOKUMENTE ohne Code(s)		1	DOKUMENTE ohne Code(s)		0
GESAMT	45	8	GESAMT	55	8

Anmerkung. * Codes, ** Dokumente

In der Darstellung der Kategorien in Tabelle 28 zum Thema „Hilfreich bzw. unterstützend im Bewältigungsprozess“ gibt es von Seiten der befragten Eltern einen klaren Favoriten: professionelle Hilfe. Die Kategorie erhielt in der 1. Erhebung in sechs berücksichtigten Dokumenten 19 Nennungen und in der 2. Erhebung ebenfalls in sechs ausgewerteten Dokumenten elf Nennungen. Demnach scheint das Angebot an professioneller Beratung, wie z. B. Treffen der Selbsthilfegruppe, individuelle Beratung und Betreuung durch Experten, das von den Eltern in Anspruch genommen wurde, einen entscheidenden Effekt auf die Bewältigung der Paare gehabt zu haben.

Unterstützend für den Bewältigungsprozess zeigte sich auch das soziale Umfeld der Betroffenen (jeweils sechs Codierungen, drei Dokumente in der 1. Erhebung, zwei Dokumente in der 2. Erhebung).

Neben dem sozialen Umfeld wie Freunden und Nachbarn, waren es vor allem auch die Familien der früh verwaisten Eltern, die als Unterstützung in der schweren Zeit dienten. Hier gab es kaum einen Unterschied im Vergleich der Erhebungen. Jeweils in vier Transkripten fand sich dieser Faktor.

Eine eindeutig tragende Rolle in der Bewältigung wird vor allem im Rahmen der 2. Erhebung dem Partner und der gemeinsamen Zeit bzw. Kommunikation zugeschrieben (11 Codierungen in fünf Transkripten). Eine hilfreiche Funktion wurde dem Partner auch

in der 1. Erhebung zugewiesen, jedoch mit deutlich weniger Nennungen. Lediglich in zwei Gesprächen wurde der Partner als hilfreich im Bewältigungsprozess benannt.

Eine weitere Übereinstimmung in beiden Erhebungen betrifft den Aspekt positiver Erfahrungen mit medizinischem Personal, wobei hier der Fokus auf der 1. Erhebung liegt. Aus den Dokumenten der 1. Erhebung konnte der Hinweis auf eine hilfreiche Funktion in der Bewältigung durch Krankenhauspersonal oder Ärzte in drei Dokumenten ermittelt werden. Für die 2. Erhebung fand sich dieser Vermerk nur noch in einem Dokument.

Aus den dargestellten Ergebnissen lässt sich ableiten, dass dem (unmittelbaren) Umfeld – Partner, Familie, Freunde – der verwaisten Eltern eine entscheidende Rolle im Bewältigungsprozess zugeschrieben werden kann.

8.4 Ergänzende Unterfragen

Das nachfolgende Kapitel gewährt einen Überblick über die Analyse ergänzender Unterfragen, die ferner dem Zweck der Beantwortung der Untersuchungsfragen dienen.

Die mithilfe der Unterfragen ermittelten Kategoriensysteme werden wie bereits in den vorherigen Kapiteln tabellarisch dargestellt und nach Häufigkeiten der Codes ausgewertet. Anschließend wird eine kurze schriftliche Auswertung der in den Tabellen dargestellten Ergebnis vorgenommen, mit Fokus auf den häufigsten Nennungen. Ergänzend dazu werden die Kategorien bemessen an ihren Häufigkeiten weiter interpretiert, basierend auf den Aussagen aus den Interviews, wobei das gesamte Material berücksichtigt wird.

8.4.1 Erste Erhebung

Unterfrage 6/7: „Welche Unterschiede im Trauerverhalten sind Euch aufgefallen? Führt dies zu Missverständnissen/Konflikten?“

Tabelle 29. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 6

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
Unterschiede im zeitlichen Umfang der Trauer (Rückkehr in Alltag/Arbeit)	17	22.97	5	62.50
Unterschiede in Kommunikationsmuster/- bedarf	10	13.51	6	75.00

Hilflosigkeit durch Situation/Partner überfordert als „Helfer“	9	12.16	4	50.00
Bedürfnis allein zu trauern/verdrängen/sich verschliessen	8	10.81	5	62.50
Notwendigkeit professioneller individueller Unterstützung	8	10.81	4	50.00
Ungleichzeitigkeit der Bedürfnisse (Ruhe/Aktivitäten/Trauer-Ausleben)	8	10.81	4	50.00
Unterschiede im emotionalen Empfinden/Ausleben während der Trauer	7	9.46	5	62.50
Unterschiede bzgl. Ansprüchen/Erwartungen an PartnerIn	4	5.41	3	37.50
Bewusstsein geschlechtsspezifischer Bewältigung	3	4.05	2	25.00
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0
GESAMT	74	100	8	100

Im Hinblick auf die Frage „Wie erfolgt die Bewältigung vom Frühen Kindstod?“ gilt ein Interesse auch den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Trauerverhalten. Basierend auf den Aussagen der betroffenen Paare zu diesem Thema in Tabelle 29 konnte das obige Kategoriensystem erstellt werden. Die Häufigkeiten der Codes geben nun Aufschluss über die im Material vorgefundenen Nennungen. Demnach zeigt sich, dass bei mehr als der Hälfte der Befragten ein Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den zeitlichen Umfang der Trauer erkannt wurde (17 Codierungen). In diesem Fall waren es meist die Väter, die schneller den Weg in den Alltag zurück zur Arbeit und den Hobbies fanden als bei den befragten Frauen, wobei hier auch im Sinne der Frau noch der Mutterschutz angeführt werden kann, der diesen die Möglichkeit bietet, länger zuhause zu bleiben.

Ein weiterer mit hohen Nennungen versehener Unterschied findet sich in den Kommunikationsmustern bzw. Kommunikationsbedarf. In sechs Transkripten konnten hierfür 10 Codes generiert werden.

Die Hälfte der Paare erkannte bei sich selbst eine gewisse Hilflosigkeit bedingt durch die Verlustsituation wie auch eine Form der Überforderung. Das sich überfordert fühlen betraf meist einen Partner, der dem anderen helfen wollte, doch nicht wusste wie (neun Codes).

Weitere Kategorien, die unterschiedliches Trauerverhalten zwischen den Partnern aufzeigen und gleichermaßen mit acht Codes im Textmaterial versehen wurden, sind: „Bedürfnis allein zu trauern/verdrängen/sich verschließen“, „Notwendigkeit professioneller individueller Unterstützung“ wie auch „Ungleichzeitigkeit der Bedürfnisse (Ruhe/Aktivitäten/Trauer-Ausleben)“. Insbesondere bei den ersten beiden Kategorien lässt sich eine „geschlechtstypische“ Tendenz erkennen. Während die befragten Mütter meist dahingehend Tendenzen aufzeigten offen und kommunikativ mit ihrer Trauer umzugehen, waren es eher die befragten Väter, die bei sich ein verdrängendes resp. verschließendes Verhalten beobachteten. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Verteilung in der Kategorie „Notwendigkeit professioneller individueller Unterstützung“. Hier waren es ausschließlich die Frauen, die auf eine Unterstützung von außen beharrten. Zum Teil ließen sich die Partner davon überzeugen, zum Teil nahmen die Frauen auch alleine das Hilfsangebot wahr. Hinsichtlich der erlebten Überforderung als „Helfer“ war hier eine Tendenz zum männlichen Geschlecht erkennbar, d. h. die Männer fühlten sich überfordert oder auch hilflos, weil sie ihrer Partnerin in ihrer Trauer gerne helfen wollten, doch nicht wussten wie bzw. es schlichtweg nicht konnten, da sie dafür nicht die richtige Instanz waren.

Ein charakteristischer Unterschied der Geschlechter zeigt sich im emotionalen Ausleben der Trauer. In fünf der geführten Gespräche wurde dieser Aspekt thematisiert. vier Paare berichten von stärkerer oder auch intensiverer Emotionalität seitens der Frau im Trauerprozess. Bei einem Paar war es hingegen der Mann, der stärkere Gefühlsschwankungen erkennen ließ als seine Frau.

Die oben ermittelten Kategorien geben einen Einblick in die Unterschiede der geschlechtlichen Trauer. Hier finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede wie z. B. eine oftmals frühere Rückkehr des Mannes in den Job, genauso wie eine häufig stärker ausgeprägte Emotionalität der Frau. Dennoch zeigen auch die hier befragten Paare nicht nur „klassische“ Geschlechtsunterschiede, wie die ausgeprägteren emotionalen Schwankungen eines Vaters belegen. Ferner befand sich unter den „schnellen“ Jobrückkehrern eine der befragten Mütter, die damit jedoch keine guten Erfahrungen machte. Außerdem konnte bei einem Vater, dessen Aussage hier nicht in die Auswertung einfließt, ein ähnliches Verhalten wie bei der eben beschriebenen Mutter beobachtet werden. Er kehrte bedingt durch den Druck seines Vorgesetzten nach dem Kindsverlust relativ schnell wieder ins Arbeitsleben zurück mit der Folge kurze Zeit später für längere Zeit erneut auszufallen.

Hier zeigt sich exemplarisch, dass jeder Mensch, ganz gleich ob Frau oder Mann, individuell trauert. Dies geschieht nicht immer nach klassischen oder geschlechtsspezifischen Mustern, wenngleich Tendenzen erkennbar sind. Zugleich ist

in diesem Zusammenhang ein Bewusstsein für die möglichen Unterschiede im geschlechtlichen Trauerverhalten hilfreich. Dieses Bewusstsein um geschlechtsspezifische Bewältigung wurde auch von Seiten zweier Paare explizit bestätigt (drei Codes).

Ein weiterer, untersuchenswerter Aspekt bei dieser Thematik ist der Umstand, ob die Unterschiede im Trauerverhalten zu Missverständnissen oder gar Konflikten zwischen den Partnern führten. Die Ergebnisse in Tabelle 30 konnten anhand des Textmaterials ermittelt werden.

Tabelle 30. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 7

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
Unterschiede Anlass für Konflikte	8	57.14	4	50.00
Unterschiede sind anstrengend	4	28.57	1	12.50
Unterschiede nicht konfliktträchtig	2	14.29	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			6	75.00
DOKUMENTE ohne Code(s)			2	25.00
GESAMT	14	100	8	100

Anhand der Transkripte von vier Paaren konnte aufgezeigt werden, dass das verschiedenartige Trauerverhalten Anlass für Konflikte zwischen den Partnern gab (acht Codierungen). Ein weiterer Mann gab an, dass er die Unterschiede im Trauerverhalten zu seiner Frau als anstrengend empfand. Dies mündete jedoch nicht automatisch in konflikthaften Verhalten. Wieder ein anderes Paar berichtet davon, dass die Unterschiede im Trauerverhalten zu keinerlei Spannungen zwischen ihnen führten. Eher wurde gegenteiliges Verhalten sichtbar, d. h. sie rückten näher zusammen.

Unterfrage 8: „Wer oder was hat Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses behindert bzw. es erschwert?“

Tabelle 31. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 8

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
familiäre Verhaltensweisen	9	24.32	3	37.50
Reaktionen aus sozialen/beruflichen Umfeld	8	21.62	4	50.00
Umgang mit Freundeskreis	7	18.92	5	62.50
regionaler Mangel an professioneller Unterstützung	4	10.81	1	12.50
keine substanzielle Beeinträchtigung	3	8.11	2	25.00
verschwiegener Umgang aufgrund Todesursache	3	8.11	1	12.50
eigene Hilflosigkeit/Überforderung spürbar	2	5.41	1	12.50
Verpflichtung gegenüber Job	1	2.70	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			7	87.50
DOKUMENTE ohne Code(s)			1	12.50
GESAMT	37	100	8	100

Dass eine Bewältigung vom Tod des eigenen Kindes nicht einfach ist und durch äußere Umstände erschwert werden kann, liegt auf der Hand. Die in diesem Zusammenhang befragten sieben Paare konnten für sich die in Tabelle 31 kategorisierten Faktoren und Umstände ausmachen, die ihnen in ihrer Bewältigung hinderlich waren. In Bezug auf die Interpretation der ersten drei Kategorien wird erkennbar, dass alle drei dem sozialen Umfeld der Betroffenen zugeschrieben werden können. Demnach sind es vor allem Reaktionen und Verhaltensweisen von Familienangehörigen, Freunden und Arbeitskollegen, die sich negativ auf den Bewältigungsprozess der hier Befragten auswirkten.

Einen weiteren Ansatzpunkt liefert die Kategorie „regionaler Mangel an professioneller Unterstützung“. Eine Mutter bringt mit ihren Aussagen (vier Codes) klar zum Ausdruck, dass der Mangel oder vielmehr ein Nicht-Vorhandensein an Hilfsangeboten in ihrer Region eine Erschwernis für ihre Verlustbewältigung darstellte. Ihr fehlten entscheidende Gesprächspartner, neben ihrem Mann, mit denen sie sich über ihren Verlust hätte austauschen wollen.

Unterfrage 9: „Nach Eurer Einschätzung: Was würdet Ihr Nicht-Betroffenen für ein Gespräch, für den Umgang im Büro oder im Alltag mit Euch als früh verwaiste Eltern mit auf den Weg geben können?“

Tabelle 32. Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 9

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
Raum für Verlusterleben ermöglichen/offen kommunizieren und agieren	18	29.03	5	62.50
Unterstützung, Empathie, Verständnis von Familie/Freunden/Umfeld	12	19.35	5	62.50
vermeiden: Bevormundung, Ignoranz, Schweigen, übertriebenes Interesse	9	14.52	4	50.00
eigene Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen zugeben/ansprechen	8	12.90	3	37.50
normalen Umgang mit Betroffenen pflegen (nicht in Watte packen)	7	11.29	2	25.00
berücksichtigen: Unsicherheit Betroffener gegenüber Umfeld/anderen Schicksalen	5	8.06	3	37.50
„Anerkennung“ der Elternschaft trotz Frühen Kindstod	3	4.84	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			7	87.50
DOKUMENTE ohne Code(s)			1	12.50
GESAMT	62	100	8	100

Das in Tabelle 32 dargestellte Kategoriensystem widmet sich dem Umgang von Nicht-Betroffenen gegenüber Betroffenen. Wie bereits einige Ergebnisse in diesem und dem vorherigen Kapitel erkennen lassen, besteht ein nicht unerheblicher Einfluss der Verhaltensweisen aus dem Umfeld auf die Bewältigung betroffener Eltern. Demnach gilt es zu erkunden, welche Verhaltensweisen aus dem Umfeld von Seiten der Betroffenen in solch einer kritischen Lebenssituation erbeten sind.

Fünf Paare haben sich im Rahmen der 2. Erhebung dazu geäußert, was sie Nicht-Betroffenen für ein Gespräch oder den Umgang im Büro bzw. Alltag mit ihnen als Betroffenen raten würden. Anhand der Aussagen der Eltern stechen u. a. zwei besonders häufig benannte Aspekte hervor. Einerseits gilt der Rat an Nicht-Betroffene: Raum für das Verlusterleben zu ermöglichen und hierbei offen zu kommunizieren wie auch zu agieren (18 Codes, fünf Dokumente). Zugleich äußerten die Betroffenen die

Bitte an das soziale Umfeld, d. h. Familie, Freunde, etc., unterstützend, empathisch und verständnisvoll in solch einer Situation zu reagieren (12 Codes in fünf Dokumenten).

Im Rahmen dieser Frage sprachen sich vier Elternpaare gegen bestimmte Verhaltensweisen aus dem Umfeld aus, die sie als unangenehm oder gar verletzend empfunden haben. Folgendes Verhalten sollte von Seiten des Umfeldes gegenüber früh verwaisten Eltern vermieden werden: Bevormundung, Ignoranz, Schweigen sowie übertriebenes Interesse¹⁵⁷ (acht Codierungen).

Die betroffenen Eltern gaben zudem den Hinweis, dass Nicht-Betroffene ihre eigenen Unsicherheiten im Umgang mit Betroffenen doch zugeben und offen ansprechen mögen (acht Codes, drei Dokumente). Vielfach erlebten die Eltern bereits, dass ein offener Umgang mit der Thematik oder die offen formulierte Aussage von Bekannten „Ich weiß gar nicht, was ich dazu sagen kann. Wie ich damit umgehen kann“, für beide Seiten hinsichtlich der Interaktion hilfreich ist. Auch zeigen die hier Befragten viel Verständnis für die Unsicherheit ihres Umfeldes und meinen, dass es keinen Menschen gibt, der sich in solch einer Situation sicher fühlt. Vielmehr geht der Appell dahin, einander ehrlich und offen, trotz mancher Unsicherheit, zu begegnen, dafür aber umso authentischer.

8.4.2 Zweite Erhebung

Unterfrage 6: „Welche Bewältigungsstrategien waren für Euch hilfreich?“

Tabelle 33. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 6

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
offene Kommunikation/Umgang miteinander und sozialem Umfeld	12	30.00	5	62.50
professionelle Unterstützung suchen/annehmen	9	22.50	5	62.50
Gedenkmomente - Rituale/Grab-/Friedhofsbesuch	4	10.00	1	12.50
auf sich selbst achten - was tut/ist gut in dieser Zeit?	4	10.00	2	25.00
(jeglichen) eigenen Gefühlen Raum geben/nicht aufgeben	3	7.50	2	25.00

¹⁵⁷ Damit ist eine Interessenbekundung gemeint, die künstlich bzw. aufgesetzt wirkt.

erneute Schwangerschaft/nachfolgendes Kind	3	7.50	2	25.00
keine Strategien	2	5.00	2	25.00
Bestätigung/positives Feedback bzgl. eigenem Vorgehen erhalten	1	2.50	1	12.50
Verlust eher mit sich selbst ausmachen	1	2.50	1	12.50
partnerschaftlicher Zusammenhalt	1	2.50	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			6	75.00
DOKUMENTE ohne Code(s)			2	25.00
GESAMT	40	100	8	100

Die in Tabelle 33 am häufigsten genannten Bewältigungsstrategien mit 12 und 9 Codierungen in den jeweiligen Transkripten finden auch in den vorherigen Ergebnissen häufig Erwähnung. Nach hilfreichen Bewältigungsstrategien befragt, antworten fünf der sechs adressierten Paare mit „offene Kommunikation/Umgang miteinander und dem sozialen Umfeld“ und „professionelle Unterstützung suchen und annehmen“.

Die Kategorie „professionelle Hilfe“ zählte bereits in der Auswertung von Unterfrage 5 im Rahmen der 1. und 2. Erhebung zu der am häufigsten codierten Kategorie. Im Kategoriensystem der Unterfrage 4 der 1. Erhebung erhält die Kategorie „professionelle Unterstützung“ ebenfalls 14 Nennungen.

Überdies gab es in den vorherigen Kategoriensystemen bereits mehrfach hohe Nennungen für „offene Kommunikation/Umgang“. Die Sets von Unterfrage 2 weisen jeweils sieben Codes für eine offene Kommunikation bzw. Austausch auf. Generell kann anhand der Kategoriensysteme zur Unterfrage 3 zu beiden Erhebungszeiträumen ein hoher Stellenwert der Kommunikation erkannt werden.

Demnach bestätigen die hier am häufigsten benannten Kategorien zuvor bereits erwähnte wichtige Faktoren im Bewältigungsprozess der befragten Eltern.

Unterfrage 7: „Wie erlebt Ihr heute Euer soziales Umfeld?“

Tabelle 34. Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 7

Kategorien	Codes	% aller Codes	Dokumente	% aller Dok.
Verlusterleben verändert familiären Umgang (meist negativ)	13	20.97	4	50.00
Abgrenzung vs. Akzeptanz vom divergenten Verhalten des sozialen Umfeldes	12	19.35	6	75.00
offener Austausch mit sozialem Umfeld über Verlust (meist positive Reaktion)	10	16.13	5	62.50
Sprachlosigkeit/Unverständnis/Desinteresse von Umfeld bzgl. FKT	7	11.29	4	50.00
Unterstützung und Empathie vom Umfeld (Freude/Sorge/ Anteilnahme)	7	11.29	4	50.00
kaum bis keine Veränderungen der sozialen Kontakte	4	6.45	3	37.50
(wieder) Intensivierung/Zunahme der sozialen Kontakte	3	4.84	2	25.00
Anerkennung vom Umfeld für „gelungene“ Bewältigung	2	3.23	1	12.50
dyadische Stärkung durch divergentes Verhalten aus sozialem Umfeld	2	3.23	1	12.50
guter „Draht“ zu Personen mit kritischen Lebensereignissen	2	3.23	1	12.50
DOKUMENTE mit Code(s)			8	100.00
DOKUMENTE ohne Code(s)			0	0.00
GESAMT	62	100.00	8	100.00

Der Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Bewältigung der Eltern konnte bereits mehrfach anhand von präsentierten Kategorien abgeleitet werden. Auch durch die ermittelten Kategorien der Tabelle 34 wird ersichtlich, dass der Umgang mit dem eigenen Umfeld seine Spuren bei den Paaren hinterlässt. Demzufolge berichten vier Elternpaare während der 2. Erhebung vielfach (13 Codes), dass das erlebte Verlusterleben den Umgang mit ihren Familien verändert hat, meist in negativer Form. Ferner zeigt sich anhand der am zweithäufigsten codierten Kategorie „Abgrenzung vs. Akzeptanz vom

divergenten Verhalten des sozialen Umfeldes“, dass sich hier ein „Dilemma“ für die betroffenen Eltern anbahnt, im Sinne von einer möglichen inneren „Zerrissenheit“. Entweder sie akzeptieren die Unstimmigkeiten bedingt durch das divergente Verhalten ihres Umfeldes oder aber sie grenzen sich ab und gehen vermehrt ihren eigenen Weg. Das ist sicherlich kein einfacher Umstand, insbesondere in einer Lebenssituation wie der hier zugrunde liegenden, wo das Bedürfnis nach Unterstützung durch Familie und Freunde noch stärker sein mag.

Es gibt auch positive Beobachtungen im Umgang mit dem jeweiligen Umfeld. So berichten fünf Paare über einen offenen Austausch mit ihrem sozialen Umfeld über ihr Verlusterleben und erhalten vielfach positives Feedback für diese gelebte Offenheit (10 Codierungen).

Ferner beschreiben 50% der Befragten, dass sie ihr Umfeld aktuell als unterstützend und empathisch wahrnehmen, sowohl in Bezug auf den erlebten Verlust als auch hinsichtlich einer Folgeschwangerschaft.

Ein weiterer Aspekt, der von Betroffenen in ihrem Umfeld beobachtet werden konnte war „Sprachlosigkeit/Unverständnis/Desinteresse bezüglich dem Frühen Kindstod“. Dieser bereitete den Eltern im Bewältigungsprozess Mühe und kostete zusätzlich Kraft (sieben Codes, vier Dokumente).

9 Diskussion

Die Diskussion ermöglicht eine Übersicht über die gewonnenen Ergebnisse¹⁵⁸ aus den qualitativen Befragungen und deren Interpretation im Sinne der leitenden Untersuchungsfragen: „Wie erfolgt die Bewältigung des Frühen Kindstods?“ und „Welche Rolle spielt die Paarbeziehung der Eltern im Bewältigungsprozess?“

Ergänzend wird eine kritische Rückschau das Vorgehen während der Erstellung dieser Dissertation sowie mögliche Grenzen des eigenen forschenden Handelns bzw. des Forschungsansatzes beleuchten. Den Abschluss des 9. Kapitels bildet ein persönliches Fazit.

9.1 Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit der Grundlagenliteratur und exemplarischen Ankerbeispielen

In der Folge werden vereinzelte Aussagen aus der Grundlagenliteratur¹⁵⁹ exemplarischen Ergebnissen aus der empirischen Erhebung gegenübergestellt und interpretiert.

Das 3. Kapitel dieser Arbeit widmet sich dem Thema „Kritische Lebensereignisse und Stress“. Bodenmann (2000) wird hier im Abschnitt 3.2.1 zum dyadischen Umgang in kritischen Lebenssituationen zitiert. Nach Bodenmann (2000) nehmen u. a. „Kommunikationsfertigkeiten“ (S. 194) eine fundamentale Rolle im partnerschaftlichen Coping ein, andererseits verweist er auf „die Kommunikationskompetenz [als] ein[en] Hauptprädiktor für den Verlauf und die Stabilität von Paarbeziehungen“ (S. 194). Dass Kommunikation einen wesentlichen Stellenwert in der Bewältigung des Frühen Kindstodes wie auch generell in der Partnerschaft darstellt, berichten mehrheitlich die befragten Paare. Der fundamentale Stellenwert der Kommunikation resp. eines gemeinsamen, offenen Austausches für die früh verwaisten Eltern kann in den folgenden Tabellen an der hohen Anzahl der Häufigkeiten abgeleitet werden:

- Tabelle 15. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 2. Kategorie: „gemeinsame, von Offenheit geprägte, Kommunikation“*, sieben Codes in zwei von fünf Dokumenten (siehe dazu Seite 155).

¹⁵⁸ In der Diskussion werden vor allem die Ergebnisse berücksichtigt, die innerhalb der Kategoriensysteme mit einer hohen Häufigkeit aufwarten und die die am häufigsten genannten Aspekte im Verlusterleben und Bewältigungsprozess der Befragten subsumieren.

¹⁵⁹ Siehe dazu Kapitel 1 bis 5.

- Tabelle 16. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 3.* Kategorie: „generell hoher Stellenwert“, sechs Codes in fünf von sechs Dokumenten (siehe dazu Seite 156).
- Tabelle 17. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 4.* Kategorie: „offener Austausch/Umgang miteinander“, 14 Codes in fünf von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 158).
- Tabelle 20. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 2.* Kategorie: „gemeinsamer und offener Austausch“, sieben Codes in drei von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 162).
- Tabelle 21. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 3.* Kategorie: „fundamentaler/wichtiger Stellenwert für Paarbeziehung“, 15 Codes in acht von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 163).
- Tabelle 22. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4.* Kategorie: „offener Umgang und Kommunikation bezüglich Verlust/Bewältigung“, sechs Codes in drei von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 164).
- Tabelle 23. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 5.* Kategorie: „PartnerIn und viel gemeinsame Zeit/Kommunikation“, 11 Codes in fünf von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 165).
- Tabelle 33. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 6.* Kategorie: „offene Kommunikation/Umgang miteinander und sozialem Umfeld“, 12 Codes in fünf von sechs Dokumenten (siehe dazu Seite 184).

Ein exemplarisches Beispiel für den hohen Stellenwert der Kommunikation in der Paarbeziehung liefert eine Aussage aus dem 1. Interview mit Nina & Nils:

„is (‘)wichtig [meint Kommunikation] / ohne geht's (‘)nich / ich (‘)finde / dass man ohne keine Probleme LÖSEN (‘)kann / nich so RICHTICH in der (‘)Beziehung / ohne (‘)Kommunikation . man muss (‘)versuchen / sich MITZUTEILEN“ (1007, #00:58:40-6#).¹⁶⁰

Dass Kommunikation als wichtige Unterstützung in der Bewältigung angesehen werden kann, verdeutlicht ein Zitat von Ana & Adrian (2. Erhebung):

„ich (‘)glaube / OHNE dass (‘)einem . das so BEWUSST (‘)ist / aber genau (‘)das / also mir ist das AUCH total WICHTICH als (‘)Unterstützung / sich diesen AUSTAUSCH und das sich UNTERHALTEN und miteinander SPRECHEN / das ist total WICHTICH / dass das DA (‘)is“ (808, #00:45:23-2#).

¹⁶⁰ Siehe dazu: Tabelle 16. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 3* Kategorie: „generell hoher Stellenwert“.

Auch im 2. Interview mit Sara & Simon wird der gemeinsame Dialog resp. Kommunikation als wichtige Bewältigungsstrategie angeführt:

„aber trotz allem hast du ja (‘)gesagt / der DIALOG (‘)war . als er dann wieder STATTFAND #00:16:33-7#

W: Ja #00:16:34-4#

M: Ja / der war #auch# #00:16:35-0#

W: #ja# #00:16:35-0#

M: das eigentlich WICHTIGE #für (‘)uns# #00:16:36-4#

W: #das ja# #00:16:36-4#

M: glaub ich #00:16:36-7#

W: ja / glaub ich (‘)auch #00:16:37-3#“ (174-181)

Ein weiterer Aspekt, der von Bodenmann (2000) untersucht und in der vorgelegten Doktorarbeit in Kapitel 3.4 angeführt wird, handelt von einem Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und der Partnerschaftsqualität. Bodenmann (2000) äußert sich dazu wie folgt: „Es kann vielmehr vermutet werden, dass beim Auftreten von kritischen Lebensereignissen bei einigen Paaren die Kohäsion aufgrund der Not gestärkt und die Zufriedenheit vorübergehend gleich bleibt oder erhöht ist“ (S. 156). Der Begriff der Kohäsion wird als „Bindung an eine Gruppe“ und „Wir‘-Gefühl“ definiert (Online Lexikon der Psychologie, www.spektrum.de).¹⁶¹ Einen weiteren Hinweis dahingehend, dass sich Eltern aufgrund des gemeinsam erlebten Verlustes auf partnerschaftlicher Ebene nähern, findet sich auch in der Literatur von Beutel (2002, S. 142). Verstärktes Wir-Gefühl, Besinnung wie auch Stärkung der Paarbeziehung, alle diese Aspekte finden sich ebenfalls in den ermittelten Kategoriensystemen wieder. Beispielhafte Aussagen der Eltern hierfür enthalten die unten aufgeführten Kategorien:

- Tabelle 14. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 1.* Kategorie: „durch Verlust: ver-/bestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl“, acht Codes in vier von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 153).
- Tabelle 22. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4.* Kategorie: „gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung (stärkt Partnerschaft)“, sieben Codes in fünf von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 164).

Ein Zitat aus dem Interview von Lisa und Leo im 2. Erhebungszeitraum steht exemplarisch für das verstärkte Wir-Gefühl aufgrund des erlebten Verlustes:

„#das# is (‘)einfach .. erlebter Teil ZUSAMMENGESCHWEISST . die Beziehung is INTENSIVER (‘)geworden“ (1561-1562, #01:40:46-6#)¹⁶².

¹⁶¹ Lexikon der Psychologie. Kohäsion. Zugriff am 09.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/kohaesion/7927>

¹⁶² Siehe dazu: Tabelle 22. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4.* Kategorie: „gemeinsame Ziele & gemeinsame Bewältigung (stärkt Partnerschaft)“.

Im Rahmen von Stressbewältigung prägt Bodenmann (2000) die Begrifflichkeit „dyadisches Coping“ (S. 9) und definiert dies als „Form der interpersonellen Belastungsbewältigung“ (Bodenmann, 2001, S. 390). Nach seinem Verständnis verbirgt sich dahinter „einerseits [der] Ausdruck eines egalitären, kollegialen Partnerschaftsverständnisses und andererseits [ein] Zeichen der gemeinsamen Verbundenheit und Achtung füreinander und des Interesses für die Belange des Partners und der Beziehung“ (Bodenmann, 2000, S. 9). Die von Bodenmann (2000, 2001) definierte partnerschaftliche Bewältigung bündelt zahlreiche Faktoren, die von Seiten der Eltern im Verlauf ihres Bewältigungsprozesses als hilfreich und unterstützend betitelt wurden. An dieser Stelle sollen zwei Zitate aus den Interviews die Anwendung des dyadischen Copings beispielhaft verdeutlichen, einerseits hinsichtlich eines „egalitären“ (Bodenmann, 2000, S. 9) Umgangs miteinander und andererseits in Bezug auf eine partnerschaftliche Verbundenheit wie auch „Achtung füreinander“ (Bodenmann, 2000, S. 9):

W: . Und man (')muss ähm mit dem andern auf einer HÖHE (')sein / also es darf nicht (')sein: Der eine (')is / was weiß (')ich / HÖHER gestellt als der andere in der BEZIEHUNG / das funktioniert auch (')nicht #00:52:27-4#

I: Du meinst jetzt auf AUGENHÖHE (')einfach #00:52:28-4#

W: #Genau# #00:52:28-4#

I: #miteinander# (')umgehen? #00:52:29-3#

W: . genau #00:52:30-9#

I: Als GLEICHBERECHTIGTE Partner (')einfach? #00:52:32-6#

M: Mhm (zustimmend) #00:52:32-9#

W: Weil / wenn ich mir VORSTELLE ähm . (')du // ich hab ja jetzt (')mei// meine HOMEPAGE auch bei FACEBOOK als eine (')Seite . und da hat mich dann ne FREUNDIN (')angeschrieben / die ich vor Jahren mal KANNT / die wohnt jetzt in (Signal, #00:52:42-9#) / die hat selber [Anonymisierung] Fehlgeburten GEHABT . und ihr DAMALIGER Partner meinte irgendwie immer (')nur: „Ja / stell dich doch nicht so AN“ #00:52:50-4#

I: (,)Ja / das is (leise) #00:52:51-9#

W: und ich (')so: „Ooh“ . und sie hat es jetzt IMMER noch nicht (')verarbeitet / das is mittlerweile [Anonymisierung] Jahre HER / weil sie sich auch einfach nicht TRAUT #00:52:58-7#

I: (,)Das is dann natürlich BITTER / (')ne? Das is dann ECHT (leise) #00:53:01-6#

W: Und (')deswegen: Man muss auf einer AUGENHÖHE (')sein / das FUNKTIONIERT sonst (')nicht #00:53:04-0# (Dara & Damian, 1. Erhebung, 2745-2756)

und dass sie genauso DA is WIE sie da (')is . AUCH in (')ihrer / das hört sich jetzt so (')an / als wenn sie echt ne durchgeknallte ALTE (')is / das is (')sie . äh #00:07:19-1#

W: #(')Manchmal# #00:07:19-1#

M: #zu# 95 (')Prozent #00:07:20-0#

I: (lacht) #00:07:20-0#

M: der Zeit NICH / (')ja? Das würde ich (')auch / glaub (')ich / nicht (')aushalten / wenn das so WÄR #00:07:24-2#

W: (lacht) #00:07:24-2#

I: (lacht) #00:07:26-0#

M: . ähm . und ich (')glaube / (')der / auch das (')is . das is unabhängig von (Signal, #00:07:32-0#) / dass ich das GEFÜHL (')habe / dass (')ich . dass ich mich total ANGENOMMEN fühle von (')ihr / und zwar TOTAL angenommen fühle von (')ihr / mit (')allem . was mich (')ausmacht / (')mit / und AUCH gerade in den letzten (Signal, #00:07:43-5#) Monaten mit meiner SCHWÄCHE und mit (')der . äh sicherlich beruflich schwierigen (')Situation / in der ich gerade (')stecke / die AUCH äh äh völlig ohne FRAGE in (')unserer . ähm PRIVATLEBEN und in (')unsere .. in unseren BEZIEHUNGSALLTACH Einzug (')findet #00:07:59-5# (Fiona & Frederik, 2. Erhebung, 818-825)

Zu diesem Sachverhalt können außerdem eine Vielzahl von Kategorien aufgeführt werden, die Aspekte des dyadischen Copings beinhalten:

- Tabelle 15. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 2.* Kategorie: „gemeinsame, von Offenheit geprägte, Kommunikation“, sieben Codes in zwei von fünf Dokumenten; Kategorie: „einander unterstützen/tragen“, sechs Codes in drei von fünf Dokumenten; Kategorie: „gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung“, fünf Codes in zwei von fünf Dokumenten; Kategorie: „vorwurfsfreier Umgang in der Bewältigung“, drei Codes in einem von fünf Dokumenten; Kategorie: „gemeinsame ‚erfolgreiche‘ Situationsbewältigung“, zwei Codes in einem von fünf Dokumenten (siehe dazu Seite 155).
- Tabelle 17. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 4* Kategorie: „Akzeptanz individuellen Verhaltens, ohne Vorwürfe und auf Augenhöhe“, sieben Codes in vier von acht Dokumenten; Kategorie: „gemeinsam/zusammen: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken“, sechs Codes in vier von acht Dokumenten; Kategorie: „Nähe zu- und miteinander sowie gegenseitige Unterstützung“, vier Codes in drei von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 158).
- Tabelle 20. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 2* Kategorie: „generelle/praktische Unterstützung im Alltag/Haushalt“, acht Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „gemeinsamer und offener Austausch“, sieben Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „Akzeptanz/Wertschätzung des Partners (auch der Andersartigkeit), sechs Codes in vier von sieben Dokumenten; Kategorie: „Dasein/Zuhören“, fünf Codes in vier von sieben Dokumenten; Kategorie: „Trösten/Aufbauen (in den Arm nehmen/anlehnen können)“, drei Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „bedürfnisorientiert miteinander umgehen“, drei Codes in drei von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 162).
- Tabelle 22. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4* Kategorie: „gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung“, neun Codes in fünf von acht Dokumenten; Kategorie: „gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung (stärkt Partnerschaft)“, sieben Codes in fünf von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 164).

Infolge der Auseinandersetzung mit dem Verlusterleben beschreiben mehrere Interviewpartner eine persönliche Weiterentwicklung und eine stärkere Priorisierung auf partnerschaftlich-familiärer Ebene. Beutel (2002) berichtet ebenfalls von der persönlichen Weiterentwicklung Betroffener wie auch von deutlicheren Lebenszielen (S. 142). Der Aspekt der Weiterentwicklung wird ferner in der Literatur von Kersting (2004, S. 330) wie auch Scheidt und Kollegen (2007, S. 9) erwähnt. Desgleichen beschreibt Lothrop (2001) mögliche Lebensveränderungen wie auch menschliche Entwicklungen im Verlauf der Bewältigung folgendermaßen:

Wir überdenken unsere Lebensvorstellungen und Werte, um am Ende wahrscheinlich zu neuen Überzeugungen und Prioritäten zu kommen. Neue Dimensionen mögen sich uns öffnen. Wenn wir das Potential dieser Phase nutzen und uns bewusst Zeit für diesen tiefen Prozess einräumen, werden wir in der Tat als verwandelte, reifere Menschen aus dieser schlimmen Erfahrung hervorgehen. (S. 171 f.).

Die diesbezüglichen Aussagen der Eltern konnten wie folgt subsumiert werden:

- Tabelle 14. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 1*. Kategorie: „durch Verlust: persönliche Weiterentwicklung/Kraft gewonnen/Kreativität“, acht Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „durch Verlust: verstärkter Fokus auf Gemeinsamkeiten/Partnerschaft/Familie“, fünf Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „durch Verlust: Änderung der Lebenssituation (Heirat und Kündigung)“, vier Codes in einem von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 153).
- Tabelle 19. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 1* Kategorie: „Priorität: Schwangerschaft/Kind/Familie/Partner“, sieben Codes in vier von acht Dokumenten; Kategorie: „durch Verlust: persönliche Stärkung/Weiterentwicklung im Umgang miteinander“, fünf Codes in drei von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 161).

Im gemeinsamen Gespräch der 1. Erhebung äußert sich Frederik zu diesem Aspekt in der Art:

M: . Ich (')hab ähm . (')da äh kommt mir noch ein GEDANKE . das (')gibt . das DURCHLEBT zu (')haben . aus der männlichen Perspektive AUCH / aber ich (')glaube / noch mal MEHR / noch einmal MEHR ähm aus einer (')weiblichen / gibt (')einem . eine größere UNABHÄNGIGKEIT #01:09:20-7#

I: .. (')Inwiefern? #01:09:22-9#

M: Indem man SAGT / und (')das / ich (')weiß / dass das bei dir nen paar Mal so gewesen (')is / (')und . ähm . so unter dem MOTTO: . MÄNNLICHE (')Perspektive / ich hab mein totes KIND in den Armen (')gehalten . und erzähl mir DU nichts vom (')Leben #01:09:40-6#

I: Okay #01:09:40-6#

W: Ja #01:09:41-6#

M: und (')das . is erst mal nen ganz massiver ANGRIFF / aber in manchen Situationen HILFT (')das und gibt einem eine UNGLAUBLICHE (')Unabhängigkeit . wenn man

sich darauf BESINNT . (')ja? Wenn man sich DIESEN Satz vor AUGEN halten (')kann:
„Jetzt erzähl DU mir nichts vom (')Leben . ich hab mein totes KIND in den Armen
(')gehalten“ . (')also / und (')das . ver// verstehst (')du / was ich (')meine? #01:10:03-0#

I: Das bringt noch mal so'n (')bisschen . runter auf die BASIS / (')oder? #01:10:05-6#

M: Ja / genau / das g// (')is . UND das gibt (')einem / das kann einem UNABHÄNGIGKEIT und ungeheuer viel KRAFT (')geben / weil (')man / und deswegen habe ich ja auch (')gesacht: „Ich bin unendlich STOLZ (')auf . auf UNS / dass wir das als PAAR auch GESCHAFFT (')haben“ #01:10:17-2#

I: Ja #01:10:17-2#

M: so / und ich WEISS / wie (')mit ... ICH (')weiß oder wir beide wissen als PAAR und (Signal, #01:10:24-7#) [Fiona] weiß es AUCH / wie wir mit ELEMENTARSTEN KRISEN und elementarster TRAUER umzugehen (')haben . und dass wir das KÖNNEN . und das gibt einem un// und (')das / (')das / (')was . sich dann doch bei mir (lacht) verändert (')hat / das gibt einem unendlich viel KRAFT / (')ja? #01:10:39-9#

I: Ja #01:10:39-9#

M: das gibt einem VIEL mehr Kraft als nen toller ERFOLG / den man im JOB hat oder irgendwas ANDRES . (')ja? #01:10:46-2#

I: Das is ne ganz andere EBENE / (')oder? #01:10:47-1#

M: GENAU / das is viel ELEMENTARER / das (')is .. #01:10:51-4# (Fiona & Frederik, 1. Erhebung, 651-664)

Eine Aussage von Fiona im 2. Interview lässt die verstärkte Priorisierung auf partnerschaftlicher Ebene deutlich erkennen:

das WICHTICHSTE is (Signal, #00:51:18-9#) [Frederik] für mich in meinem (')Leben / das is vielleicht noch mal nen bisschen (')dadurch / DIE Priorität ist vielleicht noch mal nen bisschen GRÖSSER (')geworden (Fiona & Frederik, 2. Erhebung, 661)

Dass die Bewältigung gerade auch im Umgang mit dem sozialen Umfeld für früh verwaiste Eltern herausfordernd und auch enttäuschend sein kann, beschreiben die Eltern in den geführten Gesprächen. In der Literatur von Beutel (2002) finden sich hierzu Schilderungen von Müttern, die „Desinteresse, Verständnislosigkeit von Verwandten, Freunden, Ärzten, Mitpatienten und Kontaktvermeidung“ (S. 134) durch ihr Umfeld erfahren. Durch die qualitative Befragung konnten hierzu die anschließenden Kategorien ermittelt werden, die die erschwerenden Faktoren aufzeigen:

- Tabelle 31. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 8.* Kategorie: „familiäre Verhaltensweisen“, neun Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „Reaktionen aus sozialen/beruflichen Umfeld“, acht Codes in vier von sieben Dokumenten; Kategorie: „Umgang mit Freundeskreis“, sieben Codes in fünf von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 182).

Überdies kann in diesem Zusammenhang eine Kategorie aufgeführt werden, die seitens der Eltern als Appell an ihr Umfeld zu verstehen ist, spezifische Verhaltensweisen gegenüber Betroffenen zu unterbinden:

- Tabelle 32. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 9.* Kategorie: „vermeiden: Bevormundung, Ignoranz, Schweigen, übertriebenes Interesse“, neun Codes in vier von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 183).

Für das Coping nach dem frühen Verlust des eigenen Kindes konnten in verschiedenen Studien protektive Faktoren ermittelt werden. Diese den Bewältigungsprozess begünstigende Sachverhalte sind beispielsweise: soziale Unterstützung (Hori et al., 2002, S. 138; Lothrop, 2001, S. 223; Scheidt et al., 2007, S. 6; Wagner, 2013, 67), das Integriertsein innerhalb eines sozialen Netzwerkes (Lothrop, 2001, S. 166) sowie Unterstützung auf emotionaler Ebene (Beutel, 2002, S. 153), Fürsorge (Beutel, 2002, S. 153) und der Partner (Bergner et al., 2009, S. 65; Beutel, 2002, S. 155; Hori et al., 2002, S. 139 f.). Eine weitere Entlastung in dieser schweren Zeit, auch für die Paarbeziehung, vermag die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bewirken (Beutel, 2002, S. 140).

Die Auswertung der vorliegenden qualitativen Befragung ergibt dahingehend diese beispielhaften Kategorien¹⁶³:

- Tabelle 14. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 1.* Kategorie: „gemeinsame, von Offenheit geprägte, Kommunikation“, sieben Codes in zwei von fünf Dokumenten; Kategorie: „einander unterstützen/'tragen““, sechs Codes in drei von fünf Dokumenten; Kategorie: „gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung“, fünf Codes in zwei von fünf Dokumenten (siehe dazu Seite 153).
- Tabelle 17. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 4* Kategorie: „offener Austausch/Umgang miteinander“, 14 Codes in fünf von acht Dokumenten; Kategorie: „professionelle Unterstützung“, 14 Codes in zwei von acht Dokumenten; Kategorie: „gemeinsam/zusammen: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken“, sechs Codes in vier von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 158).
- Tabelle 18. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 1. Erhebung, Unterfrage 5* Kategorie: „professionelle, z. T. individuelle Hilfsangebote“, 19 Codes in sechs von sieben Dokumenten; Kategorie: „stützendes soziales Umfeld“, sechs Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „unterstützendes familiäres Umfeld“, vier Codes in vier von sieben Dokumenten; Kategorie: „PartnerIn trägt zur Bewältigung bei“, drei

¹⁶³ Einige der hier aufgelisteten Kategorien finden sich zugleich in der Kategorienübersicht zum dyadischen Coping wieder. Die Faktoren Fürsorge und emotionale Unterstützungen sind bei beiden Sachverhalten zutreffend.

Codes in zwei von sieben Dokumenten; Kategorie: „positive Krankenhaus-/Arzterfahrung“, vier Codes in drei von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 159).

- Tabelle 20. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 2* Kategorie: „generelle/praktische Unterstützung im Alltag/Haushalt“, acht Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „gemeinsamer und offener Austausch“, sieben Codes in drei von sieben Dokumenten; Kategorie: „Akzeptanz/Wertschätzung des Partners (auch der Andersartigkeit)“, sechs Codes in vier von sieben Dokumenten; Kategorie: „Dasein/Zuhören“, fünf Codes in vier von sieben Dokumenten; Kategorie: „Trösten/Aufbauen (in den Arm nehmen/anlehnen können)“, drei Codes in drei von sieben Dokumenten (siehe dazu Seite 162).
- Tabelle 22. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 4* Kategorie: „gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung“, neun Codes in fünf von acht Dokumenten; Kategorie: „PS-Basis/gegenseitige Liebe & Interesse/gemeinsames Fundament“, acht Codes in vier von acht Dokumenten; Kategorie: „gemeinsame Ziele und gemeinsame Bewältigung (stärkt PS)“, sieben Codes in fünf von acht Dokumenten; Kategorie: „offener Umgang und Kommunikation bezüglich Verlust/Bewältigung“, sechs Codes in drei von acht Dokumenten; Kategorie: „Annahme professioneller Hilfe/Hilfe von außen“, vier Codes in zwei von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 164).
- Tabelle 23. *Häufigkeiten im Kategoriensystem 2. Erhebung, Unterfrage 5*. Kategorie: „externe Angebote: professionelle Hilfe/individuelle Betreuung“, 11 Codes in sechs von acht Dokumenten; Kategorie: „PartnerIn und viel gemeinsame Kommunikation“, 11 Codes in fünf von acht Dokumenten; Kategorie: „Familie“, sechs Codes in vier von acht Dokumenten; Kategorie: „enges, soziales Umfeld (gute Freunde und Nachbarn)“, sechs Codes in zwei von acht Dokumenten; Kategorie: „Ärzte/medizinisches Personal“, zwei Codes in einem von acht Dokumenten (siehe dazu Seite 165).

Der in Kapitel 9.1 vorgenommene Vergleich exemplarischer Untersuchungsergebnisse mit Studienergebnissen aus der Grundlagenliteratur zeigt vermehrt Parallelen der Daten auf. Folglich können zahlreiche Aussagen der acht Elternpaare dem Studienkorpus im Forschungsfeld Coping sowie Früher Kindstod zugeordnet werden.

9.2 Deutung der Ergebnisse im Sinne der Untersuchungsfragen

Das vorliegende Kapitel widmet sich den gewonnenen Ergebnissen aus den qualitativen Befragungen und deutet diese im Sinne der leitenden Untersuchungsfragen zum Bewältigungsprozess und der Rolle der Partnerschaft in diesem.¹⁶⁴ Hierbei können aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht alle in den Kapiteln 8 und 9 präsentierten Ergebnisse, d. h. nicht jede einzelne Kategorie, Berücksichtigung finden. Lediglich die wesentlichsten und den Untersuchungsfragen dienlichsten Ergebnisse werden herangezogen und gedeutet.

Wie ist es möglich, den Tod eines so innig erwünschten und bereits so sehr geliebten Kindes zu verarbeiten? Im Umgang mit Betroffenen zeigten sich vor allem diese Strategien als wirkungsvoll: Authentizität, Offenheit und Akzeptanz, vor allem hinsichtlich individueller Verhaltensweisen der eigenen wie auch anderer Personen.

Authentizität: Die Freude auf das Baby verwandelt sich von einem Moment zum anderen in einen Schock-Zustand. Die Bewältigung der dabei erlebten Emotionen erfordert ein hohes Maß an Authentizität. Diese braucht es nicht nur in der Trauer, sondern auch darüber hinaus im authentischen Umgang mit dem Partner, der Familie und den Freunden. Die Eltern berichteten davon, dass sie sich durch den Verlust ihres Kindes mit Situationen konfrontiert sahen, auf die sie verständlicherweise nicht vorbereitet sein konnten. Sie berichteten von Veränderungen, die auf sie einwirkten. So zeigten sich bspw. „zeitweise Veränderungen im dyadischen Umgang“, „veränderte Kommunikationsmuster“ und „Änderung der Lebenssituation“, die auch Änderungen bezüglich des „Kinderwunsches“ nach sich zogen. Die Eltern sind in ihrer Trauer auf so vielen Ebenen gefordert zu agieren und zu reagieren. Gleichzeitig berichteten die Paare auch von positiven Veränderungen in ihrem Leben. So erlebten sie mitunter durch den Verlust eine „persönliche Stärkung/Weiterentwicklung im Umgang miteinander“. Sie empfanden eine „Wertschätzung der eigenen Lebenssituation“ oder auch „Dankbarkeit für [die] aktuelle (gute) Lebenssituation“. Die Paare erleben ein „ver-/bestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl“. Diese Empfindungen zeigten sich im Rahmen ihres Bewältigungsprozesses. Auch die Priorisierung der eigenen Bedürfnisse spiegelt die Authentizität der Eltern wider, so z. B. in Bezug auf „Gemeinsamkeiten/ Partnerschaft/

¹⁶⁴ Die Leitfragen lauten wie folgt: „Wie erfolgt die Bewältigung des Frühen Kindstods?“ „Welche Rolle spielt die Paarbeziehung im Bewältigungsprozess?“ Siehe dazu auch Kapitel 6.1.

Familie“ oder auch „Schwangerschaft/ Kind/ Familie/ Partner“ ebenso wie „verstärkte Achthabe: was tut mir/ uns gut“.

Ein weiterer Aspekt im Bewältigungsprozess der Eltern, der Authentizität erfordert, ist die Suche und vor allem Annahme von professioneller Hilfe, sei es in Form von Gruppentreffen, Beratungs- oder auch Therapieangeboten. Das erfordert einen ehrlichen und aufrichtigen Umgang mit sich selbst und dem Eingeständnis Hilfe von außen zu benötigen.

Ferner ist auch Authentizität im Umgang mit unterschiedlichen Verhaltensweisen während der Trauer erforderlich, z. B. unterschiedlicher, gegebenenfalls konträrer Bedürfnisse der Partner hinsichtlich der Kommunikation sowie Art und Weise der Trauer.

Authentizität erfordert auch der Umgang mit dem sozialen Umfeld. Einige Paare beschrieben hier u. a. Situationen, in denen sie sich z. B. „vom Druck loslösen: dem eigenen und dem des Umfeldes“. Andere geben ihre Beobachtungen wieder, wie „familiäre Verhaltensweisen“, „Reaktionen aus dem sozialen/beruflichen Umfeld“ oder auch der „Umgang mit [dem] Freundeskreis“ ihre Bewältigung erschwert hat. Das verlangt den Eltern neben einem authentischen Verhalten auch Akzeptanz und Offenheit ab. Gleichmaßen ist hier von Seiten des Umfeldes eine Authentizität gefragt, nämlich dahingehend die „eigene Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen zugeben/ansprechen“. Die Eltern appellierten in diesem Zusammenhang an ihr Umfeld, die eigenen Fragen und Unsicherheiten ruhig zu kommunizieren, denn nur so sei eine ehrliche, authentische Kommunikation miteinander möglich.

Offenheit. Sich offen über den erlebten Verlust und die damit einhergehenden Gefühle wie auch Gedanken austauschen zu können, sind sehr wesentliche Faktoren im Bewältigungsprozess der Paare. Vielfach wird von den früh verwaisten Eltern Offenheit sowie ein offener Umgang insbesondere miteinander und auch mit dem Umfeld betont. In diesem Zusammenhang konnten zahlreiche Kategorien mit hohen Codierungen versehen werden. Neben gegenseitiger Akzeptanz zählt eine „gemeinsame, von Offenheit geprägte, Kommunikation“ bzw. ein „gemeinsamer und offener Austausch“ zu den wichtigsten, unterstützenden dyadischen Verhaltensweisen. Vielmehr heißt es von Seiten der Paare, dass ein „offener Umgang und Kommunikation bezüglich Verlust/Bewältigung“ erst eine Bewältigung als Paar ermöglicht hat. Zudem wird dargelegt, dass eine „offene/tolerante/interessierte Kommunikation [...]“ in der Paarbeziehung als wichtig erachtet wird.

Ein Aspekt, der stark von einer Offenheit im dyadischen Miteinander beeinflusst wird, sind geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten. Die acht befragten Paare führten zahlreiche Unterschiede im Trauerverhalten auf, die in acht Kategorien

zusammenfasst wurden. Hier sind neben dem Bewusstsein für mögliche Unterschiede in der Bewältigung auch Offenheit und ein gemeinsamer Austausch gefragt, um sich zu verständigen. Ferner verwiesen einige Paare auf den Umstand, dass die geschlechtsspezifischen „Unterschiede Anlass für Konflikte“ zwischen den Partnern waren. Im Sinne einer gelingenden Paarbeziehung und der Wertschätzung einander gegenüber sollte stets der Versuch unternommen werden, einander offen zu begegnen.¹⁶⁵

Nicht nur im Umgang mit dem Partner spielt Offenheit eine tragende Rolle, auch im Kontakt zum Umfeld ist diese von Bedeutung. Demnach bestätigten viele Paare, dass neben dem offenen Umgang miteinander auch der offene Umgang mit dem sozialen Umfeld¹⁶⁶ eine Bewältigungsstrategie für sie darstellt. Doch nicht nur in diesem Zusammenhang wird eine Offenheit seitens der Paare erkennbar, vielmehr zeigen sie diese auch in Bezug auf die Suche und Annahme von externen Hilfsangeboten. Denn um sich einerseits einzugestehen, dass Hilfe nötig ist, und andererseits diese auch in Anspruch zu nehmen, braucht es eine offene Ehrlichkeit sich selbst gegenüber wie auch eine offene Perspektive auf derartige Hilfsangebote. Ferner erfordert auch die Teilnahme an diesen Unterstützungsangeboten, wie z. B. der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, unwahrscheinlich viel Offenheit, da betroffene Eltern hier ihr Innerstes nach außen kehren, indem sie ihre Erlebnisse, ihre Trauer frei mit anderen teilen. Offenbar scheint es allerdings genau diese Möglichkeit der Unterstützung und das Sich-öffnen-Können gegenüber anderen Betroffenen zu sein, das die acht befragten Paare in ihrer Bewältigung schätzen und weiterbringt. Denn professionelle Hilfe resp. Unterstützung findet sich in zahlreichen Kategorien mit hoher Nennung¹⁶⁷ wieder, die als hilfreich im Bewältigungsprozess¹⁶⁸ bezeichnet wurden.

Akzeptanz: Der Faktor Akzeptanz spielt im Setting der Bewältigung eine wesentliche Rolle. Die Eltern werden dabei vor die Herausforderung gestellt, Dinge anzunehmen, die ihnen womöglich missfallen oder die sie sich anders vorgestellt, geschweige denn, gewünscht hätten. Den Verlust sogar des eigenen Kindes annehmen zu können, ist

¹⁶⁵ Dass in solch einer Situation die Toleranzschwelle, die Kommunikation, die Emotionen oder andere Verhaltensweisen oftmals nicht optimal sind, ist völlig normal und nachvollziehbar.

¹⁶⁶ Siehe dazu 2. Erhebung, Unterfrage 6, Kategorie: „offene Kommunikation/Umgang miteinander & sozialem Umfeld“ (12 Codes in fünf von acht Dokumenten).

¹⁶⁷ Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „professionelle Unterstützung“ (14 Codes in zwei von acht Dokumenten); 1. Erhebung, Unterfrage 5, Kategorie: „professionelle, z. T. individuelle Hilfsangebote“ (19 Codes in sechs von sechs Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 5, Kategorie: „externe Angebote: professionelle Hilfe/individuelle Betreuung“ (11 Codes in sechs von sechs Dokumenten).

¹⁶⁸ Siehe dazu: 2. Erhebung, Unterfrage 6, Kategorie: „professionelle Unterstützung suchen/annehmen“ (neun Codes in fünf von sechs Dokumenten).

unvorstellbar schwer. Nichtsdestotrotz findet sich Akzeptanz mehrheitlich ausdrücklich in den Aussagen der Eltern. Die Häufigkeiten in den definierten Kategoriensystemen¹⁶⁹ unterstreichen den hohen Stellenwert der Akzeptanz im Bewältigungsprozess.¹⁷⁰

Schlussendlich ist Akzeptanz ein Bindeglied, das sich durch einen gelungenen Bewältigungsprozess zieht – Akzeptanz in Bezug auf die Situation als solche, Akzeptanz der individuellen dyadischen Verhaltensweisen, Akzeptanz des divergenten Verhaltens aus dem sozialen Umfeld und Akzeptanz der eigenen Gefühle sowie des eigenen Verhaltens (eventuell auch einmal außerhalb der Norm) wie auch der eigenen Unzulänglichkeiten. Ohne Akzeptanz seitens der Betroffenen wie auch des Umfeldes ist die Bewältigung eines derartig kritischen Lebensereignisses nicht möglich. Vor allem auch um der Entwicklung einer pathologischen Trauer entgegenwirken zu können.

Neben den hier benannten drei Faktoren gibt es einen weiteren, der fundamental für die Bewältigung der Eltern in dieser Situation war: der Partner. Wie bereits anhand der vorherigen Abschnitte ersichtlich geworden ist, ist der Partner in der Umsetzung all der aufgeführten Faktoren *Authentizität*, *Offenheit* und *Akzeptanz* inkludiert. Zunächst einmal hat nicht nur ein Elternteil sein Kind verloren, sondern beide. Folglich müssen beide diesen Verlust bewältigen. Unterschiede im weiblichen und männlichen Verhalten sind bekannt und akzeptiert. Nur vermag sich diese Verschiedenartigkeit besonders in einer solch kritischen Lebenssituation herauskristalisieren. Dies erfordert ein hohes Maß an Respekt, Akzeptanz, Offenheit und Geduld von beiden Seiten. Doch neben all den möglichen aufkommenden Unterschieden steht der Partner vor allem für eins: einen geliebten und wertgeschätzten Menschen – ein Weggefährte, ein Vertrauter, ein Freund, ein Unterstützer, ein Beschützer. Gerade all diese Aspekte, die ein Partner in sich vereint, machen ihn als Weg- resp. Leidensgefährten für so eine schwierige

¹⁶⁹ Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 2, Kategorie: „gegenseitige Akzeptanz trotz individueller Trauer/Bewältigung“ (fünf Codes in zwei von fünf Dokumenten); 1. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „Akzeptanz individuellen Verhaltens, ohne Vorwürfe“ (sieben Codes in vier von acht Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 2, Kategorie: „Akzeptanz/Wertschätzung des Partners (auch der Andersartigkeit)“ (sechs Codes in vier von sieben Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „gegenseitiges Verständnis & Wertschätzung“ (neun Codes in fünf von acht Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 7, Kategorie: „Abgrenzung vs. Akzeptanz vom divergenten Verhalten des sozialen Umfeldes“ (12 Codes in sechs von acht Dokumenten).

¹⁷⁰ Vielmehr verweisen die Eltern ausdrücklich darauf, dass es ohne Akzeptanz im Umgang miteinander nicht funktionieren würde.

Lebenssituation derart wertvoll.¹⁷¹ Basierend auf einer soliden Partnerschaft¹⁷² ist eine gemeinsame Bewältigung zu schaffen. Ferner vermag diese sogar noch die Paarbeziehung zu stärken.¹⁷³

Dass der Partner auch für die acht qualitativ befragten Paare eine tragende Rolle im jeweiligen Bewältigungsprozess spielte, wird anhand zahlreicher Aussagen der Eltern erkennbar, in denen die enge Verknüpfung zum Partner als Unterstützer im Bewältigungsprozess aufgezeigt wurde. Exemplarische Kategorien hierfür sind in den Fußnoten 169 bis 171 aufgeführt. Diese umfassen 12 Kategorien mit insgesamt 71 Codes, in denen die wesentliche, unterstützende Rolle des Partners wie auch der gemeinsamen Paarbeziehung in dieser schweren Lebenssituation zum Ausdruck gebracht wurden. Indes kann die partnerschaftliche Unterstützung in Anlehnung an Bodenmann (2000) als dyadisches Coping verstanden werden und ist „einerseits Ausdruck eines egalitären, kollegialen Partnerschaftsverständnisses und andererseits Zeichen der gemeinsamen Verbundenheit und Achtung füreinander und des Interesses für die Belange des Partners und der Beziehung“ (S. 9).

Die Interaktionen der Eltern miteinander sind nicht die Einzigen, die Auswirkungen auf die jeweilige Bewältigung zeigen. Das soziale Umfeld der Betroffenen spielt im Umgang mit dem Verlusterleben ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Paare berichteten in den Gesprächen zum Teil von einem unterstützenden familiären wie auch sozialen Umfeld¹⁷⁴. Zugleich wurden auch völlig konträre Erfahrungen geschildert, z. B. wie

¹⁷¹ Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 2, Kategorie: „einander unterstützen/tragen“ (sechs Codes in drei von fünf Dokumenten); 1. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „gemeinsam/zusammen: durchhalten, entscheiden, fühlen, denken“ (sechs Codes in vier von acht Dokumenten); 1. Erhebung, Unterfrage 5, Kategorie: „PartnerIn trägt zur Bewältigung bei“ (drei Codes in zwei von sieben Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 2, Kategorie: „generelle/praktische Unterstützung im Alltag/Haushalt“ (acht Codes in drei von sieben Dokumenten), Kategorie: „Dasein/Zuhören“ (fünf Codes in vier von sieben Dokumenten), Kategorie: „Trösten/Aufbauen (in den Arm nehmen/anlehnen können)“ (drei Codes in drei von sieben Dokumenten), Kategorie: „bedürfnisorientiert miteinander umgehen“ (drei Codes in drei von sieben Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 5, Kategorie: „PartnerIn & viel gemeinsame Zeit/Kommunikation“ (11 Codes in fünf von acht Dokumenten).

¹⁷² Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 2, Kategorie: „Beziehung wird nicht in Frage gestellt – solide Beziehungsbasis“ (drei Codes in einem von fünf Dokumenten); 1. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „solide funktionierende Beziehungsbasis“ (acht Codes in zwei von acht Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „PS-Basis/gegenseitige Liebe & Interesse/gemeinsames Fundament“ (acht Codes in vier von acht Dokumenten).

¹⁷³ Siehe dazu: 2. Erhebung, Unterfrage 4, Kategorie: „gemeinsame Ziele & gemeinsame Bewältigung (stärkt Partnerschaft)“ (sieben Codes in fünf von acht Dokumenten).

¹⁷⁴ Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 5, Kategorie: „stützendes soziales Umfeld“ (sechs Codes in drei von sieben Dokumenten), Kategorie: „unterstützendes familiäres Umfeld“ (vier Codes in vier von sieben Dokumenten); 2. Erhebung, Unterfrage 5, Kategorie: „enges soziales Umfeld (gute Freunde & Nachbarn)“ (sechs Codes in zwei von acht Dokumenten), Kategorie: „Familie“ (sechs Codes in vier von acht Dokumenten).

diametral und irritierend das Verhalten seitens der Familien und Freunde teilweise erlebt wurde. Die Verhaltensweisen des Umfeldes führten bei einigen Paaren zu einer Erschwernis der notwendigen Bewältigung¹⁷⁵, was wiederum zu Veränderungen im Umgang der Eltern mit ihrem Umfeld führte oder gänzlich die Beziehung zu einander beeinträchtigte¹⁷⁶.

Eine Vielzahl von Faktoren, innere wie auch äußere, wirkt auf die Betroffenen ein. Wenn hier ein Zusammenwirken des Umfeldes, eine gemeinsame Ausrichtung zu Gunsten der Betroffenen fokussiert und bestmöglich umgesetzt werden könnte, wäre das zumindest *eine Leitplanke* auf einem steinigem Pfad. Betroffene Eltern äußerten sich in dieser Hinsicht wie folgt: Ermöglicht Raum für das Verlusterleben; kommuniziert und agiert offen; unterstützt; zeigt Empathie und Verständnis; gebt Unsicherheiten im Umgang mit Betroffenen zu und spricht diese an; vermeidet Bevormundung, Ignoranz, Schweigen¹⁷⁷, übertriebenes Interesse.¹⁷⁸

Das Ansinnen des Kapitels 9.2 war es, mögliche Antworten auf die Fragen nach der Bewältigung des Frühen Kindstodes ebenso wie nach der Rolle der Paarbeziehung in der Bewältigung aufzuzeigen. Die vorgetragenen Aspekte bilden nur Ausschnitte in der Beantwortung dieser Fragen ab. Ferner entsteht das Bild eines komplexen und individuellen Bewältigungsprozesses, der weit mehr als die hier präsentierten Punkte beinhaltet. Zudem handelt es sich bei der hier geschilderten Bewältigung um einen sehr individuellen Prozess. Parallelen im Verhalten mögen vielfach erkennbar sein, sowohl zwischen den Partnern wie auch zwischen Betroffenen an sich, doch es gibt kein einheitliches Bewältigungsschema. Das Coping eines solchen Verlustes erfordert Zeit und kann durch Unterstützung gefördert werden. Hierbei spielt die Paarbeziehung der Eltern eine gewichtige Rolle. Wie anhand der Aussagen aller acht befragten Paare gezeigt werden konnte, nimmt der Partner wie auch der dyadische Umgang in der Bewältigung eine wesentliche Funktion ein. Wenn jedoch die Paarbeziehung auf einem soliden Fundament fußt, sehen die Befragten in dieser Lebenssituation keinen Automatismus für eine Partnerschaftskrise. Es ist wohlgermerkt eine herausfordernde

¹⁷⁵ Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 8, Kategorie: „familiäre Verhaltensweisen“ (neun Codes in drei von sieben Dokumenten), Kategorie: „Reaktionen aus sozialen/beruflichen Umfeld“ (acht Codes in vier von sieben Dokumenten), Kategorie: „Umgang mit Freundeskreis“ (sieben Codes in fünf von sieben Dokumenten).

¹⁷⁶ Siehe dazu: 2. Erhebung, Unterfrage 7, Kategorie: „Verlusterleben verändert familiären Umgang (meist negativ)“ (13 Codes in vier von acht Dokumenten), Kategorie: „Abgrenzung vs. Akzeptanz vom divergenten Verhalten des sozialen Umfeldes“ (12 Codes in sechs von acht Dokumenten).

¹⁷⁷ Siehe dazu auch: 2. Erhebung, Unterfrage 7, Kategorie: „Sprachlosigkeit/Unverständnis/Desinteresse von Umfeld bezüglich Frühen Kindstod“ (sieben Codes in vier von vier Dokumenten).

¹⁷⁸ Siehe dazu: 1. Erhebung, Unterfrage 9, gesamtes Kategoriensystem.

und anspruchsvolle Zeit, doch zugleich können Partner einander Halt schenken, sich vielfach unterstützen wie auch bestärken und Mut spenden. Sie können und sollten den Weg gemeinsam gehen und mitunter erwächst aus dieser gemeinsamen Bewältigung ein bestärktes Wir-Gefühl, wie auch einige Elternpaare selbst erleben durften.

Anhand der präsentierten Ergebnisse wird abschließend sichtbar, dass die drei Verhaltensweisen Authentizität, Offenheit und Akzeptanz sich sowohl auf der individuellen wie auch auf der dyadischen Bewältigungsebene wiederfinden. Für den gelungenen Copingprozess sind eine partnerschaftliche und systemische Unterstützung als auch eine kommunikative Interaktion aller im System befindlichen Akteure relevant. Da die Bewältigung eines so schwerwiegenden Verlustes kaum allein und unabhängig voneinander getragen werden kann. Insbesondere die Paarbeziehung der Eltern nimmt eine tragende Funktion bei der Bewältigung ein, wobei sich eine gefestigte Partnerschaft als solides Fundament für den Bewältigungsprozess erwiesen hat.

9.3 Kritische Rückschau

Die Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe aus Niedersachsen¹⁷⁹ bildet das Fundament dieser Arbeit. Die hierfür befragten Paare können aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe einer spezifischen Klientel Trauernder zugeordnet werden. Denn die Eltern haben sich für einen offenen Umgang mit ihrer Trauer entschieden, indem sie externe Hilfe in Anspruch nahmen. Zugleich kann darin auch eine Reflektiertheit der eigenen Bedürfnisse und ein Bewusstsein für eine in diesem Stadium der Trauer notwendige Unterstützung erkennbar werden. Von Forschungsinteresse wäre demnach weitergehend die Betrachtung von Trauernden, die z. B. keine externen Hilfsangebote annehmen im Vergleich zu der Gruppe, die externe Unterstützung angenommen haben.

Die Arbeit an dem hier vorgestellten Projekt barg mehrere Herausforderungen.

Erstens: Wie in Kapitel 7.2 erwähnt, bestand eine Herausforderung in der *Gewinnung* von ausreichend Gesprächspartnern. Anfänglich schien es unmöglich, genügend Eltern für Interviews finden zu können. Doch mit der Unterstützung der Gruppenleitung und einem mehrfach erfolgten *Aufruf* innerhalb des Newsletters der Gruppe gelang das Vorhaben.

¹⁷⁹ Um die Privatsphäre aller Beteiligten aus der Selbsthilfegruppe zu schützen, wird auf die namentliche Nennung der Gruppe und auf die biographischen Angaben aller Personen verzichtet. Wenngleich alle eine anerkennende Würdigung durch eine explizite Nennung verdient hätten.

Zweitens: In der Vorbereitung auf die qualitativen Befragungen kristallisierte sich heraus, dass die Organisation der Gesprächstermine nicht in der Zeitspanne umgesetzt werden konnte, wie ursprünglich geplant. Ausschlaggebend war hierbei, keinen Druck auf die Eltern auszuüben und den Rahmen der Freiwilligkeit nicht überzustrapazieren. In der Folge ergaben sich Abstände von mehreren Monaten zwischen den Gesprächen, innerhalb wie auch zwischen den Erhebungen. Nichtsdestotrotz stand das Bestreben, für die Terminorganisation wie auch für die gesamte Kommunikation mit den Eltern, einen entspannten, wertschätzenden und bedürfnisorientierten Umgang zu pflegen, im Vordergrund.

Drittens: Im Verlauf der Kontaktaufnahme mit den Eltern, bei der sie meist ihren erlebten Verlust in Kurzform schilderten, wurde ein vielfältiges Spektrum der Verlustarten erkennbar, z. B. Fehlgeburt, Totgeburt, Schwangerschaftsabbruch sowie Säuglingstod, nur Tage oder auch wenige Monate nach der Geburt des Kindes. Der gewonnene Eindruck hinsichtlich der heterogenen Verlustform bestätigte sich in den Interviews. Insbesondere die Gesprächsauswertung der beiden Elternpaare, die ein lebendes Kind gebaren, das später verstarb, erwies sich in diesem Zusammenhang als schwierig. In diesen Fällen flossen neue bzw. andere Sachverhalte in den Copingprozess ein, die bei den anderen Paaren nicht Erwähnung fanden. Für die Generierung der Kategorien war das eine Herausforderung in Bezug auf die Subsumierung und Benennung der Bewältigungsfaktoren, bedingt durch den anderweitigen Blickwinkel der Eltern. Trotz des perspektivischen Unterschiedes sollten diese Interviews auch in die Auswertung eingehen, denn letzten Endes verloren ebenso diese Elternpaare ihre Kinder durch den Frühen Kindstod. Ferner zeigte sich auch anhand weiterer Aspekte die Heterogenität der Befragten. Exemplarisch sind hierfür neben den verschiedenen Todesursachen der Kinder im Rahmen des Frühen Kindstodes Unterschiede im Zurückliegen des erlebten Verlustes und den Verhaltens- wie auch Bewältigungsformen der Eltern, der Partnerschaftskonstellation sowie der Altersstruktur. Beispielhaft im Sinne der Verschiedenartigkeit sind zudem die unterschiedlichen Intervalle zwischen den Gesprächen einzelner Paare, die gegebenenfalls mit abweichenden Phasen des Bewältigungsprozesses einhergehen können. Es könnte auch von Interesse sein, eine weiterführende Untersuchung über den differenzierten Datenbestand bzw. die Zusammensetzung der Gruppe vorzunehmen.

Viertens: Die Generierung des umfangreichen Datenmaterials gestaltete sich schwierig. Die Interviews fielen zeitlich sehr viel länger aus als geplant, so dass eine alleinige Transkription des gesamten Audiomaterials durch die Interviewerin nicht möglich erschien. Um die persönlichen Gesprächsdaten durch ein externes Schreibbüro transkribieren lassen zu können, war es notwendig, vorweg die Erlaubnis der Eltern

einzuholen. Alle Paare erteilten dankenswerterweise ihr Einverständnis. Bevor jedoch die externe Transkription vorgenommen werden konnte, war eine Anonymisierung aller Audiodateien durch die Interviewerin vorzunehmen. An sich war eine externe Transkription mit vorheriger Anonymisierung des Datenmaterials nicht vorgesehen, weder zeitlich noch monetär. Letztlich war es jedoch eine große und wertvolle Unterstützung. Nach persönlichem Ermessen wäre das eigenständige Transkribieren in diesem Umfang nicht leistbar gewesen. Schlussendlich waren Transkripte im Umfang von beinahe 1600 Seiten erstellt worden. Die umfangreiche Datenlage war sicherlich ein positiver Aspekt, doch die damit einhergehende Auswertung ließ einen großen Umfang resp. Aufwand und demnach erneute Herausforderungen erwarten. Eine Datenmenge in der Form konnte nur durch die Anwendung einer zusammenfassenden Analyse als Einzelperson bewältigt werden. Demnach schien die selektive Vorgehensweise nach Mayrings *Qualitativer Inhaltsanalyse* günstig für die Auswertung. Im Verlauf dieser bzw. bei der Kategorienerstellung des selektiv ausgewählten Materials wurde ersichtlich, wie viele wertvolle Inhalte dabei unberücksichtigt bleiben würden. Vielfach fanden sich zahlreiche Nennungen zu den jeweiligen thematischen Aspekten im weiteren Transkriptmaterial, die nicht den spezifisch ausgewählten Abschnitten zugeordnet werden konnten. Das war schmerzhaft, wenn die Ausgangslage der Datengewinnung und das Zeitinvestment hierbei betrachtet wird. Andererseits wäre nach eigener Einschätzung keine andere Form der Analyse in Frage gekommen und auch nicht bewältigbar gewesen.

Fünftens: Bei der Bearbeitung der Transkripte für die Kategorienbildung zeichnete sich ab, dass die Befragungen seitens der Interviewerin hätten besser strukturiert werden müssen. Exemplarisch hierfür waren Situationen, in den die Eltern zunächst auf das Thema der gestellten Frage eingingen, dann jedoch immer wieder in verschiedenste Themen abschweiften, die häufig keinen Zusammenhang zur vormaligen Fragestellung aufwiesen. Hier hätte die Interviewerin behutsam einlenken können, mit einer Nachfrage oder einem Hinweis, und so das Gespräch zurück zur Frage lenken können. Ferner fiel ins Auge, dass spezifische Fragestellungen, die für die Auswertung sachdienlich waren, nicht in allen der geführten Interviews thematisiert wurden. In dieser Situation wäre ebenfalls eine stärker strukturierte Vorgehensweise hilfreich gewesen. Es hätte sich ein vollständigeres Bild bei der Kategorienbildung ergeben können, wenn in allen ausgewerteten Dokumenten die jeweils spezifischen Thematiken adressiert worden wären. Grundsätzlich wäre es bei einigen Aspekten sinnvoll gewesen, nochmals nachzufragen, um eine umfassendere Antwort zu erhalten. Doch das geschah in der damaligen Situation ganz bewusst nicht, da die Interviewerin Bedenken hegte, die Gesprächsatmosphäre durch vermehrtes Nachfragen oder stärkere Strukturierung

negativ zu beeinflussen. Im Nachhinein gilt es dies kritisch zu hinterfragen. So wird bspw. im therapeutischen Setting eine strukturierte Gesprächsführung angewandt, die nicht negativ belegt ist. Grundsätzlich sind beide Settings nicht miteinander zu vergleichen, wenngleich die Vorteile einer strukturierten Gesprächsführung u. a. hinsichtlich der Gewinnung von Informationen und dem Einhalten eines zeitlichen Rahmens auf der Hand liegen. Sofern die Befragten während der Interviews empathisch wie auch respektvoll adressiert werden und der Redefluss der Gesprächspartner nicht abrupt beendet wird, wäre ein stärkeres Einlenken durch die Interviewerin im Sinn einer strukturierten Gesprächsführung durchaus denkbar und sachdienlich gewesen. Ergänzend dazu wurden während der Interviews Fragestellungen unterschiedlich formuliert. Teilweise flossen sogar mögliche Aspekte für eine Antwort bereits in die Fragestellung seitens der Interviewerin ein. Die Vorgehensweise war ungünstig, dadurch wurde bereits eine gewisse *Beeinflussung* vorgenommen, wenn auch unbewusst. Insbesondere bei der Generierung der Kategorien zeigte sich nun, dass Antworten der Befragten zu einem Themenkomplex bedingt durch die Gesprächsführung unterschiedlich nuanciert waren, sodass eine entsprechend vorzunehmende Zuordnung im Kategoriensystem außerordentlich schwierig war. Folglich wäre abermals eine bewusstere und besser strukturierte Herangehensweise von Vorteil gewesen.

Sechstens: Eine weitere prägnante, charakteristische Herausforderung im Arbeitsprozess ergab sich bei der Erstellung der Kategoriensysteme. Die anfänglich aufgestellten Kategorien waren nah am Textmaterial formuliert, was mit einer unwahrscheinlichen Kleinteiligkeit, zahlreichen Einzelnennungen und in der Folge mit einer nahezu unüberschaubaren Anzahl an Kategorien einherging. Das erforderte mehrere Überarbeitungen¹⁸⁰ der Kategoriensysteme sowie jeweilige Erhöhungen des Abstraktionsniveaus, um die Inhalte in übersichtlichen Sets abbilden zu können. Oftmals war eine klare Abgrenzung der Kategorien untereinander innerhalb eines Systems sehr schwierig. Die von den Eltern benannten Faktoren schienen gelegentlich miteinander zu verschwimmen, da das Verlusterleben wie auch das Coping äußerst persönlich und individuell beschrieben worden war. Faktoren ähnelten oder überlagerten sich teilweise. Das verkomplizierte die inhaltliche Flankierung der Sachverhalte bzw. Generierung der Kategorien. Das Vorgehen in diesem Arbeitsabschnitt zählte vermutlich mit zu den größten Herausforderungen im Verlauf der Untersuchung, da der Fokus auf einer möglichst nah am Material orientierten und somit unverfälschten Ergebnispräsentation lag. Ferner kann in diesem Zusammenhang das eigene unsicher erscheinende

¹⁸⁰ Für die Überarbeitung der Kategoriensysteme wurde Feedback im Sinne einer kritischen Hinterfragung aus dem familiären Umfeld der Verfasserin eingeholt.

methodische Vorgehen kritisch beleuchtet werden. Hierdurch wurde einerseits der Arbeitsfluss zeitweise ausbremst und andererseits erforderte dies gerade zu Beginn umfangreiche Korrekturen bei der Kategorisierung.¹⁸¹ Durch eine vertiefte und sichere Methodenkenntnis hätte dieser Umstand vermieden und somit viel Zeit wie auch Nerven eingespart werden können.

Abschließend soll neben all den kritisch erwähnten Punkten dennoch betont werden, wie wertvoll und bereichernd die Arbeit mit allen Beteiligten und dem Thema erlebt wurde.

9.4 Persönliches Fazit

Dem Frühen Kindstod sollte in unserer Gesellschaft deutlich mehr Beachtung geschenkt werden, da er häufiger auftritt als oftmals vermutet. Es ist kein leichtes und doch ein sehr wichtiges Thema. Die Auseinandersetzung mit diesem kritischen Lebensereignis hat tiefgehende Einblicke und Erfahrungen ermöglicht.

Der in der Gesellschaft tabuisierte Umgang mit dem Frühen Kindstod sorgt für unnötige Berührungängste. Die eigens im Rahmen dieser Untersuchung entstandenen Wahrnehmungen zeigen, dass sich niemand vor der direkten Kontaktaufnahme mit früh verwaisten Eltern und dem konkreten Ansprechen des Verlustes *fürchten* sollte. Viele Eltern fühlen sich aufgrund ihres Verlustes bereits stigmatisiert und von ihrem Umfeld ausgeschlossen oder gar isoliert. Hier ist es gut auf Menschen zu treffen, die Empathie bzw. Mitgefühl zeigen, sich der Situation öffnen und deutlich machen „Ihr seid uns wichtig“, anstatt sich aus Angst, Scheu, Unwissenheit oder gar Unverständnis abzuwenden. Sollten womöglich nicht die *richtigen* Worte im Umgang mit betroffenen Familienangehörigen, Freunden, Bekannten oder Kollegen in einer Situation fallen, werden die Eltern dies zum Ausdruck bringen. Offene Kommunikation miteinander und Akzeptanz des Gegenübers können gerade in schwierigen Lebenssituationen Brücken schlagen und förderlich für die Bewältigung sein. Ferner sollte im Umgang mit betroffenen Eltern ein verstärkter Fokus auf Unterstützung, Wertschätzung und Akzeptanz gelegt, wie bereits zuvor pointiert, und ihnen nicht mit stigmatisierenden Verhaltensweisen begegnet werden.

Die Unplanbarkeit des Lebens zeigt sich deutlich in diesem sensiblen Thema. Das Urvertrauen ins Leben wird oftmals durch den Frühen Kindstod massiv erschüttert. Dies zu bewältigen, erfordert persönliche Ressourcen, eine feste Verankerung im sozialen

¹⁸¹ In Bezug auf die methodischen Unsicherheiten wurde von Seiten der Verfasserin der Austausch mit einer anderen Doktorandin gesucht, welche ebenfalls die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring in ihrer Arbeit anwendet.

Umfeld und vor allem auch ein solides partnerschaftliches Fundament. In Bezug auf die persönlichen Ressourcen kann hier beispielhaft die Kommunikationsfähigkeit benannt werden. Die Untersuchungsergebnisse schreiben der Kommunikation im Allgemeinen wie auch mit dem Partner und dem Umfeld eine wesentliche Rolle als förderlicher Faktor im Bewältigungsprozess zu.

Durch die Ergebnisse der qualitativen Befragung kann nun eine These zum Sachverhalt wie folgt generiert werden: Die Bewältigung des Frühen Kindstods bildet einen komplexen, überaus individuell-persönlichen Prozess ab, der maßgeblich von dyadischen und kommunikativen Faktoren des elterlichen Systems beeinflusst wird. Ein erster Eindruck dahingehend zeigte sich bereits nach dem Literaturstudium und verfestigte sich zunehmend durch die Interaktion mit den betroffenen Eltern. Schlussendlich untermauern die nun vorliegenden Ergebnisse die vormals hypothetischen Annahmen.

Grundlegend kann festgehalten werden, dass der Bereich des Frühen Kindstodes weiterführender Forschung bedarf, bei der insbesondere die Interaktion der Systeme mit den Eltern im Fokus stehen sollte. So könnte beispielsweise eine Untersuchung, die sich den empfehlenden Umgangsformen medizinischer, betreuender, seelsorgerlicher sowie beratender Fachexperten gegenüber früh verwaisten Eltern und der Wahrnehmung von förderlichen sowie erschwerenden Arbeitsstrukturen in diesem Bereich widmet, ein wertvoller Zugewinn sein und gleichermaßen als Orientierungshilfe für den Fachbereich dienen.

Ferner benötigt es weitere Untersuchungen zu den systemischen Parametern Partner, familiäres, soziales und kollegiales Umfeld. Hier wäre der Aspekt der Befähigung aller interagierender Personen zu einem empathischen, unterstützenden sowie respektvollen Umgang außerordentlich wertvoll. Denn wie die Untersuchungsergebnisse belegen, rühren aus dem System der Eltern vielfach erschwerende Faktoren für die Bewältigung des Kindsverlustes.

Summa summarum gilt die Ermutigung, offen und bedürfnisorientiert mit Betroffenen zu kommunizieren und interagieren.

Mein tief empfundener Dank gilt allen Gesprächspartnern für den offenen Austausch, das entgegengebrachte Vertrauen, die Unterstützung und wertvolle, lehrreiche, gemeinsame Zeit.

10 Literaturverzeichnis

Ackermann, E. (1997). Psychosoziale Begleitung bei Schwangerschaftskomplikationen und Verlusterlebnissen. Ansatzpunkte und Ziele pädagogischer Maßnahmen in der Klinik. In E. Bauer, M. Braun, U. Hauffe & M. Kastendieck (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1996. Erotik, Lebensübergänge, Strukturen, Organverlust* (S. 265-268). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Asendorpf, J. & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung*. Bern: Hans Huber.

Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (4), 245-256.

Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. & Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (4), 193.

Barnett, W., Freudenberg, N. & Wille, R. (1992). Partnership after induced abortion: A prospective controlled study. *Archives of Sexual Behavior*, 21 (5), 443-455.

Bechmann, U., Beinroth, R. & Schmitz, U. (2000). Krisenhafte Situation. In S. Koerner & U. Wohlfart (Hrsg.), *Beziehungen gestalten. Arbeitshilfen für die Bildungs- und Beratungspraxis* (1. Aufl., S. 270-302). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.

Behringer, J., Reiner, I. & Spangler, G. (2012). Mütterliche Bindungsrepräsentation, Paarbindung und Elternverhalten. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2., überarbeitete und ergänzte Aufl., S. 319-354). Bern: Hans Huber.

Bergant, A. (2001). Psychosomatik des rezidivierenden Spontanabortes. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 98-104). Regensburg: S. Roderer.

Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F. & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (2), 105-113.

- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F. & Rauchfuß, M. (2009). Trauer, Bewältigung und subjektive Ursachenzuschreibungen nach Frühaborten: Adaptivität von Verarbeitungsmustern untersucht in einer Längsschnittstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59 (2), 57-67.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Rad, M. v. & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (3), 245-253.
- Beutel, M., Arenz, S. & Weiner, H. (1997). Verarbeitung des Plötzlichen Kindstods in Partnerschaft, Familie und Selbsthilfegruppe. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 145, 626-632.
- Beutel, M. E. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2001). Prävention von Partnerschaftsproblemen: Die Rolle von Stress und seiner Bewältigung. In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (S. 385-404). Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2005). *Beziehungskrisen erkennen, verstehen und bewältigen* (2., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2011). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen* (4., überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2013). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie* (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Boyle, F. M., Vance, J. C., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: prevalence and patterns of distress among mothers. *Social Science and Medicine*, 43 (8), 1273-1282.
- Chu, V. (1995). *Liebe, Treue und Verrat. Von der Schwierigkeit, sich selbst und dem Partner treu zu sein*. München: Kösel.
- Conway, K. & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 531-545.

Deckardt, R., Beutel, M. & Schaudig, K. (1994). Psychische Langzeitfolgen nach Spontanabort: Helfen medizinische Betreuung, neuerliche Schwangerschaft und Entbindung wirklich bei der Trauerverarbeitung? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 54, 347-354.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (Hrsg.). (2016). Richtlinien zur Manuskriptgestaltung (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27 (2), 143-165. <https://doi.org/10.1080/07481180302892>

Ehlert, U. (2004). Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. *Psychotherapeut*, 49, 367-376.

Feeley, N. & Gottlieb, L. N. (1988-89). Parents' coping and communication following their infant's death. *Omega*, 19 (1), 51-67.

Filipp, S.-H. (Hrsg.). (1995). *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Filipp, S.-H. (1995a). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 3-52). Weinheim: Beltz PVU.

Filipp, S.-H. (1995b). Lebensereignisforschung – eine Bilanz. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 293-326). Weinheim: Beltz PVU.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gräser, H., Esser, H. & Saile H. (1995). Einschätzung von Lebensereignissen und ihren Auswirkungen. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 104-122). Weinheim: Beltz PVU.

Hahlweg, K. & Baucom, D. H. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung*. Göttingen: Hogrefe.

Heun, M. (2000). Partnerschaft und Kinder. In S. Koerner & U. Wohlfart (Hrsg.), *Beziehungen gestalten. Arbeitshilfen für die Bildungs- und Beratungspraxis* (1. Aufl., S. 217-236). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.

- Hori, S., Nakano, Y., Yamada, A., Azuma, H., Noda, Y., Sugiura, M., Aoki, K., Kitamura, T. & Furukawa T. A. (2002). Personality, social support, coping and emotional distress after repeated spontaneous abortions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23, 133-140.
- Hughes, P. & Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 15 (2), 107-111. <https://doi.org/10.1097/00001703-200304000-00004>
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. & Evans, C.D. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet*, 360 (9327), 114-118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09410-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09410-2)
- Hunfeld, J. A. M., Wladimiroff, J. M. & Passchier, J. (1997). Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: a follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 70 (1), 85-91. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01888.x>
- Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J., de Graauw, K. P. H. M. & Hoogduin, K. A. L. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry*, 54 (1), 56–61. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830130062013>
- Kaiser, P. (2000). Klärung von Ressourcen und Anfälligkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität von Paaren. In Peter Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 383-404). Göttingen: Hogrefe.
- Kersting, A. (2001): Zur psychischen Belastung von Müttern perinatal verstorbenen Kinder: Trauma oder Trauer. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 117-123). Regensburg: S. Roderer.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., Klockenbusch, W., Lanczik, M. & Arolt, V. (2004). Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25 (2), 163-169. <https://doi.org/10.1080/01674820400002162>
- Kersting, A. (2004). (Fast) jedem Abschied folgt ein neuer Anfang. In S. Gunkel & G. Kruse (Hrsg.), *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie: Was hält gesund? - Was bewirkt Heilung?* (Reihe: Impulse für die Psychotherapie, Bd. 9, S. 329-348). Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union.

- Kersting, A. (2013). Der Verlust eines Kindes durch Totgeburt. In B. Boothe & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen, Störungsbilder, Behandlungskonzepte* (S. 61-66). Stuttgart: Schattauer.
- Koerner, S. & Wohlfart, U. (Hrsg.). (2000). *Beziehungen gestalten. Arbeitshilfen für die Bildungs- und Beratungspraxis* (1. Aufl.). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.
- Kuse-Isingschulte, M. W. (2001). Das unglückliche Ende einer Schwangerschaft. Psychische Belastungen durch eine Totgeburt im Trauerverlauf. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 105-116). Regensburg: S. Roderer.
- Kuse-Isingschulte, M. W., Beutel, M., Hahlweg, B. C. & Stauber, M. (1996). Die psychische Reaktion auf eine Totgeburt. Verlauf der Trauerreaktion, Einflußfaktoren, Behandlungszufriedenheit, Möglichkeiten der Betreuung. In H. Kentenich, M. Rauchfuß & J. Bitzer (Hrsg.), *Mythos Geburt und weitere Beiträge der Jahrestagung Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1995/96* (S. 117-121). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Läpple, M. (1989). Bewältigungsverhalten bei Frauen mit Fehlgeburt bzw. Spontanaborten und rezidivierenden Spontanaborten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39 (9-10), 348-355.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (5., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lang, A. & Gottlieb, L. (1993). Parental grief reactions and marital intimacy following infant death. *Death Studies*, 17 (3), 233-255.
- Lasker, J. N. & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (4), 510-522. <https://doi.org/10.1037/h0079288>
- Lexikon der Psychologie. Kohäsion. Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/kohaesion/7927>
- Lin, S. X. & Lasker, J. N. (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 262-271. <https://doi.org/10.1037/h0080177>
- Linder, R. (1996). Psychosomatische Aspekte der drohenden Frühgeburt. In H. Kentenich, M. Rauchfuß & J. Bitzer (Hrsg.), *Mythos Geburt und weitere Beiträge*

der Jahrestagung *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1995/96* (S. 123-127). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lothrop, H. (2001). *Gute Hoffnung - jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern* (9., aktualisierte Aufl.). München: Kösel-Verlag.

Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10., neu ausgestaltete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

Mekosh-Rosenbaum V. & Lasker J. N. (1995). Effects of Pregnancy Outcomes on Marital Satisfaction: A Longitudinal Study of Birth and Loss. *Infant Mental Health Journal*, 16 (2), 127-143.

Metzner, S. (2011). *Persönlichkeitsentwicklung im Erwachsenenalter: Partnerwahl und Partnerschaft*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Leibniz Universität Hannover.

Müschelborn, B. & Kohler, C. (2001). Wenn Geburt und Tod Hand in Hand gehen. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 263-268). Regensburg: S. Roderer.

Murray, J. A., Terry, D. J., Vance, J. C., Battistutta, D. & Connolly, Y. (2000). Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies*, 24 (4), 275–305. <https://doi.org/10.1080/074811800200469>

Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P., Skodol, A., O'Connor, P., Geller, P. A., Stein, Z. & Susser, M. (1997). Major Depressive Disorder in the 6 Months After Miscarriage. *JAMA*, 277 (5), 383–388. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540290035029>

Nijs, M. (2001). Trauern hat seine Zeit. Betreuung von betroffenen Eltern beim frühen Tod eines Kindes. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 132-141). Regensburg: S. Roderer.

Olbrich, E. (1995). Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderungen? In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 123-138). Beltz PVU.

Open Thesaurus. Sozialer Zusammenhalt. Verfügbar unter:
<https://www.openthesaurus.de/synonyme/kohaesion>

Radestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjögren, B. (1996). Psychological complications after stillbirth--influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ*, 312 (7045), 1505-1508.
<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7045.1505>

Riecher-Rössler, A. & Rohde, A. (Hrsg.). (2001). *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg: S. Roderer.

Samuelsson, M., Radestad, I., Segesten, K. (2001). A Wast of Life: Fathers' Experience of Losing a Child Before Birth. *BIRTH*, 28, 124-130.

Scheidt, C. E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburg, A. & Kersting, A. (2007). Trauerverarbeitung nach Prä- und Perinatalverlust. Prävalenz, klinisches Bild und Behandlung - eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57 (1), 4-11.
<https://doi.org/10.1055/s-2006-951906>

Scheidt, C. E., Hasenburg, A., Kunze, M., Waller, E., Pfeifer, R., Zimmermann, P., Hartmann, A. & Waller, N. (2012). Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73 (5), 375-382.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.017>

Schlößer, R. (2008). Maximaltherapie und Sterbebegleitung an der Grenze zur Lebensfähigkeit bei Früh- und Neugeborenen mit Fehlbildungen. In C. Wewetzer & T. Wernstedt (Hrsg.), *Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts* (Kultur der Medizin, Bd. 25, S. 122-133). Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Schütt, K., Kersting, A., Hörnig-Franz, I., Louwen, F., Reutemann, M., Wesselmann, U. & Arolt, V. (2001). Traumatisches Erleben und peritraumatische Dissoziation nach Frühgeburt. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 239-245). Regensburg: S. Roderer.

Schwab, R. (1992). Effects of a child's death on the marital relationship: A preliminary study. *Death Studies*, 16 (2), 141-154.

Schwab, R. (1996). Gender differences in parental grief. *Death Studies*, 20 (2), 103-113.

- Schwab, R. (1998). A child's death and divorce: Dispelling the myth. *Death Studies*, 22 (5), 445-468.
- Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (4), 403-411.
- Shah, H. & Weber, T. (2013). *Trauer und Trauma*. Kröning: Asanger.
- Sieh, M. (1996). Tod am Lebensanfang. Ärztliche Begleitung für Familien, in denen ein Kind um die Geburt herum stirbt. In H. Kentenich, M. Rauchfuß & J. Bitzer (Hrsg.), *Mythos Geburt und weitere Beiträge der Jahrestagung Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1995/96* (S. 107-111). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2018). Statistisches Jahrbuch 2018 (Kap. 2 Bevölkerung, Familien, Lebensformen, S. 33). Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- Stinson, K. M., Lasker, J. N., Lohmann, J. & Toedter, L. T. (1992). Parents' Grief following Pregnancy Loss: A Comparison of Mothers and Fathers. *Family Relations*, 41 (2), 218-223.
- Swanson, K. M., Chen, H.-T., Graham, J. C., Wojnar, D. M. & Petras, A. (2009). Resolution of Depression and Grief during the First Year after Miscarriage: A Randomized Controlled Clinical Trial of Couples-Focused Interventions. *Journal of Women's Health*, 18 (8), 1245-1257.
- Thomas, R. V. (2011). Rituale für Paare nach einer Fehlgeburt. In K. Hertlein & D. Viers (Hrsg.), *Therapie-Tools Paar- und Familientherapie* (S. 74-78). Weinheim: Beltz.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. & Janssen, H. J. E. M. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss.. *Death Studies*, 25 (3), 205-228. <https://doi.org/10.1080/07481180125971>
- Trautmann, K. & Rauchfuß, M. (1997). Ängste in der Schwangerschaft bei Frauen mit und ohne vorausgegangene Fehl-, Früh- oder Totgeburten und deren Auswirkung auf Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. In E. Bauer, M. Braun, U. Hauffe & M. Kastendieck (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe: Erotik, Lebensübergänge, Strukturen, Organverlust: Beiträge der Jahrestagung 1996* (Edition psychosozial, S. 255-264). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Tschudin, S. (2015). Glücklose Schwangerschaft. In A. Rohde (Hrsg.), *Frauen-Leid und Frauen-Stärkung. Im Fokus von Gynäkologischer Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie* (S. 275-288). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S. & Hughes, P. (2009). Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (12), S. 1451-1458. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02111.x>

Universität Zürich. Psychotherapeutisches Zentrum. Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien. Übungsblatt 10: Anleitung zur „3-Phasen-Methode“. Verfügbar unter: <https://www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=4680&token=71bc20b44ee4fe0fd4cc391a363a0ddcbfde4d9>

Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (1995). Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 806-811.

Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Pediatric Child Health*, 38, 368-372.

Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Heidelberg: Springer.

Waldschütz, E. (2001). Die perinatale Betreuung bei Totgeburt, Fehlgeburt und nicht lebensfähigem Kind. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* (S. 124-131). Regensburg: S. Roderer.

Walper, S. & Pekrun, R. (Hrsg.). (2001). *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Wassermann, K. & Rohde, A. (2009). *Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung. Aus der Praxis für die Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

Weiß, J. (2001). Familie und Gesundheit. In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (S. 238-265). Göttingen: Hogrefe.

Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. & Dijkstra, I. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (4), 617–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.617>

Anhang A

Interviewleitfaden erste Erhebung

Einleitung:

Ich möchte mit Euch gerne eine kleine Reise machen, angefangen beim Zeitpunkt Eurer Schwangerschaft, gefolgt von dem plötzlichen Tod Eures Kindes und der womöglich schwersten Zeit eines Elternpaares, begleitet von vielen Tiefen, aber vielleicht auch einigen Höhen bis zum heutigen Tag und vielleicht ja auch noch einen kleinen Ausblick in die Zukunft. Okay? – Zuvor wäre es schön, wenn Ihr Euch kurz vorstellen könntet.

Fragen vorab: Name, Alter, Beruf, Todestag des Kindes (wie lange her)

Hauptteil:

Eine Schwangerschaft bringt ja einen neuen Lebensabschnitt mit sich und somit auch Veränderungen, persönliche wie vielleicht auch partnerschaftliche.

Wenn Ihr zurück an die Schwangerschaft denkt, was fallen Euch dazu für Gedanken und Gefühle ein? Gab es Freuden, Ängste, Ungewissheiten?

Wie habt Ihr von der Schwangerschaft erfahren?

Gab es typische oder aber prägnante Erlebnisse im Verlauf der Schwangerschaft? (z. B. ein schönes Ereignis, haben sich Rituale eingestellt?)

War es die erste Schwangerschaft für Euch? (Wenn nicht, gab es einen Unterschied im Vergleich zur 1. Schwangerschaft?)

Wie habt Ihr Eure Partnerin/Euren Partner im Verlauf der Schwangerschaft erlebt? (verständnisvoll, unterstützend, gereizt, launisch)

Gab es bestimmte Verhaltensweisen, die Ihr besonders geschätzt habt oder als besonders unterstützend oder auch erschwerend in der Schwangerschaft empfunden habt?

Hat sich mit dem Bekanntwerden der Schwangerschaft eine Veränderung in Eurer Partnerschaft gezeigt?

Dann kam der große Einschnitt und alles war auf einmal anders.

Wie kam es zum Tod Eures Kindes?

Gab es zuvor mögliche Anzeichen oder kam der Verlust ganz plötzlich für Euch?

Wie habt Ihr von da an Euren „Alltag“ wahrgenommen?

Kam es zu einer Umorientierung bzw. einem Umdenken in Eurem Leben, bedingt durch Euren Verlust?

Wie habt Ihr Eure Partnerin/Euren Partner zum Zeitpunkt Eures Verlustes erlebt? (unterstützend, verständnisvoll, liebevoll, fürsorglich, gereizt, emotional, traurig)

Welches Verhalten Eurer Partnerin/Eures Partners war für Euch besonders wichtig bzw. habt Ihr am meisten in dieser schwierigen Lebenslage geschätzt od. evt. auch erst schätzen gelernt?

Habt Ihr womöglich etwas im Verhalten des anderen vermisst?

Hättet Ihr Euch ein bestimmtes Verhalten stärker ausgeprägt gewünscht?

Welche Unterschiede im Trauerverhalten sind Euch aufgefallen? Führte dies zu Missverständnissen/Konflikten?

Welchen Stellenwert nimmt Kommunikation in solch einer Situation, aber auch in Eurer Partnerschaft im Allgemeinen ein?

Wie gestaltet sich das partnerschaftliche Zusammenleben beim Durchleben eines solch kritischen Lebensereignisses?

(Aus Eurer persönlichen Einschätzung: Steht ein kritisches Lebensereignis automatisch für eine Partnerschaftskrise?)

Wie hat sich Eure Partnerschaft durch und auch nach dem Tod Eures Kindes verändert? – Verhalten, Sexualität ...(Rückt man näher zusammen oder womöglich auseinander?) Welche Auswirkungen hatte das auf Eure Partnerschaft?

Hat sich etwas im Verhalten, in der Prioritätensetzung oder im Anspruchsdenken verändert (quasi ein vorher-nachher Vergleich)? Habt Ihr u. U. Euer Verhalten verändert?

Nach all den Ereignissen, die Ihr in den letzten Monaten zu verkraften hattet, was ist Euch seither in Eurer Partnerschaft/im Umgang miteinander

besonders wichtig? (Kommunikation, Toleranz, Vertrauen, Liebe, Treue, Positivität, „Nach-Vorne-Schauen“ ...)

Was ist Eurer Meinung nach wichtig (ganz allgemein), damit man als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen kann?

Jetzt würde ich gerne noch etwas allgemeiner werden:

Wer und was hat Euch bei der Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses geholfen oder Euch gehindert?

Wie habt Ihr Euer **Umfeld (Familie und Freunde)** im Verlauf Eures Trauerprozesses erlebt?

Welche Verhaltensweisen sind Euch besonders positiv, welche besonders negativ aufgefallen?

Gibt es etwas, was Euch im Umgang mit anderen durch den Tod Eures Kindes besonders wichtig/bewusst geworden ist?

Welche Rolle nimmt/nahm die Leere Wiege in Eurem Trauerprozess ein?

Hat das dort Gehörte auch Auswirkungen auf Euer partnerschaftliches Verhalten gehabt?

Inwiefern hat Euch die Leere Wiege (offene Gruppe, Gespräche mit Heidi od. anderen Betroffenen) geholfen, bestimmte Verhaltensweisen oder auch Situationen (anderer oder auch Eure eigenen) mit anderen Augen zu sehen?

Nach Eurer Einschätzung, zum jetzigen Stand, was würdet Ihr Nicht-Betroffenen für ein Gespräch, für den Umgang im Büro oder im Alltag mit Euch, als betroffenen Eltern, mit auf den Weg geben können?

Abschluss:

Wenn Ihr ein Vorher-Nachher-Bild von Eurem Leben zeichnen könntet, wie würde dieses aussehen?

Was und vor allem wie hat sich Euer Leben verändert?

Wie zeigt sich das in Eurer Partnerschaft?

Wenn Ihr einen Blick in die Zukunft wagt, was würdet Ihr Euch, jeder für sich, und auch als Paar gemeinsam, wünschen?

Ich danke Euch ganz herzlich für dieses Gespräch!

Anhang B

Interviewleitfaden zweite Erhebung

Einleitung:

Ich danke Euch sehr herzlich, dass ich mich heute ein zweites Mal mit Euch treffen und mit Euch ins Gespräch kommen darf.

Frage vorab:

Vor fast einem dreiviertel Jahr durfte ich auch hier bei Euch sein und wir sprachen über die schwere Zeit, in der Euer Kind verstorben ist. **Wie ist es Euch seither ergangen?** (Wie habt Ihr die letzten Monate erlebt? Was ist in der Zwischenzeit passiert?)

Hauptteil:

Wie sieht Euer Alltag heute aus? Wie bestreitet Ihr diesen?

Wie präsent ist der Tod Eures Kindes im heutigen Alltag?

Gibt es wahrnehmbare Unterschiede in Eurer Lebensgestaltung zu der Zeit vor Eurem Verlust? (was hat sich verändert und wie?)

Was oder wer hat Euch in den letzten Monaten bei der Bewältigung Eurer Trauer unterstützt?

Wie erlebt Ihr heute Euer soziales Umfeld (Familie/Freunde/Kollegen)? (positive und negative Erfahrungen?)

Welche Bewältigungsstrategien waren für Euch hilfreich?

Wie hat sich Eure Lebenseinstellung seither entwickelt?

Welche Veränderungen zeigen sich in Eurer Prioritätensetzung?

Welche Rolle nimmt die Leere Wiege derzeit in Eurem Leben ein?

In der Rückschau, also aus heutiger Sicht: Gibt es etwas, was Euch im Umgang mit anderen Personen oder auch mit Euch selbst durch den Tod Eures Kindes besonders wichtig/bewusst geworden ist?

Wie geht es Euch heute in Eurer Paarbeziehung?

Gibt es erkennbare Veränderungen zu der Zeit vor Eurem Verlust?

Wie habt Ihr Euch als Paar in den letzten Monaten unterstützt?

Wie nehmt Ihr Euren Partner heute wahr? Ist sie/er die/der „Selbe“? Hat sich etwas verändert?

Mit welchen Ansprüchen begegnet Ihr Eurem Partner heute? Gibt es hier Unterschiede zu der Zeit vor dem Tod Eures Kindes?

Was ist Euch zum heutigen Zeitpunkt besonders wichtig für Eure Paarbeziehung?

Worauf legt Ihr Wert im Umgang miteinander? (Kommunikation, Toleranz, Vertrauen, Liebe, Treue, Positivität, „Nach-Vorne-Schauen“ ...)

Welchen Stellenwert nimmt die gemeinsame Kommunikation in Eurer Beziehung ein? (d. h. miteinander reden, im Gespräch miteinander sein)

Habt Ihr in den letzten Monaten in dem Verhalten Eures Partners etwas vermisst, was zuvor möglicherweise vorhanden war? Oder ist evt. eine neue Verhaltensweise hinzugekommen?

Was schätzt Ihr an Eurem Partner?

Wie nehmt Ihr heutzutage Konfliktsituationen miteinander wahr, auch im Vergleich zu vorher?

Wurde Eure heutige Sichtweise auf Eure Partnerschaft durch den Tod Eures Kindes beeinflusst/geprägt?

Wenn Ihr Eure Partnerschaft in einem Vorher-Nachher-Bild beschreiben solltet, wie würde das aussehen?

Aus Eurer persönlichen Einschätzung: Steht ein kritisches Lebensereignis, wie der Verlust des eigenen Kindes, automatisch für eine Partnerschaftskrise?

Was war für Euch ganz persönlich nötig, damit Ihr als Paar solch eine schwierige Situation gemeinsam bewältigen konntet und immer noch könnt?

Welche Spuren hat der Tod Eures Kindes in Eurer Paarbeziehung und in Eurem Leben hinterlassen?

Abschluss:

Wenn Ihr einen Blick in die Zukunft wagt, was würdet Ihr Euch, jeder für sich, und auch als Paar/als Familie gemeinsam, wünschen?

Besteht bspw. der Wunsch nach einem weiteren Kind?

Ich danke Euch ganz herzlich für dieses Gespräch!

Anhang C

Verschwiegenheitserklärung für die Gesprächspartner



PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT

INSTITUT FÜR
PÄDAGOGISCHE PSYCHOLOGIE

Prof. Dr. Elfriede Billmann-Mahecha

Inst. für Pädagogische Psychologie – Leibniz Universität Hannover –
Schloßwender Str. 1 – D-30159 Hannover

Tel +49(0)511.762-17399
Fax +49(0)511.762-17381
Billmann@psychologie.uni-
hannover.de

Dissertationsprojekt von Frau Sabrina Metzner Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und Vertraulichkeitszusage

Sehr geehrte Eltern,

Frau Dipl.-Päd. Sabrina Metzner arbeitet unter meiner Betreuung an einer Dissertation zum Thema „Paarbeziehungen und früher Kindstod“. In diesem Rahmen führt sie Interviews mit betroffenen Elternpaaren.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Bereitschaft für ein solches Interview und versichern Ihnen, dass Frau Metzner über alle personenbezogenen Daten, die sie über das Interview erfährt, absolutes Stillschweigen bewahrt, sie nicht anderweitig nutzt oder an Dritte weitergibt. Dies gilt auch nach Abschluss ihrer Dissertation.

Interviewinhalte, die in die Dissertation eingehen, werden vollständig anonymisiert bzw. so verfremdet, dass es nicht möglich ist, Rückschlüsse auf Sie oder andere erwähnte Personen, auf Orte und Daten, die Ihre Anonymität gefährden könnten, zu ziehen.

Hannover, den 14. Oktober 2013

Prof. Dr. Elfriede Billmann-Mahecha

Sabrina Metzner

Anhang D

Verschwiegenheitserklärung für das Transkriptionsbüro

BMS Büromanagement-Service Andreas Maiwald

Verschwiegenheitserklärung

zwischen

BMS Büromanagement-Service Andreas Maiwald, Ilksberggring 25, 21266 Jesteburg
(nachfolgend BMS genannt)

und

Sabrina Metzner
.....
(nachfolgend Auftraggeber genannt)

wird folgende Vereinbarung getroffen:

BMS erhält vom Auftraggeber Dateien und weitere schriftliche sowie mündliche Informationen.

BMS verpflichtet sich, sämtliche Informationen, welche für die Durchführung der Transkription von Interviews zur Verfügung gestellt werden, vertraulich zu behandeln und hierüber gegenüber Dritten dauerhaft Stillschweigen zu wahren.

BMS verpflichtet sich, die Transkription eigenständig durchzuführen – und somit keinem Dritten die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Informationen weiterzuleiten.

Nach Durchführung des Auftrages verpflichtet sich BMS, die vom Auftraggeber erhaltenen Informationen (z. B. Audiodateien, elektronische und nicht elektronische schriftliche Dokumente) zu löschen, um ein Ausbreiten der Informationen zu verhindern. Mögliche technische Informationen, die Forschungsgegenstand der Interviews sind, können von BMS sowie Dritten nicht verwendet werden, um eigene Produkte zu entwickeln.

Sollten sich eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung als unwirksam erweisen, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, die unwirksame Bestimmung durch eine Regelung zu ersetzen, welche dem wirtschaftlichen Zweck der ursprünglich gewollten Bestimmung möglichst nahe kommt.

Jesteburg, *01.06.2015*
(Ort, Datum)

Unterjochthal, 01.06.2015
(Ort, Datum)

.....
BMS Büromanagement-Service
Andreas Maiwald

.....
(Auftraggeber)

Anhang E

1. Newsletter-Beitrag

Interviewpaare gesucht

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei allen aus der Offenen Gruppe, auch [Name anonymisiert] und [Name anonymisiert], dafür bedanken, dass ich in den letzten 4 Monaten an den Gruppentreffen teilnehmen durfte.

Nun steuere ich mit meiner Doktorarbeit auf den nächsten und wichtigsten Abschnitt zu, den empirischen Teil – oder wie ich ihn auch liebevoll nenne „das Herzstück“. Hierfür benötige ich Paare, die bereit sind, sich im Rahmen eines Interviews mit mir über das Thema „Paarbeziehung und früher Kindstod“ auszutauschen. Es geht mir nicht darum, Euch auszufragen, sondern bestimmte Gedankenanstöße, Situationen aufzuführen oder durch bestimmte Fragen mit Euch ins Gespräch zu kommen. Dabei interessieren mich Eure Erfahrungen und Meinungen zu den jeweiligen Sachverhalten. – Selbstverständlich werden alle Eure Angaben anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Dies bekommt Ihr auch schriftlich von mir.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Ihr für ein Interview bereit wäret. Gerne könnt Ihr mir dazu jederzeit Fragen stellen und mich kontaktieren, unter: [Kontakt Daten anonymisiert].

Ich freue mich, wenn ich bald etwas von Euch höre und wünsche Euch weiterhin viel Kraft sowie alles erdenklich Gute auf Eurem gemeinsamen Weg!

Eure Sabrina

Anhang F

2. Newsletter-Beitrag

Interviewpaare gesucht

Im September Newsletter hatte ich mich bereits mit meinem Anliegen an Euch gewandt und seither von einigen von Euch ganz wertvolle Unterstützung erfahren dürfen. – Auch auf diesem Weg noch einmal ein ganz liebes Dankeschön dafür! Nun möchte ich die Möglichkeit nutzen, um mein Anliegen noch einmal vorzubringen.

Ich arbeite derzeit an dem Herzstück meiner Doktorarbeit und folglich auch dem wichtigsten, also dem empirischen Teil. Die ersten Interviews habe ich schon führen dürfen, allerdings suche ich noch weitere Paare, die bereit sind, sich im Rahmen eines Interviews mit mir über das Thema „Paarbeziehung und früher Kindstod“ auszutauschen. Wichtig ist mir dabei, dass Ihr nicht das Gefühl erhaltet, von mir „ausgefragt“ zu werden, sondern wir vielmehr miteinander ins Gespräch kommen, z. B. durch bestimmte Gedankenanstöße oder auch Fragen meinerseits. Mich interessieren hierbei Eure Erfahrungen und Meinungen zu bestimmten Sachverhalten. – Selbstverständlich werden alle Eure Daten und Angaben anonymisiert sowie streng vertraulich behandelt. Ihr erhaltet diesbezüglich auch eine Verschwiegenheitserklärung von mir.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Ihr für ein Interview bereit wäret. Gerne könnt Ihr mir dazu jederzeit Fragen stellen und mich kontaktieren, unter: [Kontaktdaten anonymisiert].

Ich freue mich, bald von Euch zu hören und wünsche Euch viel Kraft sowie alles erdenklich Gute auf Eurem gemeinsamen Weg!

Eure Sabrina

Eidesstattliche Erklärung

Vor- und Zunahme: Sabrina Ott

Geburtsdatum: 28.03.1983

Geburtsort: Berlin

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die eingereichte Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst, andere als die in ihr angegebene Literatur nicht benutzt und dass ich alle ganz oder annähernd übernommenen Textstellen sowie verwendete Abbildungen, Tabellen und Auswertungsprogramme kenntlich gemacht habe. Außerdem versichere ich, dass die vorgelegte elektronische mit der schriftlichen Version der Dissertation übereinstimmt und die Abhandlung in dieser oder ähnlicher Form noch nicht anderweitig als Promotionsleistung vorgelegt und bewertet wurde.

(Unterschrift)

Ort, Datum