



Forschung • Entwicklung • Transfer

Nürnberger Hochschulschriften
Nr. 51

Kozjak-Storjohann, Beatrix
Brendebach, Christine

„Verlusterleben in der Schwangerschaft und zur Geburt“
Eine multidimensionale Phänomenbeschreibung zum Erleben betroffener Frauen

2021

Forschung, Entwicklung, Transfer – Nürnberger Hochschulschriften

Die Nürnberger Hochschulschriften zu ‚Forschung, Entwicklung, Transfer‘ sind eine lose Hochschulreihe der Evangelischen Hochschule Nürnberg zur Publikation von Vorträgen, Artikeln und Projektberichten. Auch herausragende Qualifizierungsarbeiten von Studierenden können in gekürzter Fassung veröffentlicht werden. Die Online-Reihe soll dazu dienen, das Profil der Forschung und Entwicklung an der Hochschule nach innen und außen zu kommunizieren und die breite Expertise der Mitglieder der Hochschule deutlich zu machen.

Evangelische Hochschule Nürnberg

Bärenschanzstraße 4

90429 Nürnberg

www.evhn.de

Beatrix Kozjak-Storjohann, B.Sc.

Prof. Dr. Christine Brendebach

Verlusterleben in der Schwangerschaft und zur Geburt

Eine multidimensionale Phänomenbeschreibung zum Erleben betroffener Frauen

Nürnberg, 2021

Kozjak-Storjohann; Brendebach (2021) „Verlusterleben in der Schwangerschaft und zur Geburt“
Eine multidimensionale Phänomenbeschreibung zum Erleben betroffener Frauen
Forschung, Entwicklung, Transfer – *Nürnberger Hochschulschriften*, Nr. 51. Nürnberg: Evangelische Hochschule Nürnberg. doi: 10.17883/fet-schriften051.

1. Einleitung

Der frühe Tod eines Kindes in der Schwangerschaft und zur Geburt ist ein in allen Epochen der Geschichte, Kulturen, Gesellschaftsschichten und Altersstufen präsent Phänomen. Bedingungsfaktoren, Epidemiologie, Klassifikation, Prävalenz und Umgangsformen haben sich im Laufe der Zeit erheblich verändert. Der Fötus bleibt dabei eine „umstrittene Figur“ im ethischen, juristischen, medizinischen, persönlichen und soziologischen Diskurs.

Seit Ende des 20. Jahrhunderts erhält das Thema auf medizintechnologischer sowie gesellschaftlicher Ebene ein neues Gewicht. Der Bedeutungsschirm des Themas überspannt individuelle und kollektive Strukturen in Gesellschaft, Politik, Religion und Wissenschaft.

Weltweit kommt es jedes Jahr schätzungsweise zu 23 Millionen Fehlgeburten, was einem Verlust von 44 Schwangerschaften pro Minute entspricht. Eine Fehlgeburt ist im Allgemeinen definiert als Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft vor Erreichen der Lebensfähigkeit (vgl. Lancet 2021; Lancet 2021 Miscarriage 1). In der Serie „Miscarriage matters“ fordern die Autoren nicht nur ein komplettes Überdenken des Narrativs rund um die Fehlgeburten, sondern eine umfassende Überarbeitung der medizinischen Versorgung und Beratung von Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben (vgl. Lancet 2021). Etwa 2,6 Millionen Kinder sterben zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft. Die Publikation „Ending preventable Stillbirths“ thematisiert die enormen Auswirkungen später Verluste auf Familien und Gesundheitsdienstleister (vgl. Lancet 2016). Trotz steigender Evidenz, vielfacher Forschungsaktivitäten und zunehmend dokumentierter Erfahrungsberichte fehlt bis heute eine umfassende, systematische Einordnung, die der Phänomenologie des Themas insgesamt gerecht wird und eine transdisziplinäre Forschungsgrundlage bietet. Zeitgenössisches Verstehen erfordert die Berücksichtigung der historischen Entwicklung, die nachfolgend lediglich skizziert ist. Eine rein quantitative Einschätzung kann nicht erfassen, welche Bedeutung der Tod eines Kindes vor, zur und kurz nach der Geburt für betroffene Paare, ihre Familien sowie deren soziales Umfeld, aber auch für involvierte Fachkräfte und Institutionen hat. Auf qualitativer Ebene zeigt sich eine hohe Emotionsdichte und Intensität im Erleben, komprimiert auf einer Zeitschiene zwischen Diagnostik und der Option, eine neue Schwangerschaft zu wagen. In besonderer Weise provoziert das Thema Fragen nach der eigenen Existenz, dem Lebenssinn oder einer tragenden Kraft außerhalb der materiellen Realität.

Diese Publikation bietet eine Handreichung zur Verständnisklärung, indem die Komplexität des Themas aus der Perspektive betroffener Frauen und Paare aufgeklärt wird. Dies geschieht unter Berücksichtigung psychischer, medizinischer, juristischer, sozialer und spiritueller Hintergründe

und mündet in einer Synopse, die drei Wesenskerne des Diskurses herausarbeitet: Verlust, Vielschichtigkeit, Uneindeutigkeit.

Die verwendeten Fallbezüge sind evidenzbasiert und stützen sich auf Praxisbeispiele, Gesprächsprotokolle und -analysen sowie Zitate einer systematischen Dokumentation der Erstautorin¹.

2. Terminologie

Terminologien und Definitionen von Verlusten in der Schwangerschaft variieren weltweit zwischen Ländern und internationalen Organisationen (vgl. Lack N. 2016). Es hat sich eine verwirrende Vielfalt an Begriffen für den Schwangerschaftsverlust vor der Lebensfähigkeit entwickelt. Das liegt u.a. daran, dass nicht zu jedem Zeitpunkt Eindeutigkeit herrscht, beispielsweise bei der Diagnose einer Schwangerschaft oder der Lebensfähigkeit eines Kindes (vgl. Lancet 2021; Lancet 2021 Miscarriage 1).

Tabelle 1 Terminologie

<p>Biochemische Schwangerschaft</p> <p>Terminologie bezogen auf sehr frühe Schwangerschafts-verluste, die nach einem positiven „human Chorion-Gonadotropin“ im Urin oder einem erhöhtem β-hCG-Serum, jedoch vor Ultraschall oder histologischer Überprüfung auftreten. Ein biochemischer Verlust tritt i.d.R. vor der 6. SSW auf (vgl. ESHRE).</p>	<p>Abort = Fehlgeburt.</p> <p>Medizinisch wird zwischen klinisch relevanten Frühaborten (bis zur 12. Schwangerschafts-woche (SSW) und Spätaborten (nach der 12. SSW und vor der 24. SSW, bei fetalem Gewicht unter 500 Gramm des avital geborenen Feten) unterschieden (vgl. Franz C. 2017:4²).</p>	<p>Totgeburt</p> <p>klassifiziert ein totgeborenes Kind mit einem Gewicht über 500 Gramm oder ein totgeborenes Kind ab der 24. SSW. in Abgrenzung zu der Bezeichnung Fehlgeburt (§31 PStV; vgl. Franz C. 2017:4²), Totgeburt: antepartum (vor der Geburtsphase) oder intra-partum (während der Geburt) (vgl. Schmitt J. et al. 2019:107).</p>
<p>Lebendgeburt</p> <p>„Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat“.</p>	<p>Frühgeburt</p> <p>Bei einer Lebendgeburt vor Abschluss der 37. SSW „post menstruationem“ handelt es sich laut WHO um eine Frühgeburt. Laut gesetzlicher Vorgaben muss das Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm oder</p>	<p>Mortalitätsklassifikation der Perinatalmedizin</p> <p>Frühe neonatale Mortalität: innerhalb der ersten sieben Lebenstage Neonatale Mortalität: innerhalb der ersten 28 Lebenstage</p>

¹ Beatrix Kozjak-Storjohann ist Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin (B. Sc.) und leitet seit 2006 den psychosozialen Dienst der Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen. Seit 2001 arbeitet sie in eigener psychotherapeutischer Praxis mit Themenschwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe als Heilpraktikerin für Psychotherapie. Sie begleitete etwa 500 stille Geburten im klinischen Setting und weit mehr Frauen und Männer nach Verlusterfahrungen in der Schwangerschaft und zur Geburt, sowie entsprechende Folgeschwangerschaften. Prof. Dr. Christine Brendebach lehrt an der Evangelischen Hochschule Nürnberg in den Schwerpunkten Gesundheit und Pflege. Sie ist Dipl.-Psychologin und Dipl. Psychogerontologin mit langjähriger Praxiserfahrung in Krisenberatung und Supervision.

² Ergänzt durch gesetzliche Änderung §31 Personenstandsverordnung (PStV) im Jahr 2018

(§ 31 PStV Abs. 1) Tritt eines der genannten Merkmale auf, ist das Kind unabhängig vom Gestationsalter als Lebendgeburt zu klassifizieren.	Reifezeichen nicht voll ausgebildet sein. Lt. ICD-10 ist ein Kind, das vor der 29. SSW lebend geboren wird, als „Neugeborenes mit extremer Unreife“ klassifiziert (vgl. Franz C. 2017:4 ² ; Mutterschutzgesetz 2018:44ff, 106,133ff).	Perinatale Mortalität: nach der 22. SSW bis einschließlich der ersten sieben Lebenstage Maternale Mortalität: mütterliche Sterblichkeit in Zusammenhang mit der Geburt (vgl. Schmitt J. et al. 2019:107).
---	---	--

Frühe Fehlgeburten zählen zu den häufigsten Komplikationen in der Schwangerschaft. Es wird je nach bewertetem Kollektiv von einer Abortwahrscheinlichkeit von 30 – 50 % pro Konzeption ausgegangen. Die Inzidenz von klinischen Frühaborten ist stark altersabhängig. Die Rate steigt von 9-17 % bei Frauen von 20-30 Jahren auf über 80 % bei Frauen über 41 Jahre (vgl. Knieper C. 2017:8). Eine exakte Bestimmung absoluter Zahlen ist aufgrund der Zahl klinisch unauffälliger Aborte und der fehlenden Meldepflicht nicht möglich. 2020 wurden laut statistischem Bundesamt in Deutschland 773.166 Kinder lebend, 3.159 tot geboren und 2.375 verstarben im ersten Lebensjahr (vgl. Destatis 1 2020). Im selben Jahr ließen 99.948 Frauen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, 96.110 davon nach der Beratungsregelung, 3.809 aufgrund einer medizinischen und 29 aus kriminologischer Indikation. Die Gesamtzahl der Interruptiones nach der 22. SSW lag bei 648 Fällen, die Gesamtzahl durchgeführter Fetozide bei 675 Fällen (vgl. Destatis 2 2020).

3. Historische Einordnung

Menschen der vorindustriellen Zeit hatten nur sehr eingeschränkt Einfluss auf die Entstehung einer Schwangerschaft. Schwanger zu werden war ein naturgegebener und regelmäßig wiederkehrender Zustand im Leben von Frauen. Das Wissen um Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt lag in weiblichen Händen und wurde von Generation zu Generation weitergetragen (vgl. Schwittai Y. 2012:9). Die Gebärhilfe, die sich Frauen untereinander leisteten, war intuitiven und empirischen Ursprungs (vgl. Seidler E., Leven K.H. 2003:13ff). Eine Frau bei der Niederkunft zu unterstützen, war wechselseitige Selbstverständlichkeit. Vielerorts bildeten Frauen praktische, geburtshilfliche Gemeinschaften. Beim Einsatz der ersten Wehen kamen sie in der Geburtsstube der Kreißenden zusammen. Hebammen hatten dabei stets eine zentrale Rolle (Gedak A., Meurer M. 2009:39). Anno 1513 erschien das erste Hebammenbuch von Rösslin³, eine Mischung aus Aberglaube und Empirie.

³ Faksimilie Flach M. 1993, Rösslin³ E. 1513, Der swangeren frawen und hebammen roßgarten

Bis in das frühe 20. Jahrhundert prägten Aberglaube und volkskundlich empfohlene Verhaltensweisen die Lebenswelt der Menschen (vgl. Gelis J. 1989).

In der frühneuzeitlichen Gesellschaft werden Frauen häufig wegen Kindsmord und Hexerei angeklagt. Nach der „Carolina“⁴ galt die Verheimlichung einer Schwangerschaft als einschneidendes Indiz für beabsichtigten Kindsmord (vgl. Dülmen van R. 1991:1991:30). Verhöre von Frauen konzentrierten sich hauptsächlich auf die Frage, ob das Kind tot oder lebendig geboren und ob das lebend geborene Kind vorsätzlich getötet wurde. Hausdurchsuchungen nach blutigen Bettlaken und Körperuntersuchungen nach Milch in den Brüsten waren üblich (vgl. ebd. 1991:33f). „Zur Feststellung, ob ein Kind bei der Geburt gelebt hatte oder nicht, wurde die Lunge aus dem Körper geschnitten und in Wasser gelegt. Schwamm sie oben, war sie lufthaltig, hatte das Kind demzufolge gelebt“ (ebd. 1991:34). „Die ‚Carolina‘ legte für verurteilte Kindsmörderinnen ‚Lebendig begraben‘ oder ‚Ertränken‘ fest [...]“ (ebd. 1991:46f). Das „Allgemeine Preußische Landrecht“ von 1794 (§10,I,1) schreibt fest, dass die allgemeinen Rechte der Menschheit auch den noch ungeborenen Kindern schon von der Zeit ihrer Empfängnis gebühren (vgl. Leven K.H. 2019:116f). Bereits um 1800 ist die gesamte Problematik ungewollter Schwangerschaft und der Status des Ungeborenen erkennbar, die im jeweils zeitspezifischen kulturellen Kontext pragmatische Bewältigungsstrategien hervorbringt“ (ebd. 2019:117).

Bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts war der frühe Kindstod ein allgegenwärtiges Ereignis. Es nahm im täglichen Leben eine feste Größe ein und wurde einkalkuliert⁵. Die Frage, ab wann ein Fötus überhaupt als Mensch zu werten sei und ob ein missgestaltetes Kind als Mensch gewertet werden kann, beschäftigte die Menschen seit jeher (vgl. Pahud de Mortanges E. 2009:75). Möglicherweise wurde in kinderreichen Familien der frühe Tod als eine Art „postnatale Familienplanung“ aus ökonomischen Gründen auch mit einer Art „Erleichterung“ aufgenommen (vgl. Vögele J. 2009:67f)

Personenstandsfälle wurden in den Kirchenregistern der Pfarrämter dokumentiert. 1875 verstaatlichte das „Deutsche Reichs-Civilehe-Gesetz“ die Personenstandsführung (Philler O. 1875). Aus Aufzeichnungen der Hebamme Feustel, die zwischen 1888 und 1927 insgesamt 1.306 Geburten leitete, geht die Klassifizierung: Lebendgeborene (lebensfrisch, Frühgeburt, blaurot scheintot, bleich scheintot) und Nichtlebendgeborene (totgeboren, Fehlgeburt), hervor. Ein Geschlecht wurde nicht immer verzeichnet (vgl. Grießl C.M. 2011:61ff).

⁴ Die sogenannte „Carolina“ meint die „Constitutio Criminalis Carolina“, die „Peinliche Gerichtsordnung von 1532“.

⁵ Vgl. Donaukurier 2006; vgl. BIB 1

Das Begräbnis- und Friedhofswesen lag bis 1874 in der Hand der Kirchen. Da bereits Augustinus (354–430) die Heilsnotwendigkeit der Kindertaufe und Thomas von Aquin (1225–1274) die Lehre vom „Limbus puerorum“⁶ proklamierte, hatte die Taufe immense Bedeutung. Die Gegenposition zu diesem Dogma durch die Reformation etablierte sich sehr zögerlich. Eine klistierähnliche Nottaufspritze für intrauterine und perinatale Taufen gehörten zum festen Bestandteil eines Hebammenkoffers (vgl. Pfeifer G. 2015 :53). Im 15. Jahrhundert entstanden vielerorts Wallfahrtskapellen mit Gnadenaltar für tote, ungetaufte Kinder. Von Kerzen umgeben, mit Feder auf dem Gesicht, konnte das „wiederbelebte“ Kind (Indiz war eine Bewegung der Feder) notgetauft und vor Ort in geweihter Erde bestattet werden (vgl. Pfeifer G. 2015 58ff; Schäfer D. 2011:55ff; Ulrich-Bochsler U., Rüttimann D 2009:268ff). Es war üblich, Ungeborene bei drohendem Tod der Schwangeren, rasch zum Zweck der Taufe, durch Schnitt (Sectio in mortua) zu entbinden. Einer toten Schwangeren wurden vor der Bestattung das ungetaufte Kind aus dem Leib geschnitten, da Ungetaufte nicht in geweihter Erde eines Friedhofs beigesetzt wurden (vgl. Schäfer D. 2011:58f). Gängige Praxis war ungetaufte Feten/Neugeborene einer zufällig zeitgleich verstorbenen Person in den Sarg beizulegen. Fand das Kind auf diese Weise doch noch einen Weg in den „Gottesacker“ (Gavallér Y.2018:48ff). Diese Praxis wurde bis in die 1960er Jahre vollzogen, der „Limbus puerorum“ 2007 durch ein Konstrukt des Vatikans abgeschafft.

Gebären entwickelte sich im Laufe der Zeit zu einem wissenschaftlichen Gebiet der Medizin, verlagerte sich zunehmend in Entbindungsanstalten und fiel erstmals männlichen Geburtshelfern zu (vgl. Gavallér Y. 2018:12). Die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe führte zu einer Neuordnung professionsbezogener Zuständigkeiten (vgl. Spinner J. 1914:50ff). 1847 senkten die Methoden des ärztlichen Geburtshelfers Semmelweis zu einem spektakulären Abfall der Müttersterblichkeit (vgl. Seidler E., Leven K.H. 2003:183). Industrialisierung und Urbanisierung wandelten gesellschaftliche Strukturen. Dies wird u.a. im Rückgang von Sterblichkeit und Fertilität⁷ deutlich. Die Zuwendung zum einzelnen Kind wurde intensiver und personalisierter (vgl. Gavallér Y. 2018:82f). Soziale Faktoren wie Unehelichkeit wurden als eine Ursache für Totgeburten identifiziert, den durch rationelle Fürsorge- und Assanierungsmaßnahmen beizukommen war (vgl. Singer E., Kindermann V. 1935:411ff). Die Einführung von Mutterpass, Schwangerenvorsorge sowie verbesserte Leistungs- und Versorgungsstrukturen senkten die perinatale Sterblichkeit (vgl. Krause M. 2012:103). Die strikte Trennung von Eltern und totgeborenem Säugling war bis in die 1980er Jahre medizinischer Versorgungsstandard und gängige Routine in deutschen

⁶ Ein Ort im Jenseits, an dem ungetauft, verstorbene Kinder in Dunkelheit und dem Fehlen der Schau Gottes auf Ewigkeit ihr Dasein fristen (vgl. Weberberger R. 1968 :95)

⁷ Vgl. BIB 2

Geburtskliniken. Dem Vorgehen wurden psycho-protektive Effekte zugeschrieben. Die Mutter bekam Schmerzmittel gegen die Geburtsschmerzen und wurde gleichzeitig mit bewusstseinsverändernden Beruhigungsmitteln sediert. Das Kind wurde nach der Entbindung vom medizinischen Personal zügig aus dem Entbindungszimmer entfernt und „entsorgt“. Den Eltern wurde geraten „loszulassen und es nochmal mit einem neuen Baby zu versuchen“ (vgl. Gavallér Y. 2018:91).

Mit dem Werk „Trauer und Melancholie“ schuf Freud 1915 ein Fundament, auf dem sich verschiedene psychologische Erklärungsmodelle und Therapieverfahren entwickelten (vgl. Freud S. 1915; Benvenuto S. 2011). Lindemann postulierte erstmalig den frühen Tod eines Kindes für Betroffene und Helfer als eine „der schlimmsten vorstellbaren Belastungen“ (vgl. Lindemann E. 1944). In den 1960er Jahren entstanden erste systematische Versuche, das Phänomen des Trauerns zu beschreiben, zu erfassen und daraus effektive Umgangsformen abzuleiten. Aus den psychodynamischen Phasenmodellen⁸ und der Bindungstheorie von Bowlby entwickelten sich weitere Erklärungsansätze⁹ (vgl. Schärner-Santschi E. 2019:26ff). Seit den frühen 1970er Jahren wurde auch zunehmend der Verlust des Kindes in der Schwangerschaft als trauererzeugendes Phänomen erkannt (vgl. O’Leary J., Warland J. 2013). In einer Art „Gegenbewegung“, die in den frühen 1980er Jahren begann, änderte sich die klinische Versorgungspraxis dahingehend, dass Frauen ermutigt und teilweise gedrängt wurden, sich visuell und haptisch von ihrem toten Kind zu verabschieden.

4. Die aktuelle Situation betroffener Frauen und Paare

Heute, 40 Jahre später, haben sich Verständnis und Praxis des frühen Kindstodes weiter gewandelt. Entwicklungen im Sinne eines zeitgemäßen Umgangs werden vielerorts praktiziert. Dabei rücken individuelle Bedarfe Betroffener ins Zentrum, werden Wahlmöglichkeiten geboten und individuellen Bewältigungsansätzen betroffener Eltern Raum gegeben. Gleichsam lassen sich auch tradierte Einstellungen und Verfahrensweisen wiederfinden. Die Praxis zeigt, dass Frauen und Paare auch heute noch mit Widerständen, Missverständnissen und Vorbehalten konfrontiert sind. Unterstützende wie behindernde Faktoren zeigen sich auf unterschiedlichen Ebenen. Sie manifestieren sich im psychischen Erleben sowie in einer spirituellen Dimension, werden geformt von gynäkologisch-geburtshilflichen Kontextfaktoren und sind eingebettet in juristische sowie gesellschaftliche Setzungen. Diese Aspekte sollen nun im Folgenden genauer betrachtet werden.

⁸Phasenmodelle von Kübler-Ross 1969, Bowlby & Parkes 1970, Yorick Spiegel 1972, Kast 1982

⁹Biologisches Modell nach McKinney, 1986; Continuing Bonds Modell nach Klass, Silverman & Nickmann, 1996; Duales Prozessmodell nach Stroebe & Schut 1999

4.1 Psychologische Dimension

Schwangerschaft, Geburt und Elternwerden sind existenzielle, grenzüberschreitende und transformative Erfahrungen, die sich tief in Körper, Geist und Seele einer Frau einschreiben und lebenslange Wirkungen auf ihre Gesundheit und ihre Familie haben können (vgl. Ensel A. et al. 2019:9). Dies gilt gleichermaßen für Verlusterfahrung im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung, den Verlust eines Kindes während der Schwangerschaft oder zur Geburt. Ein Großteil der Menschen rechnet nicht damit, bei einer pränatal diagnostischen Untersuchung einem auffälligen Befund zu erhalten. Trifft dies zu, sind Betroffene sich primär nicht bewusst, welche Folgen die Diagnose in jedem Fall hat. Bei Diagnosestellung herrscht meist tiefe Betroffenheit bis hin zu depressiven Reaktionen. Häufig soll in einer Art Reflex die Schwangerschaft ungeschehen gemacht werden, so dass die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gestellt wird. Für alle Beteiligten verbergen sich dabei existenzielle Konfliktpotenziale (Wernstedt T. et.al. 2005:762). Exemplarisch folgen verlustbezogene Ereignisse, die im Rahmen der Familienplanung auftreten können.

- Eine Frau, die sich in einer reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung befindet, erhält telefonisch durch eine medizinische Fachangestellte die Mitteilung, dass sich die befruchteten Zellen nicht weiterentwickelt haben und in diesem Zyklus kein Embryonentransfer erfolgen kann. Sie äußert ihr Bedauern und verweist auf die Möglichkeit mit einem Arzt zu sprechen. Das Telefonat dauert drei Minuten.
- Ein Paar freut sich sehr über den spontanen Eintritt einer Schwangerschaft nach jahrelanger Kinderwunschbehandlung. Aufgrund einer extrauterinen Gravidität muss sich die Frau in der 8. SSW einer Behandlung mit Zytostatika unterziehen, um den sich entwickelnden Embryo abzutöten, die Schwangerschaft zu beenden und das eigene Leben zu schützen.
- Eine schwangere Frau in der 12. SSW fühlt sich aufgrund von körperlichen Symptomen (Übelkeit, Müdigkeit, Spannungsgefühl in den Brüsten) schwanger. Die fehlende vaginale Blutung bestärkt sie in der Annahme „es sei alles in Ordnung“. Eine Ultraschalluntersuchung beim Frauenarzt offenbart eine fehlende Herzaktion beim Embryo.
- Ein Paar, das in der 20. SSW gemeinsam zum pränatalen Screening kommt, erhält die Mitteilung, dass bei ihrem zweiten (Wunsch-)Kind eine ausgeprägte Gehirnfehlbildung vorliegt. Paralyisiert ob der Diagnose erhalten sie zahlreiche Informationen und befinden sich in einem folgenschweren Entscheidungsprozess. Der erstgeborene Sohn freut sich sehr auf seinen kleinen Bruder.

- Eine Gebärende erhält unter der Geburt notfallmäßig einen Kaiserschnitt, das Kind wird reanimationspflichtig geboren. Es verstirbt bevor die Frau aus der Narkose erwacht.
- Aufgrund des biologischen Alters und der Neigung zu habituellen Aborten (Gravida 7 / para 2) entscheidet sich ein Paar die Familienplanung zu beenden. Beide haben zwei gesunde Kinder und immer von einer großen Familie mit mindestens vier Kindern geträumt.

4.1.1 Folgen und charakteristische Besonderheiten

Im Jahr 2020 wurden im American Journal of Obstetrics and Gynecology Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie veröffentlicht, die belegen, dass viele Frauen auch bei einem frühen Verlust in der Schwangerschaft die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Angststörungen oder eine Depression erfüllten (vgl. Ärzteblatt 2020). „Die physischen und psychischen Auswirkungen einer Fehlgeburt werden häufig unterschätzt. Der Weg von der Diagnose einer Fehlgeburt über die klinische Behandlung bis hin zur unterstützenden Nachsorge kann für Frauen, ihre Partner und Betreuer eine Herausforderung sein“ (Lancet 2021 Miscarriage 2). Ab Diagnosestellung liegt im medizinischen-klinischen Setting das Hauptaugenmerk auf der somatischen Versorgung (überwachen / behandeln körperlicher Symptome, Ausschabung, Geburtseinleitung, Geburt). Die psychosoziale, psychologische und psychosomatische Betreuung gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung.

Trauerreaktionen von Eltern nach Schwangerschaftsverlust sind grundlegend mit denen anderer Verluste¹⁰ vergleichbar, allerdings gibt es spezifische Unterschiede. (vgl. Kersting A. et al. 2017). Als Besonderheiten konturieren sich:

- Eine hohe Emotionsdichte bei ausgeprägtem Emotionskontrast ist erkennbar. Emotionen werden teils als existenziell beschrieben, sind tabuisiert und schambesetzt (vgl. Kozjak-Storjohann B., Wallraff D. 2019:7).
- Hoher Erwartungs-, Leistungs- und Zeitdruck möglichst schnell wieder „funktionieren müssen“ aufgrund der Lebenssituation z.B. vorhandene Kinder, Fortsetzen der Familienplanung, biologische Uhr, haben Betroffene kaum Zeit zur Regeneration (vgl. ebd. 2019:7).
- Schwangerschaftsbedingte Begleitumstände erzeugen Unsicherheit, welche die im Trauerprozess üblicherweise vorhandenen Verunsicherung verstärkt. Beispiele aus dem intra- und interpersonalen sowie dem generationenübergreifenden Kontext verdeutlichen dieses

¹⁰ Weiterführend: Backhaus U. 2020; Beutel M. 2002; Nijs M. 2003; Schärler-Santschi E. 2019; Worden J.W. 2018

Faktum: „Wie kann es sein, dass ich nicht gemerkt habe, dass mein Baby nicht mehr lebt?“ • „Was soll ich sagen, wenn ich auf meine Kinderzahl angesprochen werde?“ • „Ich kenne niemanden, der eine Fehlgeburt hatte!“ • „Meine Arbeitskollegen wissen nicht, wie sie mich ansprechen und mit mir umgehen sollen.“ • „Meine Mutter hat es vor Jahren selbst erlebt. Sie hat nie wirklich darüber gesprochen.“

- Häufig wird eine scheinbare Diskrepanz zwischen Anlass und den Auswirkungen erlebt. Die Trauer wirkt im Eigenerleben Betroffener und auf Angehörige in vielen Fällen „unverhältnismäßig“ in Ausprägung, Intensität und Dauer, sowie unpassend im zeitlichen Auftreten. Die Tragweite eines Verlustes wird häufig nicht sofort, sondern erst im weiteren Verlauf des Erlebens offenkundig (vgl. Worden W.J. 2018:189).
- Es gibt wenig Erinnerungen, die man mit anderen teilen kann (vgl. Klapp C. 2017:328), da das „zu betrauernde“ Objekt fehlt (vgl. Human M. et al. 2014).
- Die Mehrdeutigkeit des Verlustes, die sich u.a. auf die Lebensfähigkeit der Schwangerschaft, den physischen Prozess des Schwangerschaftsverlusts, die Bestattung sowie die Übermittlung von Nachrichten bezieht (vgl. Lang A. et al. 2011).
- Kontraste und Widersprüchlichkeit im Selbsterleben, „Ich wollte doch Leben in mir tragen und trage jetzt den Tod in mir!“ oder „Ich bin so traurig, dass wir Sternchen verloren haben, und trotzdem denke ich schon wieder an ein ‚neues‘ Kind?“. Besonders deutlich wird es bei Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben. Es ist eine Herausforderung sich die Trauer einzugestehen, weil es doch die eigene Entscheidung war, die Schwangerschaft abzuberechnen. Betroffenen sind teilweise der Meinung, dass sie keinen „wirklichen Verlust“ erlitten haben (vgl. Willmann H., Müller H. 2020:III).
- Aufgrund des Alters und der Art des Verlustes verfügen Betroffene häufig über geringe Erfahrungen im Umgang mit Krisen (Copingstrategien), „Wie gehe ich am besten mit der Situation um, wie trauere ich am besten?“ und medizinischen Behandlungsmaßnahmen „Es ist mein erster Klinikaufenthalt, ich bin noch nie operiert worden.“
- Verschiedene Trauerformen können gleichzeitig auftreten: Trauer durch Objektverlust, Trauer durch Nicht-mehr-haben, Trauer durch Nicht-bekommen, Trauer durch Versagen (vgl. Kozjak-Storjohann B., Wallraff D. 2019:7f).
- Lavierte bzw. latente Trauerprozesse aus der Kinderwunschzeit (z.B. monatliche Trauer durch Menstruation, empfundene soziale Sonderstellung als Kinderlose, Kosten der Kinderwunschbehandlung) treten durch die akute Trauer hervor (vgl. ebd. 2019:7f).

- Reaktionen aus dem medizinischen und sozialen Umfeld führen in vielen Fällen zu „aberkannter“ Trauer¹¹ (vgl. Lang A. et al. 2011). „Der bei einer Fehlgeburt erlittene Verlust wird allzu oft sozial negiert“ (Worden W.J. 2018:189). Bedeutungsvoll sind Wortwahl und Intension des Sprechers. Bagatellisieren des Verlustes sowie mangelnde Validierung (i.S. von Gültigkeit) durch andere Personen (vgl. Human M. et al. 2014) verstärken das Risiko. *„Es war ja noch so klein, kein richtiger Mensch!“* oder *„Das passiert doch vielen Frauen, beim nächsten Mal wird es schon klappen!“*.
- Höheres Risiko für komplizierte Trauerverläufe. „Prädiktoren für die Entwicklung komplizierter Trauer sind mangelnde soziale Unterstützung, bestehende Beziehungsschwierigkeiten oder das Fehlen überlebender Kinder sowie ambivalente Einstellungen oder eine erhöhte Wahrnehmung der Realität der Schwangerschaft. Das Risiko einer komplizierten Trauer war nach Beendigung einer Schwangerschaft aufgrund einer fetalen Anomalie besonders hoch“ (Kersting A., Wagner B. 2012).
- Größeres Ausmaß an Schuldgefühlen und Selbstvorwürfe, die aus einem möglichen Fehlverhalten, Schuldzuweisungen anderer, der Angst unbewusst den Verlust provoziert oder das Kind nicht genug wertgeschätzt zu haben, entstehen können (vgl. Kersting A. et al. 2017). „In dem Bedürfnis, einen ‚Schuldigen‘ zu finden, richten sie [Anm. die Frauen], die in ihnen aufsteigende Wut oft gegen sich selbst: ‚War das Joggen schuld? Das Tanzen? [...]‘“ (Worden W.J. 2018:190).
- Versagensgefühle, die sich nicht nur auf den Körper beziehen, treten verstärkt auf (vgl. Bhat A., Byat N. 2016). Das Gefühl des biologischen Versagens dominiert insbesondere bei der Mutter (vgl. Human M. et al. 2014).

4.1.2 Trauerbewältigung

In vielen Fällen bewältigen Frauen und Männer die Ereignisse mithilfe eigener Ressourcen (z.B. darüber sprechen, weinen, erinnern, schreiben, malen, körperliche Aktivität) und der gebotenen Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Die Art, wie über das verstorbene Kind gesprochen, mit seinem Körper umgegangen und wie getrauert wird, steht in einem Spannungsfeld persönlicher, sozialer und professioneller Erwartungen und Vorstellungen. Die Bewältigung des Verlustes wird durch dysfunktionale Faktoren wie Schuldgefühle, partnerschaftliche Konflikte beeinträchtigt und durch supportive Faktoren wie ein rückhaltspendendes soziales Netzwerk gefördert. Das

¹¹ Sie entsteht, wenn der Verlust einer Beziehung sozial nicht anerkannt ist (vgl. Worden W.J. 2018:12, siehe Abschnitt 4.4.1). Aberkannte Trauer wird auch als entrechtet bezeichnet i.S.v. „disfranchised grief“.

Vorhandensein von Kindern mindert nicht automatisch die Intensität belastender bzw. negativer Emotionen (vgl. Wischmann T. 2017:69ff). Verarbeitungsprozesse der Trauerbewältigung laufen nur wenig normativ ab. Frauen ziehen sehr unterschiedliche Ressourcen für die Reflexion des Geschehens und dessen Bewältigung heran. Das geht aus Gesprächsprotokollen der Erstautorin hervor. Es zeigt sich, dass die Verarbeitung des Erlebten nicht nur von Faktoren abhängig war, die sich auf die konkrete Situation bezogen (siehe Abb. 1). In unterschiedlichem Maße wurden diese von medizinischen und gesellschaftlichen Faktoren, die über den aktuellen Kontext hinaus gingen, konturiert (siehe Abb. 2 und 3). Hier wird bereits deutlich, wie stark das Erleben betroffener Frauen von seiner gesamten Umrahmung beeinflusst wird und die Rückkopplung medizinischer, juristischer, sozialer und spiritueller Dimensionen die psychische Verarbeitung determiniert.

Eine wichtige Rolle spielen „Instrumente“, welche die Erlebnisverarbeitung unterstützen. Die Palette an Möglichkeiten ist breit und reicht von sportlicher Aktivität und Ritualen bis zu sich Zerstreuen durch Kelleraufräumen. Effekte von Instrumenten sind nicht generell übertragbar und tagesformabhängig. Die Gradwanderung im methodischen Einsatz wird am Beispiel „Erinnerungsgegenstände“ verdeutlicht. Mementos¹² belegen die Existenz des Kindes und können ein Medium sein, den beinahe „unsichtbaren Tod“ sichtbar werden zu lassen (vgl. Neises M., Ditz S. 2000:213). Sie können Teil eines heilsamen Trauerprozesses sein, jedoch auch als „reminder“ (Auslöser) wirken und sind von „linking objekt“ (Verbindungsobjekt, d.h. ein eng mit dem Verstorbenen verbundener Gegenstand, der auf eine pathologische Fixierung hinweist) abzugrenzen (vgl. Nijs M. 2003 :79).

„So heißt es für Eltern, die ein Kind verloren haben, vieles ganz neu zu lernen: den Umgang mit den eigenen starken Gefühlen und den Umgang mit der Trauer des anderen. Es heißt, Rückzug und Übergriffe von Menschen aus dem nahen Umfeld zu verkraften und Worte zu finden, um etwas zu beschreiben, was man selbst kaum fassen kann. Es heißt Mut zu haben, sich auch ein Lachen zu erlauben, oder den Mut zu haben, die eigene Wut zuzulassen. Und es heißt, Geduld zu haben – mit sich selbst, dem Körper und der Seele, mit der Partnerin oder dem Partner“ (Michel U. 2019). Ob die Trauer durch eigene Strategien oder unterstützt durch das soziale Umfeld bewältigt wird oder ob professionelle Akteure erforderlich sind, hängt u.a. von Ausprägung und Intensität des Trauererlebens ab. Kliniken, Beratungsstellen und frei Praxen bieten je nach Bedarf psychosoziale, psychologische und psychiatrische Betreuungsangebote sowie stützend im Sinne einer Erinnerungskultur über regelmäßige Gedenkveranstaltungen und Gedenkstätten trauernde Eltern

¹² lat. *memento* – *ich gedenke*, sind Dokumente, Gegenstände wie Stein, Kerze, Buch oder Grabbeigaben (vgl. Nijs M. 2003 :79ff)

und Angehörige. Das Beraternetzwerk Kinderwunsch in Deutschland e.V. als Fachgesellschaft für Kinderwunschberatung bietet die Berater*innenliste mit bundesweit tätigen, zertifizierten Fachkräften. Der Bundesverband Trauerbegleitung e.V. bietet ebenfalls eine Liste qualifizierter Trauerbegleiter*innen, die ein bundesweites Netzwerk spannen.

Abb. 1: Personale Kontextfaktoren ab zweitem Trimester, die Erlebnisverarbeitung beeinflussen und sich auf das Verlusterleben beziehen

schwangerschaftsbezogen	personenbezogen	sozio-strukturell
<ul style="list-style-type: none"> • Art und Ort der Konzeption • Schwangerschaftsverlauf • Medizinische Überwachung der Schwangerschaft • Wissen bezüglich Schwangerschaftsvorsorge • Schwangerschaftsbedingte Erkrankungen • Gestationsalter zum Zeitpunkt des Verlustes • Entwicklung von Bindungsaufbau • Ambivalenzen bezogen auf die Schwangerschaft • Grunderkrankungen der Mutter, die Einfluss auf die Schwangerschaft nehmen • Vorerfahrungen bezogen auf Schwangerschaft und Geburt • Vorangegangene Verlusterfahrungen in der Schwangerschaft • Schwangerschaftsbezogene und / oder durch selbige initiierte Konflikte • Faktoren, die mutmaßlich zum Verlust / Tode führten • Schwangerschaftsbedingte Umstände von Tod und Geburt 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter Frau, Partner*in, Geschwisterkinder • Gesundheitszustand und Konstitution von Mutter, Vater, Geschwisterkinder • Intelligenz • Reflexionsfähigkeit • Resilienz • Kreativität • Funktionalität eigener Copingstrategien • Grad der persönlichen Intelligenz • Persönlichkeitsstruktur • Fähigkeit der Selbstdisziplin • Persönliche Reife, Lebenserfahrung • Erlebte Traumata, Schicksalsschläge • Kommunikations- und Ausdrucksfähigkeit • Erziehungsstil und Sozialisation • Ressourcen im Umgang mit Lebenskrisen • Individuelle Lebensplanung • Religiosität / Spiritualität • Bewertung und Bedeutung der Schwangerschaft für Mutter • Konflikte in der Partnerschaft • Qualität und Form der Partnerschaft • Berufliche Lebensgestaltung • Erlernte Muster der Trauerbewältigung • Unverarbeitete „alte“ Trauer 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderzahl im sozialen Umfeld • Lebens- und Wohnverhältnisse • Bewertung und Bedeutung der Schwangerschaft für Vater, Geschwister, Angehörige und soziales Umfeld • Konflikte in der Familie, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis, der Nachbarschaft • Einbindung in ein familiäres / soziales Gefüge • Sportverein, Kirchengemeinde • Freizeitaktivität • Ausleben von Kreativität • Unterstützung durch Angehörige • Reaktionen des sozialen Umfeldes auf den Verlust • Vorhandensein von Trauerformen / Trauerritualen innerfamiliär und / oder im nahen sozialen Umfeld • Lebenszeit von nahen Angehörigen • Umgangs- und Kommunikationsformen im Familienkontext • Vernetzung in sozialen Medien, Bedeutung von Personen, Austausch, Informationen aus sozialen Medien • Bestattungsort und dessen Lage zum Wohnort

Abb. 2: Klinische Kontextfaktoren ab zweitem Trimester, die Erlebnisverarbeitung beeinflussen und sich auf das Verlusterleben beziehen

präpartal	perinatal	postpartal
<ul style="list-style-type: none"> • Anwesende Personen, Atmosphäre, situatives Umfeld bei Inhalt Diagnosestellung • Wortwahl / Sprachgebrauch bei Diagnoseübermittlung, stationärer Aufnahme • Informationsgehalt ärztlicher und pflegebezogener Aufklärungsgespräche • Krisenintervention ab Diagnoseübermittlung psychosozial, pflegerisch, seelsorgerlich • Wartezeiten bei Verdachtsdiagnose, Umgang des Personals damit • Faktor Zeit • Unterstützung der Entscheidungsfindung, Beratungsangebote und Beratung • Hilfestellung zum Umgang mit der Diagnose • Wissen über weiteres medizinisches Vorgehen, „sich vorbereiten können“ • Wartezeiten auf psychosoziale Beratung, Arzttermine, stationäre Aufnahme • Organisation des stationären Aufenthalts, Begleitperson, Einzelzimmer • „sich willkommen fühlen“ • Ärztliche, hebammenbezogene, pflegerische, psychosoziale, seelsorgerliche Betreuung • Verhalten der Klinikmitarbeiter • Aufklärung und praktische Anleitung Geburtseinleitung / Wehen- und Geburtsverläufe (konkrete Übungen) • Material / Anleitung um für das Kind, etwas zu gestalten • Kenntnis bevorstehender Abläufe und Orte, an die Frau, Mann, Kind kommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Wortwahl / Sprachgebrauch bei Anleitung zur sowie unter der Geburt und direkt danach • Faktor Zeit • Atmosphäre kurz vor und zur Geburt • Anleitung zum Umgang mit den Wehen • Wissen um Geburtsort und dessen Ausstattung • Personen, die die Geburt begleiten • Kenntnis eigener Verhaltensoptionen, wenn das Kind ohne geburtshilflichen Beistand unerwartet geboren wird • Einbeziehung des Partners*in • Kooperation des Personals bei besonderen Wünschen, sowie deren Entsprechung • Entsprechungen des individuellen Sicherheitsbedürfnisses • Schmerzerleben • Geburtsverlauf • Geburtserleben • Geburtsverletzungen • Notfallsituationen • Umgang des Personals mit (ungeplantem) Geburtserleben / Geburtsort • Erstkontakt zum Kind • Anleitung zum Umgang mit dem toten/sterbenden Kind • Betreuung des Partners*in nach der Geburt • Akzeptanz des Wunsches, Kind nicht zu sehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wortwahl / Sprachgebrauch nach der Entbindung dem Kind gegenüber • Anerkennung der Gebärleistung • Berücksichtigung individueller Wünsche zur Abschiedsgestaltung • Palliative Begleitung des Kindes • Abschied vom stillgeborenen Kind • Akzeptanz, wenn kein Abschied / Segnung gewünscht wird • Operativer Eingriff nach Geburt • Geburtshilfliche, psychosoziale, pflegerische, seelsorgerliche Betreuung • Personal kondoliert, nimmt Anteil • Faktor Zeit • Informationen / Rückmeldung zur möglichen Todesursache, Geburtsverlauf, operativen Eingriff • Rückmeldung zum Aussehen des Kindes • Umgang mit / Versorgung des toten Kindes • Erinnerungsgestaltung (Foto, Abdrücke) • Informationen zur Trauerbewältigung • Hilfestellung bei Bestattungsmodalität • Anwesende Personen, Atmosphäre, situatives Umfeld, Inhalt bei Entlassungsgespräch • Wortwahl / Sprachgebrauch bei Entlassungsgespräch • Umstände der Entlassung, Verabschiedung vom Personal • psychosoziale Trauerbegleitung und Informationen zu außerklinischen Angeboten

Abb. 3: Sonstige Kontextfaktoren ab zweitem Trimester, die Erlebnisverarbeitung beeinflussen und sich auf das Verlusterleben beziehen

Biografie - Familienplanung	spezifische medizinische Faktoren	Belastungsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Kinderwunschanamnese • Fertilitätseinschränkungen Frau/Partner • Verwandtenehe • Vorstellung von Familiengründung, Schwangerschaft und Geburt ab Kindheit • Dauer der Kinderwunschzeit • Schwangerschaft durch ART • Gametenspendebehandlung • Ausgedehnte Liegezeit und Ängste um das Leben eines ungeborenen Kindes • Verlusterfahrung/en in der Schwangerschaft • Schwangerschaftsabbrüche ohne / mit ausgeprägten Ambivalenzen • Miterleben von schwangerschaftsbezogenen Verlusten naher Angehöriger / Freunde sowie deren Umgang mit dem Verlust • Durchführung (selektiver) Fetozid • Adoption eines Kindes • Tod eines Kindes durch Frühgeburtlichkeit und unter der Geburt, kurz danach • Geburt eines behinderten Kindes • Geburtstrauma / Todesängste bei Geburt • Ungewünschter Geburtsmodus • Sehr positive Geburtserfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verletzung der Schweigepflicht durch Arzt, medizinisches Personal • Ignoranz, Arroganz durch med. Personal • Sichtbare Emotionalität und Ergriffenheit des Personals • Sicherheit / Unsicherheit des med. Personals • Streit / Harmonie im Team der Ambulanz, Station, Kreißsaal • Gute / schlechte transdisziplinäre Kooperation • Medizinische Behandlungsfehler bzw. ein mögliches Vorliegen • Schuldzuweisungen von anderen Personen gegenüber der Frau bezogen auf Fertilität, Schwangerschaft, Geburt, Verlust • Informationen aus dem Internet über Diagnose, Behandlung, klinisches Procedere, Abschiedsgestaltung, Trauerbewältigung • Psychische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen • Grunderkrankungen der Mutter und des Vaters • Ängste, Depressionen, Zwänge (neurotische Symptome) und Vorahnungen in der Schwangerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Besondere persönliche Belastungen wie die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger • Soziale Isolation und Rückzug in der Schwangerschaft • Verheimlichung der Schwangerschaft • Schuldgefühle im Zusammenhang mit bestehenden Belastungen im Alltag • Besondere Belastungen im Beruf • besondere Verantwortungs- und Fürsorgepflichten • Versorgung von Tieren / Tierhaltung • Wohnortwechsel, Umzug, Hausbau • Überforderung / Überlastung durch Belastungsfaktoren • Schicksalsschläge / schwere Erkrankung von Angehörigen in den letzten drei Jahren • Zeitgleiche Schwangerschaften / Geburten von Angehörigen, Freundinnen, Kolleginnen • Zeitnaher Tod einer nahestehenden Person • Finanzielle Belastungen, sozialer Härtefall • Migrationshintergrund • Jegliche Form sexueller Missbrauchs- und Gewalterfahrung in der Biografie

4.2 Medizinische Dimension im klinischen Setting

Aus biomedizinischer Perspektive ist Schwangerschaft ein vor allem körperlicher Zustand (vgl. Hirschauer S. et al. 2014:256). Ein zutiefst ursprünglicher und natürlicher Zustand¹³, der aus dem Organismus der Frau, ihrer Sexualität und Fertilität hervorgehen kann.

Der Weg von der Diagnose über das klinische Management bis zur unterstützenden Nachsorge kann für Frauen, deren Partner*innen und medizinische Betreuer, auch bei sporadischer Fehlgeburt, eine Herausforderung sein (vgl. Lancet 2021; Lancet 2021 Miscarriage 2). Während die betroffene Frau bzw. das Paar die Schwangerschaft sowie den Verlust derselben als singuläres Ereignis erlebt, verfügen medizinische Versorgungseinheiten über Behandlungsroutinen und -standards.

4.2.1 Herausforderungen für medizinische Einrichtungen (Kliniken)

Handlungskorridor der medizinischen Versorgung sind evidenzbasierte Medizin, Leit- und Richtlinien sowie Finanzierungsrahmenbedingungen (vgl. Debatin J.F. et al. 2013:403). Ein qualitätssichernder und qualitätsoptimierender Effekt, der in Form einer verbesserten Prozess- und Erlebnisqualität nicht nur den Patientinnen zugutekommt, entsteht durch Zentrumsbildung mit Zertifizierung durch unabhängige externe Gutachter und Fachgesellschaften (vgl. Beckmann M.W. et al. 2011:373). Ein Faktor, der das Risiko frühkindlicher Todesfälle erhöht, ist Frühgeburtlichkeit. Die symptomatische Behandlung bei drohender Frühgeburt ist ein multifaktorieller Prozess. Er zielt darauf ab, durch präventive und therapeutische Maßnahmen Risikoschwangerschaften zu verlängern und somit die perinatale Letalität und Morbidität zu senken, sowie die Chancen, Frühgeborenen für ein möglichst komplikationsfreies Überleben zu verbessern (vgl. Schleußner E. 2013). Nachweislich bessert sich die Versorgungsqualität von Frühgeborenen mit einem deutlich erniedrigten Geburtsgewicht in Abhängigkeit zur Ausstattung der Geburtskliniken, dem Grad der Zentralisierung und dem Fallvolumen (vgl. Rashidian A. et al. 2014, Lasswell S.M. et al. 2010, Neogi S.B. et al. 2012). Eine finnische Studie (vgl. Karalis E. et al. 2016) zeigt, dass die verpflichtende 24 h-Anwesenheit eines Pädiaters das Risiko für letale Geburtskomplikationen für das Kind während der Entbindung reduziert (vgl. Schmitt J. 2019:110). Krankenhausträger sind verantwortlich für die Bereitstellung personeller, räumlicher und apparativer Ressourcen, ebenso für die Einhaltung der medizinischen Standards (vgl. Berg D. 2013:84). Expertenstandards, so der „Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen

¹³ Die Stärkung des Verständnisses von Schwangerschaft als einem natürlichen Prozess und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mutter und Kind ist ein nationales Gesundheitsziel (vgl. BGM)

Geburt", sind seit 2019 nach §113a SGB XI verbindlich (vgl. DNQP 2014). Frauen, die eine Stillgeburt erleben, profitieren sehr von individualisierten, d.h. sich am individuellen Bedarf ausrichtenden, Managementplänen (vgl. Bhat A., Byat N. 2016; Coffey H. 2016).

Das Versorgungsmanagement impliziert die Bereitstellung von Equipment zur direkten medizinischen Versorgung, wie transportable Gebärmöbel oder Pezziball, die visuell auf die Geburt vorbereiten und bei Wehenbeginn bzw. zur Geburt auch außerhalb des Kreißsaals einsetzbar sind. Ebenso Equipment für die psychosoziale Betreuung und Gestaltung des Abschiednehmens, wie ein Körbchen, in welches das tote Kind gebettet werden kann (vgl. Rhode A. 2015:282). Klinische Einrichtungen sichern die fachliche Qualifizierung des Personals, den Zugang zu Supervisions- und Interventionsangebote für Mitarbeiter*innen und pflegen Netzwerkpartnerschaften zu Familienberatungsstellen oder Initiativen wie „Hope Angels“ oder „Sternenbärchen“, die Geburtskliniken handgefertigte Unikate als „Give-away“ für betroffene Paare bieten. Medizinische Einrichtungen sind zudem als „Inhaber des Gewahrsams“ oder „Verfügungsberechtigte“ gesetzlich verpflichtet, „Leibesfrüchte“ außerhalb der individuellen Bestattungspflicht zu bestatten. Vielerorts kooperieren Kliniken, Kommunen, kirchliche Träger sowie Elterninitiativen bei den Gemeinschaftsbeisetzungen¹⁴ an speziell ausgewiesenen Gemeinschaftsgrabstellen. Sie ermöglichen dadurch eine für Eltern kostenlose Beisetzung und sichern eine Grabstätte für mehrere Jahre ohne verpflichtende Grabpflege für die Eltern. Am Beispiel der Universitäts-Frauenklinik Erlanger werden nachfolgend konkrete Versorgungsstrukturen vorgestellt.

Seit 2002 implementiert der ärztliche Direktor Professor Beckmann hohe Versorgungsstandards, die eine ganzheitliche Versorgung betroffener Frauen sichern. So erhalten Patientinnen in der Aufnahmesituation alle relevanten Informationen schriftlich über die „Infopost für Trauernde“¹⁵ sowie die „Infomappe für trauernde Eltern“. Die Präventionsmaßnahme zielt darauf ab, Betroffene vor kognitiver Überflutung zu schützen. Für die Wartezeit auf den Wehenbeginn werden verschiedenen Materialien, die zum Schreiben und kreativen Gestalten einladen wie Briefpapier, Mandala, „letztes Bettchen“¹⁶, zur Verfügung gestellt. Die Patientinnen erhalten auf Wunsch eine persönliche Anleitung. Seit 2006 gibt es für die kriseninterventive und psychosoziale Begleitung den Psychosozialen Dienst der Geburtshilfe. Die Mitarbeiterinnen, die über fachspezifische Qualifikationen und zeitliche Ressourcen verfügen, betreuen die Patientinnen

¹⁴ Die Kinder werden anonym oder öffentlich in einem Sarg beigesetzt. Im Rahmen dessen findet meist ein ökumenischer Gedenkgottesdienst oder eine öffentliche Beisetzungsfeierlichkeit statt.

¹⁵ Ein Briefumschlag mit einem persönlich vom Klinikdirektor unterschriebenen Kondolenzschreiben, Informationsfolder sowie praktischen Empfehlungen für den stationären Aufenthalt und die Trauerbewältigung.

¹⁶ Weiße Baumwolltücher zur persönlichen Gestaltung für die Eltern, in denen das Kind bestattet werden kann.

sowie deren Angehörige vor, während und nach dem stationären Aufenthalt. Vielzählige Frauen und Paare nehmen das Angebot der poststationären Trauerbegleitung dankbar auf und in Anspruch. Im Jahr 2012 konzipierte ein Team um Beckmann die Wanderausstellung „Tod am Anfang des Lebens“. Sie zeigt auf sensible Weise über gestaltete „letzte Bettchen“ die Wertschätzung, die Eltern ihren frühverstorbenen Kindern entgegenbringen, informiert Betroffene, Fachkräfte sowie die breite Öffentlichkeit und leistet einen Beitrag zur Enttabuisierung des Themas. Die Ausstellung wird kostenfrei verliehen und wurde seither in sieben deutschen Städten mit hoch positiver Resonanz gezeigt (vgl. Wanderausstellung „Tod am Anfang des Lebens“ Erlangen).

4.2.2 Herausforderungen für medizinische Fachkräfte

Medizinische Schwangerschaftsbegleiter*innen und Geburtshelfer*innen sind wichtige Vertreter*innen pränataler Sozialbeziehungen (vgl. Hirschauer S. et al. 2014:1). Medizinisches Wirken in *persona* ist bestrebt, Leid zu lindern und einen frühen Tod möglichst zu verhindern. Bei einer stillen Geburt werden Leid und Tod im wahrsten Sinn des Wortes geboren. Das begleitende medizinische Personal wird mit den Grenzen ärztlicher Kunst konfrontiert (vgl. Neises M., Ditz S. 2000:214). Boyle et al. empfehlen für die Praxis grundlegend: „gute Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung, Anerkennung der Elternschaft, effektive Unterstützung und verantwortliche Organisation“ (vgl. Boyle F.M. et al. 2020). Betroffene haben häufig bereits zu Beginn des Klinikaufenthalts einen hohen Informations- und Beratungsbedarf (vgl. Aiyelaagbe E. 2017, Coffey H. 2016, Frank F. et al. 2018). Eine Analyse von Geburtsnarrativen zeigt eine Spaltung zwischen dem Wissen der Klinikangestellten und der verkörperten Erfahrung der Gebärenden, was u.a. zu einer Verteilung von Handlungsträgerschaften zwischen Gebärenden, Professionellen und Technologien führt (vgl. Hirschauer S. et al. 2014:4). Fachkräften fällt neben der medizinischen Aufklärung die Aufgabe zu, Fehlinformationen und unrealistischen Vorstellungen, die Betroffene überwiegend aus dem Internet generieren, richtigzustellen. In Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation kann bereits im ärztlichen Aufnahmegespräch die Begegnung mit dem toten Kind sensibel thematisiert werden. Die Frau bzw. das Paar hat somit frühzeitig die Möglichkeit, sich über ihre Bedürfnisse klar zu werden, bevor sie möglicherweise mit belastenden Situationen konfrontiert oder überwältigt wird (vgl. Rohde A. 2015:281). Die Datenlage zur aktiven Verabschiedung (das tote Kind sehen, berühren, halten) und dessen Bedeutung für den Verarbeitungsprozess ist teilweise kontrovers. Die 2017 aktualisierte NICE Leitlinien empfiehlt:

„Besprechen Sie mit einer Frau, deren Baby tot geboren wird oder kurz nach der Geburt stirbt, sowie mit ihrem Partner und ihrer Familie die Möglichkeit einer oder mehrerer der folgenden Optionen: -ein Foto des Babys zu sehen -Erinnerungsstücke an das Baby zu haben -das Baby zu sehen -das Baby zu halten. Die Frau, ihr Partner und ihre Familie sollten einen Folgetermin in der Primär- oder Sekundärversorgung angeboten bekommen. Wenn bekannt ist, dass das Baby in utero gestorben ist, sollte dieses Gespräch vor der Entbindung stattfinden und bei Bedarf nach der Entbindung fortgesetzt werden" (NICE clinical guideline 2017:14; siehe Redshaw M. et al. 2016).

Zur Klärung sensibler Themen, wie Namensgebung, Foto- und Abschiedsgestaltung ist ein Rahmen der Vertraulichkeit und ausreichend Zeit erforderlich (vgl. Rohde A. 2015 :281f; Altmann U., Hoyme U. 2012). Betroffene Frauen und ihre Familien sind mit der Atmosphäre bzw. dem Spannungsfeld konfrontiert, das durch medizinisches Fachpersonal und Klinikmitarbeiter erzeugt wird [und umgekehrt!]. Medizinisches Personal sollte ungeachtet äußerer Umstände ein offenes Klima für Elternwünsche bereiten (vgl. Altmann U., Hoyme U. 2012:806).

Der frühe Tod löst bei Fachkräften Betroffenheit aus und führt die Endlichkeit des (eigenen) Lebens vor Augen. Von knapp 80 % der befragten Krankenhausmitarbeiter wird ein signifikant hohes negatives Stresslevel beschrieben, das sich auf maladaptive Copingstrategien zurückführen lässt (vgl. Wallbank S., Robertson N. 2013). Professionelles Handeln kann sich dementsprechend auch nur in der eigenen Auseinandersetzung und spezifischen Qualifizierung für diesen Versorgungsbereich entfalten. Michel empfiehlt für beteiligte Akteure Selbstreflexion zur Klärung eigener existenzieller und ethischer Fragestellungen. „Welche Kräfte können eingesetzt werden, um das Leben durch einen Tod nicht aus den Augen zu verlieren?“ (Michel U. 2019). Gedanken der Hebamme Mira Frick, 29 Jahre, Krankenhaus Mindelheim, aus dem Jahr 2020:

"Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne" heißt es. Doch wenn der Anfang auch das Ende ist, ist die Suche nach dem Zauber eine Herausforderung. Wer ihn aber sucht, der findet einen ungeahnten Schatz, denn jede Erfahrung bringt mir die Möglichkeit, mich ganz auf eine Familie einzulassen, einen Raum für Gefühle zu schaffen und einen individuellen Weg für die Geburt und die damit verbundene Trauer zu finden. Diese intensiven Begleitungen bringen mich auf eine besondere Art und Weise mit „dem Moment“ und auch „mit mir selbst“ in Kontakt. Das wird im Arbeitsalltag oft außer Acht gelassen. Mir wird in diesen Situationen klar, welche vielschichtigen Aufgaben in der heutigen Medizin auf uns warten. Zunächst ist das die Begleitung der Familien, doch darüber hinaus ist es auch die Verarbeitung der eigenen Erfahrungen und der Anerkennung dessen, dass

auch wir Gefühle verarbeiten müssen, um keine Traumata zu entwickeln. Diese Erkenntnis verdanke ich der Geburt eines Sternkinde und ich bin jeden Tag für diese Erfahrung dankbar, denn sie macht mich zu einer achtsameren, aber insbesondere verantwortungsvolleren Hebamme.“

Neben den genannten Professionen sind auch Fachkräfte der Bereiche Verwaltung, Pathologie, Sozialdienst sowie Reinigungs- und Servicekräfte involviert. Die Segmentierung von Leistungsbereichen, der professionsbezogene Skills- und Grademix des interdisziplinären Teams sowie das 24-h-3-Schichtsystem erzeugen multiple Schnittstellen bei durchschnittlich kurzer Verweildauer pro Patientin. Konkret kann das für eine Frau bedeuten, dass sie innerhalb von 24 Stunden bei stationärer Aufnahme wegen Fehlgeburt mit neun verschiedenen Professionen aus elf unterschiedlichen Funktionsbereichen¹⁷ direkten Kontakt hat.

4.2.3 Herausforderungen für die Frau

Das Gros der Versorgungsleistungen des klinischen Funktionsapparates liegen außerhalb des Erlebensraumes Betroffener. Im Sinne des Eisberg-Prinzips bilden die für die Patientin wahrnehmbaren Kernleistungen der Versorgung lediglich die Spitze. Perspektiven des Patientenbeurteilungsraums unterteilen Diagnose (mit Anamnese), Behandlung, Entlassung, Nachbetreuung. Diese Bereiche sind der medizinischen Versorgung, dem administrativen und organisatorischen Management sowie dem Service- und Dienstleistungssektor zugeordnet (vgl. Debatin J.F. et al. 2013:227). Der Qualitätsbegriff der klinischen Versorgung beschreibt nicht nur medizinische Kernleistungen, sondern auch sogenannte Nebenleistungen¹⁸. Freundlichkeit der Mitarbeiter, die Qualität der Informationsvermittlung sowie Grund- und Serviceleistungen, wie Medienzugang, Unterbringung und Verpflegung, nehmen ein hohes Gewicht bei der Gesamtbewertung durch Patienten ein (vgl. ebd. 2013:405).

Bei frühem schicksalshaften Schwangerschaftsverlust im ersten Trimenon gibt es drei Behandlungsformen (abwartend, medikamentös, operativ), die eine Frau in Anspruch nehmen kann bzw. muss (vgl. Peters M. 2019). Ab dem zweiten Trimenon kommt das intrauterin verstorbene Kind über eine vaginale, sogenannte stille Geburt¹⁹ zur Welt. Diese kann auch

¹⁷ Berufsgruppen: Ärzte, Hebammen, medizinische Fachangestellte, Seelsorger, Sozialarbeiter, Mitarbeiter der Pathologie, Pflege, Verwaltung, Servicemitarbeiter. Abteilungen: Ambulanz, Anästhesie, Gynäkologie, Operationsbereich, Klinikseelsorge, Patientenverwaltung, Sozialdienst, Station, Pathologie, Reinigungs- und Servicebereich.

¹⁸ Ergebnisse einer allgemeinen Befragung von 500.000 Patienten (Weisse Liste 2012)

¹⁹ Auch Stillgeburt genannt - die Bezeichnungen leiten sich aus dem englischen Sprachgebrauch „silence birth“ ab und beschreibt eine Geburt, bei der es keinen Geburtsschrei des Kindes geben wird. Die Bezeichnung löst den tradierten, jedoch äußerst kruden Begriff der „Ausstoßung“ ab.

hebammengeleitet im häuslichen Umfeld oder einem Geburtshaus erfolgen. Eine Schnittentbindung wird aufgrund der Risiken und der Möglichkeit, zeitnah eine neue Schwangerschaft planen zu können, in der Regel nicht angeboten (vgl. AWMF 1). Im klinischen Setting ist die Unterbringung im Einzelzimmer sowie die Aufnahme einer Begleitperson üblich. Die Geburtseinleitung erfolgt medikamentös, die Stillgeburt entweder im Patientenzimmer oder im Kreißaal. Die Geburt sowie der Abschied vom stillgeborenen Kind wird idealerweise durch ein Team aus Gynäkologen, Hebammen und Pflegefachkräfte begleitet. Kommt ein nicht lebensfähiges Kind zu früh oder lebend zur Welt, wird es neonatologisch und/oder palliativmedizinisch versorgt. Die relative kurze Zeit, die Eltern und Fachpersonal im klinischen Setting bleibt, bietet Gelegenheit, das Kind „kennenzulernen“, Abschied zu nehmen und Erinnerungen an das Kind zu generieren wie Fotos, Hand- und Fußabdrücke (vgl. Redshaw M. et al. 2016). Über die Klinikseelsorge werden Segnung bzw. Waschung des Kindes angeboten.

Als besonders bedeutsam beschreiben Trauernde die Empathie und Sensibilität durch Fachkräfte, die Art wie sie auf das Kind reagierten und es versorgten sowie einen offenen Zeitrahmen für den persönlichen Abschied (vgl. Kingdon C. et al. 2015). Auch das Ambiente sowie die Worte der bei Geburt eines totgeborenen Kindes Anwesenden (Arzt, Hebamme, Pflegefachkraft) beeinflussen die Erlebensefahrung der Eltern und können langfristige psychologische Auswirkungen auf deren Gesundheit haben (vgl. Radestad I. et al. 2009). Ergebnisse aktueller Studien weisen auf eine fehlende Einbindung der Eltern in klinische Versorgungsstrukturen hin, mit teils erheblichen Lücken bei Beratung und Betreuung ab Diagnosestellung über den gesamten Behandlungsverlauf sowie nach der Entlassung. Eltern bemängelten, dass ihre Erfahrungen bei der Konzeption von Schulungen für Fachkräfte nicht adäquat vertreten sind (vgl. Aiyelaagbe E. et al. 2017, Bakhbakhi D. et. al, 2017, Bakhbakhi D. et.al. 2018, Frank F. et al. 2018). Die weitere Gesundheit trauernder Eltern nach dem frühen Verlust eines Kindes sind stark von der Einstellung und dem Verhalten des klinischen Personals sowie einem qualitativ hochwertigen klinischen Verfahren abhängig (vgl. Downe S. et al. 2013). Es konnte ein Zusammenhang zwischen Ängsten von Frauen im Rahmen des Geburtserlebens und den Kommunikationsfähigkeiten des Personals nachgewiesen werden (vgl. Coffey H. 2016).

4.3 Juristische Dimension

Vordergründig spielen juristische Rahmenbedingungen im Erleben Einzelner primär eine untergeordnete Rolle, das Netzwerk staatlicher Unterstützungsangebote ist weitestgehend unbekannt. Erst im Verlauf treten die weitreichenden Folgen gesetzlicher Grundlagen,

kommunalen Anlaufstellen sowie Service- und Dienstleistungsangebote in den Lebensraum Betroffener. Nicht alle rechtsstaatlichen Referenzbereiche treten präsent in Erscheinung. Die Pflicht der statistischen Datenerfassung obliegt dem Bund über das Bundesmeldegesetz. Verschiedene Einrichtungen wie z.B. das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) erheben und verwalten Daten. Die Daten werden an das jeweilige statistische Landesamt übermittelt und zentral durch das Bundesministerium für Statistik erfasst (vgl. Hübner J. 2014:11). Statistische Daten sind die Grundlage für medizinische und epidemiologische Forschung sowie für begründete Entscheidungen in Politik, Wirtschaft und Verwaltung (vgl. Qualitätsstandards der amtlichen Statistik 2006:6).

4.3.1 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen zu Kinderwunsch und Familiengründung sind komplex²⁰. Die Bundesärztekammer erstellt die Richtlinie zur Fortpflanzungsmedizin. Die aktuelle Fassung von 2018 „Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ wurden gemäß dem Transplantationsgesetz aufgestellt und dem Samenspenderregistergesetz angepasst (vgl. BÄK 2018). Der Rechtsanspruch auf ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft geht aus den §§24c ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V hervor. Das Recht auf Beratung in der Schwangerschaft ist gesetzlich verankert (§§14 SGB I, 24c SGB V, 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG, 10 Gendiagnostikgesetz - GenDG). Ungeborenes menschliches Leben ist verfassungsrechtlich, strafrechtlich und zivilrechtlich geschützt (vgl. Wissenschaftliche Dienst 2018). Schutzbestimmungen für Embryonen sind im Embryonenschutzgesetz geführt. Der (strafrechtliche) Schutz ungeborenen Lebens ist bis zum Einsetzen der Eröffnungswehen auf die §§218 ff. StGB beschränkt. Ein Schwangerschaftsabbruch ist gemäß §218a Abs.1 Strafgesetzbuch (StGB) sowie §§5ff SchKG straffrei. Schutzbestimmungen für Schwangere und Frauen, die ein Kind geboren haben, finden sich im bundeseinheitlich gültigen Mutterschutzgesetz (MuSchG). Laut §17 MuSchG besteht bei einer Fehlgeburt, die sich nach der 12. SSW ereignet, temporärer Kündigungsschutz. Ereignet sich eine Fehlgeburt vor dieser Zeit, erhält die Frau eine Freistellung vom Arbeitsverhältnis über eine Krankmeldung (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung). Bei Totgeburt sichert die Mutterschutzfrist die Freistellung von der beruflichen Beschäftigung. Erweiterte Schutzfristen werden u.a. bei Frühgeburtslichkeit

²⁰ Gesetzliche Regelungen finden sich u.a. im: Embryonenschutzgesetz (ESchG), Samenspenderregistergesetz (SaReg), Gewebegesetz, Transplantationsgesetz (TPG), TPG-GewV, GenDG, SGB V, BGB, Adoptionsvermittlungsgesetz (vgl. Gerlach B. 2021).

gewährt. Das Bundeskindergeldgesetz regelt in §5 Abs.1 die Zahlung von Kindergeld bei verstorbenen Früh- und Termingeborenen, selbst wenn diese nur Minuten gelebt haben.

Das Personenstandsgesetz (PStG) nimmt bei Geburt und Tod über die Personenstandsverordnung (PStV) eine zentrale Stellung ein. Fehlgeborene bilden numerisch die größte Gruppe schwangerschaftsbezogener Verluste, werden jedoch personenstandsrechtlich nicht erfasst (§31 Abs.2 S.2 PStV). Aufgrund von Lebenszeichen, Geburtsgewicht und SSW, die klinisch durch Arzt/Hebamme erfasst werden, ergibt sich der Personenstand. Aus diesem resultieren die Rechtsstellung des (verstorbenen) Kindes sowie nachfolgende Handlungsketten. Nach §31 PStG werden lebendgeborene und verstorbene Kinder in Geburten- und Sterberegister registriert und beurkundet. Totgeborene werden ausschließlich über das Geburtenregister mit einem entsprechenden Vermerk registriert und beurkundet. Seit 2018 werden totgeborene Kinder unter 500 g als Totgeburt klassifiziert, wenn die 24. SSW erreicht wurde (§31 Abs.2 Nr.2 PStV). Bundeseinheitlich besteht bei Lebendgeburten mit Todesfolge sowie Totgeburten die Pflicht zur Durchführung einer Leichenschau (vgl. AWMF 2). Ein Rechtsanspruch auf Obduktion, histologische oder humangenetische Untersuchung haben Eltern nicht (vgl. BZgA).

Aus der Klassifikation des §31 PStV resultiert die Bestattungspflicht. Sie ist derzeit über 16 länderrechtliche Bestattungsgesetze (BestG) geregelt. Sie legen Bestattungs-, Friedhofs- und Obduktionsgesetze sowie Leichenverordnungen fest und weisen länderspezifische Bestattungsfristen, -pflichten und -rechte für Individualbestattung aus. Zudem ist der Umgang mit nichtbestattungspflichtigen Fehlgeborenen durch Verfügungsberechtigte bzw. die Inhaber des Gewahrsams (Kliniken) ausgewiesen. Exemplarisch ein Auszug aus dem Bestattungsgesetz Bayern Art.6, Abs.1, Satz 2-3:

>(2) Eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht mit einem Gewicht unter 500 Gramm (Fehlgeburt) kann bestattet werden. (3) Sofern Fehlgeburten nicht nach Satz 2 bestattet werden, müssen sie, soweit und solange sie nicht als Beweismittel von Bedeutung sind, durch den Verfügungsberechtigten auf einem Grabfeld zur Ruhe gebettet oder, wenn dies nicht möglich oder zumutbar ist, durch den Inhaber des Gewahrsams unter geeigneten Bedingungen gesammelt und in bestimmten zeitlichen Abständen auf einem Grabfeld zur Ruhe gebettet werden<

Grundsätzlich legt die Verwendung des Gewahrsamsbegriffs die Zuordnung zum Bereich Rechtsobjekt nah. §4 Transplantationsgesetz (Entnahme bei toten Embryonen und Föten) enthält zusätzliche Verfahrensanweisungen. Die Totenfürsorge wird im Strafrecht berücksichtigt (§§167a,

168, 189 StGB), ist jedoch für eine Leibesfrucht gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Sie wird durch Art.1 Abs.1, Art.2, Art.3, Art.6 Grundgesetz (GG) gestützt und gewohnheitsrechtlich anerkannt.

4.3.2 Rechtsprechung, Service- und Dienstleistungsangebote

Bei Rechtsfragen mit Bezug zu perinataler Sterblichkeit können sich Betroffene an die Instanzen der zuständigen Gerichtsbarkeiten wenden. Exemplarisch sind zwei Urteile geführt. Das Bundessozialgericht urteilte 2017, dass eine depressive Erkrankung, die durch eine frühere Fehlgeburt ausgelöst wurde, bei der Bestimmung des Elterngeldbemessungszeitraums als eine maßgeblich durch die Schwangerschaft bedingte Krankheit im Sinne eines Ausklammerungstatbestands des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes zu werten ist²¹. Ein Urteil aus dem Sozialrecht legt dar, dass Eltern nach einer Fehlgeburt keinen Anspruch auf Übernahme der Bestattungskosten aus Sozialhilfemitteln nach §74 Sozialgesetzbuch (SGB) XII haben, da sie, anders als der Krankenträger, nicht zur Bestattung verpflichtet sind²².

Schwangere können bei Schwangerschaftsfragen und -konflikten auf die kostenlosen Beratungsangebote der staatlichen Familienberatungsstellen zugreifen. Die Kommunen, d.h. die zuständigen Standes- und Friedhofsämter bieten verschiedene Dienstleistungs- und Serviceangebote. Neben der Beurkundung können Fehl- und Totgeborene auf Wunsch der Eltern einen Familien- und Vornamen erhalten (§§1616 ff. BGB). Fehlgeborene Kinder werden zwar personenstandsrechtlich nicht erfasst, können aber auf Wunsch der Eltern standesamtlich angezeigt werden (§31 Abs.2 PStV).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Bundesfamilienministerium, der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages und zahlreiche kommunale Stellen bieten digital und über Printmedien umfangreiches Informationsmaterial (siehe Familiengründung ministeriale Informationen).

4.4 Soziale Dimension

Soziologisch betrachtet befindet sich das Individuum stets im direkten oder indirekten Bezug zu Gemeinschaft (Sozietät) und Gesellschaft. Einflüsse auf die Identität des Einzelnen haben u.a. Sozialstruktur, Bildung, Wertesystem, Zeitgeist, Zeitgeschichte und Zivilisationsgrad, vorhandene

²¹ Anmerkung zum Urteil des Bundessozialgerichts, Urt. v. 16.03.2017, B 10 EG 9/15

²² Anmerkung zum Urteil Landessozialgericht NRW, Urt. v. 14.10.2019, Az.: L 20 SO 219/16

Bedürfnis-, Verfügbarkeits- und Kompetenzfilter des Einzelnen sind prägend (vgl. Fukuyama F. 2019). Kollektive Übereinstimmungen und soziale Normen prägen das Individuum und die Gemeinschaft. Eltern, die den Verlust ihres Kindes in der Schwangerschaft oder während der Geburt erlitten haben, stellen eine besonders vulnerable Gruppe innerhalb der Gesellschaft dar, die sowohl einer somatischen als auch einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt ist (vgl. Wagner B. 2014:93). Das Aufeinandertreffen von Lebensbeginn und Lebensende erzeugt im betroffenen Individuum und in der Gemeinschaft / Gesellschaft, in der der Mensch lebt, eine sich wechselseitig bedingende Resonanz. Aktuell sind in Deutschland ca. 10 % der Paare zwischen 25 und 59 Jahren ungewollt kinderlos. Neben Fertilitätsstörungen können auch Schwangerschaftsverluste wie habituelle Aborte für ungewollte Kinderlosigkeit verantwortlich sein. Das DELTA-Institut hat 2015 im Auftrag des Familienministeriums eine Untersuchung zu ungewollter und gewollter Kinderlosigkeit durchgeführt, u.a. um eine valide und belastbare Grundlage zu schaffen, um Kommunikationsstrategien zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung sowie zur präventiven Aufklärung von ungewollter Kinderlosigkeit zu entwickeln (vgl. BMFSFJ 1,2 und 3).

„An der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft tragen Tabus neben Ritualen und Mythen zur individuellen und kollektiven Identitätsbildung bei“ (Kraft H. 2015:123). Dem „Tabu“ sind zahlreiche Funktionen zugeordnet, deren zentraler Nenner die Frage nach Aufbau und Aufrechterhaltung von Identität ist (vgl. ebd. 2015 :46). Die gesellschaftliche Tabuisierung von Fertilität und frühen Verlusten trägt dazu bei, dass Betroffene nicht offen über ihre Probleme sprechen oder sich sogar dafür schämen. In den vergangenen Monaten hatten das Model Chrissy Teigen und die Ehefrau von Prinz Harry, Meghan Markle, über ihre Fehlgeburten öffentlich berichtet (vgl. ntv 2021). Immer mehr Frauen erzählen ihre persönlichen Geschichten und zeigen dabei ihr Gesicht (vgl. Zeit online). Die Umfrage „Über welche Themen sprechen Sie kaum mit anderen, weil Ihnen das zu privat ist?“ generiert folgende Nennungen: Sexualität 64 %, Finanzen 61 %, Beziehungsprobleme 49 %, Geldsorgen 48 %, Tod 33 %, Liebe, Zuneigung 25 %, schwere Krankheit 22 %, religiöse Überzeugung 18 %, politische Einstellung 12 % (vgl. statista 2009). Es ist möglich, dass alle geführten Bereiche bei einem Paar gleichzeitig auftreten. Eltern, die von frühem Verlusterleben betroffen sind, wünschen sich laut einer Studie verstärkt Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Ellis et al. 2016). Aufklärungs- und Informationskampagnen (vgl. Info Familiengründung) können breite Gesellschaftsschichten erreichen und Handreichungen für den Umgang mit Betroffenen bieten. Die informierte Gesellschaft trägt durch ein sozial-öffentliches

Klima dazu bei, Versagensängste trauernder Mütter zu reduzieren und kann somit das Risiko, dass Frauen die „Schuld“ für den Tod des Kindes bei sich suchen, senken (vgl. Krauß A. 2019:1071).

4.4.1 Die Frau und ihr soziales Umfeld

Durch Reproduktion gründen Paare eigene Familien, erweitern bestehende Familie und führen diese in die nächste Generation. Jeder Mensch trägt diesen biologisch determinierten Generationenauftrag mehr oder weniger stark ausgeprägt in sich. Frauen „spüren“ ihn über die berüchtigte „biologische Uhr“. Mit Eintritt einer Schwangerschaft beginnt eine Beziehung innerhalb des eigenen Körpers. Die Frau erfährt einen Stauts, der ihre bisherige Identifikation im Selbst und auch ihre soziale Rolle erweitert. Hirschauer S. et al. beschreiben pränatale Sozialität als ein vorgeburtliches Geflecht sozialer Beziehungen, die dauerhaften persönlichen Beziehungen, die sich neu entwickelnden Beziehungen sowie vorübergehende (unpersönliche) Beziehungen zu „fernen“ Dritten (Geburtshelfer verschiedener Professionen) (vgl. Hirschauer S. et al. 2014:1). Die individuelle Bedeutung des Kindes für die Schwangere und sein physiologischer Entwicklungszustand beeinflussen die Bezeichnungen, die für das sich-entwickelnde Wesen gewählt werden. Es nimmt als „DU“, „Erbse“, „Gewebeklumpen“ oder „Prinz“ bzw. „Prinzessin“ Gestalt an (vgl. Böcker J. 2017:138). Die Vergabe eines Namens ist identitätsstiftend und durch die amtliche Kennung wird ein Kind auch postum Teil der gesellschaftlichen Gemeinschaft (vgl. Hirschauer S. et al. 2014:226f).

Schwanger-sein, Mutter-sein, Kind-sein sowie die existenziellen Lebensgrenzen „da-sein“ und „gestorben-sein“ bewegen sich im Differenzierungsbereich zwischen „noch nicht“ und „nicht mehr“. Erst wenn das tote Kind geboren ist, wird sein Tod sichtbar und be-greifbar (vgl. Jakoby N., Thönnies M. 2017). Das Versterben eines Kindes im Mutterleib oder eine Fehlgeburt erzeugen bei unmittelbar Betroffenen häufig einen erhöhten Bedarf an Beistand, psychosozialer Unterstützung und Trauerbegleitung (vgl. Wissert M. 2013).

An Küchentischen, Wohnzimmersofas, Gartenlauben und Parkbänken wird geweint, geklagt, zugehört, mitgetrauert und getröstet. Spontane Begegnungen, sogenannte Tür-und-Angel-Gespräche finden am Gemüseregal im Supermarkt, im Treppenhaus oder auf dem Kinderspielplatzstatt statt. Das soziale Umfeld trauert mit, tröstet, ignoriert oder streut Salz in die Wunden. Das Erleben Trauernder pendelt zwischen Verlustorientierung und neuer Lebensorientierung²³: Das erschwert den Umgang für Angehörige aus dem sozialen Umfeld, da

²³ Siehe Duales Prozess Modell nach Stroebe&Schutt in Znoj J. 2019:53f

Bedarfe rasch wechseln und nicht immer vorhersehbar sind. Unterschiedliche Coping-Strategien der Eltern können die Paarbeziehung belasten und die Bewältigung des Verlustes erschweren (vgl. Kersting A. et al. 2008).

Reaktionen und Trauer von Angehörigen (Partner/in, Geschwister, Großeltern) beeinflusst die Erlebnisverarbeitung, ebenso das Verhalten und Mittrauern²⁴ von Nachbarn, Arbeitskollegen und professionellen Akteuren. Wurde die Verlusterfahrung dem sozialen Umfeld nicht mitgeteilt, sind Betroffene von bewährten Unterstützungsnetzen abgeschnitten. Angehörige haben nicht die Möglichkeit, rücksichtsvoll zu reagieren.

Trauer ist nicht nur ein individuelles, privates Gefühl, sondern wird sozial normiert und sanktioniert (vgl. Jakoby N. et al. 2013:254). Individuelles Trauererleben wird von Regeln, die in der jeweiligen Gesellschaft vorherrschen, beeinflusst und bestimmt. Diese Regeln legen fest, um wen Menschen wo, wie und wie lange trauern „dürfen“ und „sollten“. Trauernde werden durch soziale Normen in ihrem Erleben und Verhalten bestärkt, sofern sie und ihre Trauersituation dem Erwarteten entsprechen. Passen sie jedoch nicht ins Raster, wird ihnen Unterstützung und Mitgefühl nicht nur versagt, sie werden oft auch in ihrem Erleben und Verhalten reglementiert, sanktioniert und bevormundet (Willmann H., Müller H. 2020:III).

Eine Mittelstellung in suböffentliche Trauerräume nehmen Selbsthilfegruppen²⁵ und Foren im Internet ein. In ihnen werden brüchig gewordene Normen neu verhandelt, weil diese in Konflikt mit dem persönlichen Erleben der Betroffenen stehen (vgl. Böcker J. 2015). Eine retrospektive Kontrollstudie zum Einfluss von Selbsthilfegruppen auf den Trauerverlauf nach Verlusterleben ab der 20. SSW zeigt, dass Selbsthilfegruppen und psychosoziale Beratungsstellen eine hilfreiche Ergänzung zum ärztlichen Wirken darstellen (vgl. Kahmann U. 2001 :66). Facebook & Co. sind auf Reziprozität in den sozialen Interaktionen ausgerichtet. „In digitalen Netzwerken werden zum einen permanent begehbare Kommunikationsräume zur Selbstvergewisserung geschaffen [...]. Zum anderen weisen digitale Gedenkkommunikationen auf eine Tendenz zur Community-Bildung Trauernder hin.“ (Luthe S. 2016:72). Soziale Medien sind für viele Menschen ein Sammelbecken persönlicher Kontakte, die besonders auch in Krisensituationen gesucht werden. Bloggerinnen berichten von Erfahrungen durch eigene Fehl- und Totgeburten. Sich als Teil einer Community von „Sternenkindeltern“ zu erleben, Rückhalt und Bestätigung zu erfahren, kann tröstend und stützend sein.

²⁴ Weiterführend Angst T. 2008, Mittrauern – eine Form öffentlicher Trauer, Grin Print

²⁵ Exemplarisch: Initiative Regenbogen e.V. mit einem bundesweit ein Netz regionaler Selbsthilfegruppen.

4.4.2 Trauerkultur und früher Tod

Trauerkultur meint die Art und Weise, wie Menschen einer Gesellschaft mit Verlust, Tod und Trauer umgehen. Das Erleben einer solidarischen Gemeinschaft und kollektive Abschiedsrituale helfen bei der Verarbeitung der Trauer (vgl. Aust D. et al. 2010). Sprache, Artefakte und Handlungen transportieren auch essenzielle Inhalte, die individuelle und kollektive Trauer um frühverstorbene Kinder sichtbar machen (vgl. Böcker J. 2017:135).

Trauern ist über Rituale, Symbole und Werte eng mit der jeweiligen Kultur verwoben. Znoj beschreibt eine Vielzahl von Ritualen, Vorstellungen und Glaubensinhalten, die dem Weiterleben Verstorbener gewidmet sind und betont dabei, dass „solche Vorstellungen den Trauerprozess auch stören können. Möglicherweise verhindern sie sogar, dass Trauernde sich mit der Tatsache abfinden können, dass ihr geliebter Angehöriger nicht mehr existiert und sie ohne ihn zurechtkommen müssen“ (Znoj H. 2019:79). Kulturhistorisch spielen bis heute bei Bestattungen die Elemente Erde, Feuer, Luft und Wasser eine wichtige Rolle. Sie symbolisieren Wandlung, Vergänglichkeit und natürliche Zyklen. Sie weisen transformatorisch auf den Übergang vom Diesseits ins Jenseits und die Dimension der Ewigkeit hin (vgl. Vöhringer K. 2010:13ff). Sepulkralkultur tendiert derzeit zu neuartigen, naturnaher Bestattungsformen. Trauernde können aus über 30 verschiedenen Bestattungsarten bzw. -orten wählen. Kremierung hat sich als *die* Bestattungsform der multimobilen Gesellschaft erwiesen, da Asche an jeden Ort mitgenommen werden kann (vgl. Fischer N. 2011:12ff). Auch die Rolle von Gedenkmedien hat sich erweitert und gewandelt. Speichermedien sind nach wie vor innerfamiliäre Erzählungen und das Bewahren von Dingen mit Beziehungs-Symbolwert (Symbolkultur), doch hat sich mit dem Aufkommen von Foto, Film und digitalen Speichermedien der Schwerpunkt verschoben (vgl. Bobert S. 2004:15). Die Post-Mortem-Fotografie ist seit der Frühgeschichte der Fotografie üblich. Die Bedeutung eines Fotos als Objekt der Trauerarbeit bei frühen Kindsverlusten wurde früh erkannt, da die unmittelbare, visuelle und wiederholbare Konfrontation mit dem Leichnam dessen Tod sichtbar und sukzessive ‚begreifbar‘ macht (vgl. Benkel T., Meitzler M. 2016:129). Seit den 1980er Jahren entwickelte sich eine Trauerkultur um die sogenannten Sternen-, Himmels- oder Schmetterlingskinder. Zeitgenössische Zeremonien werden individuell gestaltet. Besucher sind oftmals eingeladen, aktiv mitzuwirken. Es werden persönliche Texte oder Fürbitten vorgetragen, kollektiv der Sarg des Babys bemalt oder Steine beschriftet und am Grab abgelegt. Anonyme Beisetzungen etablieren sich jedoch auch bei frühverstorbenen Kindern zunehmend.

4.4.3 Medialisierung und Trauer bei frühen Verlusten

Das Internet offeriert vielfältige Informationen, Anleitungen und Vorschläge bezogen auf frühe Verluste. Dieser schier unerschöpfliche Fundus bietet hilfreiche Empfehlungen und Tipps, birgt aber auch Risiken. Es kann ein Gefühl der Überflutung und Ratlosigkeit erzeugt werden. Im Bemühen „*alles richtig zu machen*“ und „*richtig zu trauern*“ laufen sie Gefahr, mehrere Instrumente zur Trauerbewältigung gleichzeitig anzuwenden oder zwischen diesen rasch zu wechseln, noch bevor eine Methode/Ritual ihre heilsame Wirkung entfalten kann. Digitale Beratungs- und Informationsangebote sind hinsichtlich ihrer Güte und Zielsetzung nicht immer leicht zu beurteilen. Die Medialisierung verändert die Trauerkultur einer Gesellschaft (Offerhaus A. 2016:39). Virtuell inszenierte Todes-, Trauer- und Bestattungsdarstellungen konfrontieren bereits Kinder und Jugendliche durch Computerspiele mit dem Thema (vgl. Palkowitsch-Kühl J. 2016:75ff) und tragen zur Sozialisierung bei. Reale und virtuelle Trauerformen verschmelzen zunehmend zu einer Trauerkultur. Ein Beispiel für die Schnittstelle der beiden Welten sind QR-Codes auf Grabsteinen. Während die Person physisch vor dem Grab auf einem Friedhof steht, erhält sie über den QR-Code Zugang zu einer digitalen Gedächtnisseite (vgl. Nord I. 2016:19f). Virtuelle Friedhöfe, Kolumbarien und Trauerportalen etablieren sich ebenso wie digitale Gedenkseiten ausschließlich für frühverstorbene Kinder (vgl. Heller B. 2019:175f).

4.5 Spirituelle Dimension

Menschen, die früh ein Kind verlieren, stellen Fragen nach ethisch-moralischen Handlungsgrenzen, die sich nicht allein am medizinisch Machbaren klären: „*Hätten wir die künstliche Befruchtung nicht in Anspruch nehmen dürfen?*“ oder „*Straft mich Gott, weil ich nicht zufrieden war und noch ein drittes Kind wollte?*“ oder „*Werde ich mit der Schuld dieser Abtreibung leben können?*“.

Das Aufeinandertreffen der fundamentalen Lebensgrenzen von Geburt und Tod wecken Fragen nach Sinn und Ziel der menschlichen Existenz. Spiritualität (bildungssprachlich: Geistigkeit, inneres Leben, geistiges Wesen) wird hier daher nicht verstanden als die Suche nach Vervollkommnung oder Kontrolle oder die Tür ins Jenseits, sondern als eine Suche nach Vereinigung mit dem Göttlichen hier und jetzt. (vgl. Rohr R. 2010:16f). Verluste können persönliche Wertvorstellungen oder philosophische Überzeugungen in Frage stellen. Trauernde glauben in vielen Fällen, die Richtung im Leben verloren zu haben und versuchen, in dem Verlust sowie in den begleitenden Veränderungen irgendeinen Sinn zu erkennen, um dadurch etwas

Kontrolle über das eigene Leben zurückzugewinnen (vgl. Worden J.W. 2018 :55). Nicht alle Todesfälle stellen jedoch die eigene Überzeugung in Frage. Einige passen zu den Erwartungen und bestätigen die Annahme (ebd. 2018 :55). Eine australische Studie konnte die Bedeutung mütterlicher Intuition, d.h. einen Zusammenhang zwischen dem „Bauchgefühl“ der Schwangeren und dem tatsächlichen Eintreten des Todes aufzeigen (vgl. Warland J. et al. 2015). Das intuitive Empfinden der Vorahnung und das tatsächliche Eintreten des Verlustes wurde reflexiv als eine Art Vorbereitung gewertet.

Drei Beispiele verdeutlichen ethisches, sinnliches und spirituelles Berührt-sein.

Sabine K.: „Ehrlich gesagt, hatte ich nach der Geburt schon sowas wie einen Fluchtreflex, aber dann habe ich mir das Baby doch angesehen. Nur kurz, aber immerhin. Ich bin froh, dass ich das geschafft habe. Es hat ganz friedlich ausgesehen. Ich habe die Hebamme dann gebeten, ihm etwas anzuziehen. Das sind wir dem Kleinen ja auch irgendwie schuldig.“

(Ethisches Berührt-sein)

Ann-Kathrin P.: „Es ist ein eigenartiges Gefühl, den Tod in sich zu tragen. Merkwürdigerweise fühlte es sich nicht so schrecklich an, als ich vermutet hätte. Das Kind zu spüren und zu wissen, dass man etwas Totes in sich trägt, ist schon eigenartig. Ich frage mich, wann es wohl gestorben ist und begreife nicht, dass ich das gar nicht mitbekommen habe.“

(Sinnliches Berührt-sein)

Marie W.: „Irgendwie fühle ich mich mit dem Kleinen immer noch verbunden. Ich stelle mir vor, dass er nun bei meiner Oma ist. Das ist eine sehr schöne und tröstliche Vorstellung. Und ich glaube, dass ‚Sternchen‘ eines Tages auf mich warten wird und mich abholt, wenn es bei mir mal so weit ist und ich auch in diese andere Welt gehe. Ich glaube, ich habe jetzt irgendwie weniger Angst vor dem Tod.“

(Spirituelles Berührt-sein)

Die Vorstellung eines strafenden und rächenden Gottes erzeugt bei religiösen Menschen und begangener Verfehlung/Sünde gleichfalls Schuldgefühle. Eine Studie zu perinatalem Verlust belegt Schuldgefühle und eine hohe Assoziation zwischen Schuld und Depression (vgl. Gold K.J. et al. 2018). Der Glaube an einen gnädigen Gott, der jede Untat verzeiht, kann für Menschen, die sich selbst intensiv Schuld zuweisen, der Beginn einer Aussöhnung mit sich selbst sein (vgl. Paul C. 2019:189).

4.5.1 *Besondere spirituelle Momente*

Der Versuch, ein Kind zu zeugen, kann für Paare nicht nur eine erotische, sondern auch eine sinnlich-spirituelle Erfahrung sein. Bereits vor und/oder mit Eintritt einer Schwangerschaft kann Spiritualität in Form von sinnlicher Erwartung, maßloser Freude, zuversichtlicher Hoffnung oder im „Gefühl von Kohärenz“ i.S.v. Eingebundensein in einen umfassenden Zusammenhang, in die Kette von Generationen, in eine größere, göttlichere Ordnung erlebt werden (vgl. Ensel A. 2019 :79).

Ein totes Kind in sich zu haben bedeutet „etwas“ Totes, ja „den Tod selbst“ in sich zu tragen. Dieser Umstand ist eine Erfahrung, die einzigartig den Grenzbereich zwischen Leben und Tod überspannt. Die Frau wird das tote Kind oder sinnbildlich formuliert – den Tod selbst gebären.

Kommt ein Kind unterhalb der Lebensgrenze²⁶ lebend zur Welt, kann es noch für eine gewisse Zeit Lebenszeichen zeigen. Das sind zarte Bewegungen der Arme und Beine, des Unterkiefers oder auch ein sichtbarer Herzschlag im Brustbereich. Die Begegnung mit dem verstorbenen Kind kann eine zutiefst spirituelle Erfahrung sein. Demnach ist in den ersten Augenblicken nach einer Stillgeburt oder bei der Sterbebegleitung Frühstgeborener eine Art „unspezifische Heiligkeit“ im Raum wahrzunehmen. Diese besondere Atmosphäre löst in vielen Fällen „ehrfürchtige Ergriffenheit und Stauen“ aus und kann so intensiv sein, dass schmerzliche Gefühle in dieser Zeit völlig abhanden sind. Eine Hebammenschülerin aus dem Mittelkurs 2019/2022 beschreibt im Rahmen eines Trauerseminars eine Erfahrung.

„Die stille Geburt (20./22.SSW) fand ich sehr spannend und konnte viel lernen. Das war eine gute Erfahrung für mich. Berührt hat mich die ganze Situation an sich und im Besonderen diese unglaubliche Erleichterung, die die Frau hatte als das Kind dann da war. Erstmals war Freude und Erleichterung an der Oberfläche.“

4.5.2 *Beten, klagen und spiritueller Schmerz*

Schwellen- und Übergangssituationen führen oftmals dazu, dass sich Betroffene an Gott wenden. Sie können die „Suche nach einem alles umfassenden, bergenden Ort, einer höheren, wohlgesonnenen Macht, gerade im Blick auf die eigene Schutzbedürftigkeit und die des werdenden Kindes“ initiieren (vgl. Ensel A. 2019:79). „Löst dann ein konkretes Ereignis, wie etwa der unerwartete bedrohliche [pränataldiagnostische] Befund eine Krise aus, kann eine solche Macht noch dringlicher gesucht werden: ‚Da begann ich zu beten wie meine Oma früher, lieber

²⁶ Diese liegt derzeit in der vollendeten 22. SSW (vgl. Peters M. 2018)

Gott hilf mir...' " (ebd. 2019:79). Es sind diese besonderen Erfahrungen und Begegnungen, die spirituelle Wege bahnen.

Eine universelle Form gelebter Spiritualität ist die „einfache“ Kontaktaufnahmen mit „Gott, dieser höheren Macht, dem Geist, aus dem alles ist“. Glaubenserfahrungen zufolge kann Gott als Gegenüber wahrgenommen und sein Wirken im Leben gespürt werden. Er wird als Kraftquelle und Trostspender erlebt, bei wichtigen Entscheidungen würden Weisung und Führung von ihm ausgehen (vgl. Evangelische Religion). Das Psalmwort „Rufe mich an am Tag der Not, ich will dich erretten und du wirst mich verherrlichen“ (Psalm 50, 15) ermutigt Menschen, sich in Notsituationen an Gott zu wenden. Das Klagen ist eine tradierte Form emotionalen Ausdrucks, eine expressive Strategie, das empfundene Leid, Gott und Mitmenschen „entgegenzuschleudern“. Klagen kann mündlich (klagendes Gebet, Anklage) oder schriftlich (Text, Klagepsalm) erfolgen. Das Lesen von Klagetexten kann durch das Erzeugen intrapersonaler Resonanz einen Zugang zur eigenen Emotionalität bahnen.

Trauernde beschreiben oftmals ein besonderes seelisches Schmerzerleben. „Spirituelle Schmerz ist eine eigene Form des Schmerzes am Leben, wo der heile Zustand nicht mehr gewahrt und das Leben in seiner existenziellen Größe angesprochen ist. Es ist das Durchbrechen der Normalität, die diesen Schmerz hervorruft“ (Schnegg M. 2018 :50f). Der sogenannte „spirituelle Schmerz“ ist meist kein rein geistiges Geschehen, sondern kann auch (ausschließlich) durch Körperreaktionen (Druckgefühl im Brustbereich, Schmerzen im Schulter- oder Bauchbereich) in Erscheinung treten.

4.5.3 Spirituelle, seelsorgerliche und kirchliche Angebote

Spiritualität wird zunehmend aktiv und konzeptionell in die medizinische und pflegebezogene Versorgung integriert und über Konzepte der Care-Ethik oder Spiritual-Care erfahrbar (vgl. Frick E., Roser T. 2011; Heller B., Heller A. 2018). Ensel beschreibt acht Säulen einer Fürsorgeethik in der Schwangerschaftsbegleitung: den Anfang stärken, Empowerment, pränatale Bindung stärken, Stressprävention, Netzwerk, Kontinuität, Communitas und Spiritualität (vgl. Ensel A. 2019 :75f). Spiritualität wird seit Jahren auch für das psychotherapeutischen Setting erkannt und integriert (vgl. Hundt U. 2003).

Kirchen und angegliederte Einrichtungen sind für viele Menschen in unserem Kulturkreis *das* klassische, spirituelle Bezugssystem. Viele Gemeinden, so die Luthergemeinde Bruchsal, bieten Andachten für werdende Eltern mit persönlicher Segnung oder Arbeitshilfen, wie die „Handreichung für eine Spiritualität während der Schwangerschaft“ (vgl. Evangelische Frauen in Baden). Klöster bieten Rückzugsraum für Menschen in besonderen Lebenssituationen oder Krisen.

Die Angebote reichen von Achtsamkeitskursen über Exerzitien bis hin zu themenbezogenen Seminaren. Das Kloster Münsterschwarzach bietet online geistliche Unterstützung²⁷ in Form von Fürbittgebeten durch die Mönche der Abtei. Seelsorger und Laien können auf meist ökumenisch gestaltete Handreichungen²⁸ für Seelsorge und Gottesdienstgestaltung zurückgreifen.

In der christlichen Tradition gibt es verschiedene Instrumente und Sakramente, die darauf abzielen, Trauernde zu stützen. Spirituelle und religiöse Rituale können zielgerichtet vorbereitet werden oder spontan intendiert sein. Sie können an ein bestimmtes Ereignis (Nottaufe, Taufe, Sterbesakrament) geknüpft und wiederholbar sein (Abendmahl, Entzünden einer Kerze, Fürbittgebet, Sich-bekreuzigen, Sich-segnen). Über diese Handlungen und Zeichen können religiöse Gefühle zum Ausdruck gebracht und kollektive Einbettung erfahren werden. Seelsorger gehen auch aufgrund persönlicher Erfahrung davon aus, dass *jede* Situation „vor Gott“ ist. In „*seiner*“ Gegenwart sei Ruhe und Kraft zu finden. Die gemeinsame Fürbitte, lesen biblischer Texte, singen vertrauter, religiöser Lieder oder das Entzünden einer Kerze können unterstützen (vgl. Sonogo Mettner J. 2019 :227). „Es gibt aber auch Situationen, in denen solche Handlungen unangebracht wären und der Verzicht auf sie, Gottes Wirken und Trösten mehr Raum geben kann“ (ebd. 2019 :227).

Spirituelle, kraftspendende Begegnungen sind auch außerhalb klassisch religiöser Bezüge und Professionen erlebbar. Der buddhistische Lehrmeister Gendün Rinpoche beschreibt den Tod als die Fortsetzung des Lebens, als Szenenwechsel im kontinuierlichen Prozess der Veränderung (vgl. Dreier K. 2010).

5. Wesenskerne des Phänomenbereichs – Versuch einer Synopse

Die Auseinandersetzung mit dem Phänomenbereich offenbart ein hochkomplexes, multidimensionales Geschehen. Tradierte Vorstellungen, Verhaltensmuster und Grundannahmen überlagern sich mit modernen Lebensentwürfen, medizinischen Möglichkeiten und weiterentwickelten Expertisen der beteiligten Fachlichkeiten. Die Auseinandersetzung mit dem Tod am Anfang des Lebens berührt in tiefen psychischen, spirituellen und existenziellen Dimensionen, äußert sich aber gleichsam in terminologischen Festschreibungen sowie juristischen Vollzügen. Eine Gesamtbetrachtung der hier aufgeschlagenen Facettenvielfalt kann daher nur auf einer Metaebene geschehen. So sollen nun drei Wesenskerne fokussiert werden, die sich als Hauptlinien über die unterschiedlichen Diskurslinien ziehen: Verlusterleben, Vielschichtigkeit und Uneindeutigkeit.

²⁷ www.abtei-muensterschwarzach.de/beten/gebetsanliegen

²⁸ Weiterführend: Bernhard M. et al. 2003; Kaufmann J. 2017, Moser C., Hecking D. 2019

5.1 Verlusterleben

Unabhängig vom zeitlichen Stadium und der Form des embryonalen, fetalen oder kindlichen Ablebens liegt jeder Erlebensform ein „Verlust“ zugrunde. Ungeachtet persönlicher Bewertungen sowie individueller Rahmenbedingungen, ungeachtet gesellschaftlicher, juristischer, medizinischer und religiöser Bettung bzw. Kontext liegt ein Verlustgeschehen vor. Grundlegend haben Verlust- und Veränderungserfahrungen eine destabilisierende Wirkung, Verlust bedeutet in diesem Zusammenhang „etwas“ war da und ist nun nicht mehr da. Dieses „etwas“, das entsprechend der individuellen Benennung eine Blastozyste, ein „Eisbärchen“, der Embryo, das Zellgewebe, das Kind oder Baby ist, hatte das Potential Bindung zu erzeugen. Möglicherweise bahnte sich bereits eine Bindung an oder sie bestand bereits. Dieser Umstand hat Auswirkungen und löst Folgereaktionen aus. Eine Form der Reaktion, auf einen „Person-Objekt“ Verlust zu reagieren, ist Trauer. Verlust mit den entsprechenden mehr oder weniger intensiven kognitiven, emotionalen, somatischen und sozialen Folgereaktionen wird prozesshaft bewältigt. Einen Schalter, der einfach umgelegt werden und „alles“ ungeschehen machen kann, gibt es nicht.

5.2 Vielschichtigkeit

Das Erleben des Verlustes, das sich in psychischen Faktoren determiniert, wird gleichzeitig durch klinische, juristische, soziale und spirituelle Komponenten konturiert. Teilweise wirken diese bestimmenden Komponenten konträr, schier unvereinbar: Wunsch nach „Natürlichkeit“ bei der Zeugung vs. Inanspruchnahme von Medizintechnik vs. Vertrauen in Gottes Führung vs. Orientierung an medizinischer Statistik vs. persönliche Werte vs. familiäre Glaubenssätze vs. gesetzliche Vorgaben vs. Empfehlungen und Ratschläge bedeutsamer Personen. Vielschichtigkeit tritt auch in Form von Ambivalenzen in Erscheinung wie etwa die aversive Erforderlichkeit, das tote Kind zu gebären und dadurch die wunderbare Zeit der Schwangerschaft nach zweijähriger Kinderwunschzeit zu beenden. Verschiedenartige Aspekte übertreten abwechselnd die Bewusstseinsgrenze oder wirken latent im wenig bewussten Erlebensraum. Es ist weder für Betroffene noch für Menschen, die sie begleiten, leicht, die unterschiedlichen Faktoren, die das Erleben beeinflussen, zu identifizieren. Das wiederum führt dazu, dass entsprechende Folgereaktionen nicht oder erschwert ihrem Ursprung zugeordnet werden können.

5.3 Uneindeutigkeit

Bereits im Körpererleben betroffener Frauen manifestiert sich Uneindeutigkeit. Es gibt keine Eindeutigkeit, welche Verlusterfahrung welche Folgeaktionen auslöst und wie diese bewältigt werden. Die Bandbreite des Erlebens kann in der Biografie einer Frau bei formal vergleichbaren Verlusterfahrung bereits sehr groß sein. Das Spektrum reicht vom Durchbrechen der jugendlichen Unbeschwertheit bis hin zu schweren seelischen Krisen.

Die uneinheitliche Verwendung von Begrifflichkeiten führt zu sprachlicher Indifferenz (häufig werden ein schicksalhafter Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Totgeburt und stille Geburt synonym verwendet oder als Oberbegriff subsumiert). Fehlende soziale Normierung führt zu Verunsicherung, die sich auch in der Kommunikation „*Soll man da kondolieren?*“ spiegelt. Der Rechtsstatus Ungeborener und Verstorbener ist zumindest partiell uneindeutig (Wann beginnt menschliches Leben? Wann ist der Mensch Mensch? Weshalb ist ein Fehlgeborenes keine Leiche?). Indifferenz zeigt sich gleichfalls im Trauerstatus („*Darf ich trauern, obwohl ich den Tod des Ungeborenen initiiert habe?*“), im Status der Elternschaft („*Sind wir durch die Fehlgeburt Eltern geworden?*“) sowie im Status der disziplinarischen Zuordnung im klinischen Setting (führt das Erleben eines Spätaborts zu einem Spätabortgeschehen (Ausstoßung) oder zu einer stillen Geburt? Welche Professionen sind primär für diese Begleitung zuständig?).

Uneindeutigkeit zeigt sich in allen Bereichen in Form von interpersonaler, juristischer, klassifikatorischer, intrapersonaler, linguistischer, medizinischer, professionsbezogener und soziologischer Indifferenz.

6. Fazit

Weder für das Geboren werden noch für das Sterben und die nachfolgende Trauer gibt es Patentrezepte. Die drei Wesenskerne des Phänomens Verlust, Vielschichtigkeit und Uneindeutigkeit, die sich aus der Analyse der Lebensräume betroffener Frauen generieren, eröffnen neue Perspektiven für weitere Forschungsaktivität. Sie können in den unterschiedlichen Praxisfeldern die Verständnisgrundlage der Fachkräfte erweitern. Ausgehend davon können Konzepte und Standards überprüft, Praxissituationen reflektiert und Methoden modifiziert werden. In Gesprächen mit Betroffenen sowie im fachlichen und gesellschaftlichen Diskurs kann die Berücksichtigung der Wesenskerne zum besseren Verstehen beitragen. Eine reflektierte

Haltung und eine erhöhte Sensibilität im Umgang mit dem Tod am Anfang des Lebens ist nicht nur für die Eltern „not“-wendig.

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

Autor unbekannt

Literatur

- Ärzteblatt 2020, PTBS und Depression nach früher Fehlgeburt häufig
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108683/PTBS-und-Depressionen-nach-frueher-Fehlgeburt-haeufig>
- Aiyelaagbe E., Scott R.E., Holmes V., Heazell E.L., Haezall A. E. P. 2017, Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents experience, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37:7,931-936
- Altmann U., Hoyme U. 2012, Geburtshilflich-ärztliche Erfahrung im Umgang mit Fehl- und Totgeburt, *Der Frauenarzt* 53/2012, Nr. 9: 804-812
- Angst T. 2008, Mittrauern - eine Form öffentlicher Trauer, Grin Print
- Aust D., Dahl K., Ammerbacher K, Wagner K, Ziegenfuss M. 2010, Fehlgeburt: Wie Bestattungsrituale bei der Trauerarbeit helfen, *Der Gynäkologe* 10/2010 S. 805-812
Springer Verlag
- AWMF 1, Sectio-caeserae; www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectiocaesarea_2020-06_1_02.pdf
- AWMF 2, Durchführung einer Leichenschau; www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/054-002.html
- Backhaus, U. 2017. Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlust, Reinhard Verlag:
- BÄK 2018, Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion;
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Ass-Reproduktion_Richtlinie.pdf
- Bakhabkhi D., Siassakos D. Burden C., Jones F., Yoward F., Redshaw M., Murphy S., Storey C. 2017, Learning from deaths: Parents' active role and engagement in the review of their Stillbirth/perinatal death (PARENTS 1 study), *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:333
- Bakhabkhi D., Burden C., Storey C., Heazell A.E., Lynch M., Timlin L., Gold K., Siassakos D. 2018, PARENTS 2 Study: a qualitative study of the views of healthcare professionals and stakeholders on parental engagement in the perinatal mortality review—from 'bottom of the pile' to joint learning, *BMJ Open* 2018;8:e023792
- Beckmann M.W., Bader W., Bechthold I., Becker S., Bornhaupt J., Dimpfl T., Friese K., Frobenius W., Gembruch U., Grüßner S., Heer I.M., Kayser D., Kreienberg R., Petri E., Rimbach S., Scharl A., Schmidt S., Schwenzer T., Solomayer E., Steiner E., Vetter K., Wallwiener D., Lux M.P. 2011, Finanzierung und finanzielle Probleme von Leistungen und Strukturen im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahr 2011, *Geburtsh Frauenheilk* 71:367-380
- Benkel T., Meitzler M. in Klie T., Nord I. (Hrsg.) 2016
- Benvenuto S. 2011, Freuds Annäherung an Trauer und Melancholie – und danach;
<https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/231/430>

- Berg D. 2013, Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung, Ein Kommentar zur Aktualisierung der Leitlinie, *Der Gynäkologe* 2/2013, 46:81–83, Springer Verlag
- Bergner A. in Weidner K., Rauchfuß M., Neises M. (Hrsg.) 2012
- Bernhard M., Kellner D., Schmid U. 2003, Wenn Eltern um ihr Baby trauern, Impulse für die Seelsorge, Modelle für Gottesdienste, Herder Verlag
- Beutel M. 2002, Der frühe Verlust eines Kindes, Hogrefe Verlag
- Bhat A., Byat N. 2016, Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks, *Curr Psychiatry Rep.* 2016 March; 18(3): 31.
- BIB 1 www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S15-Totgeborene-je-Geburt-ab-1841.html
- BIB 2 www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fertilitaet/Geburtenziffern.html
- BMFSFJ 1, Ungewollte Kinderlosigkeit Unterstützungsmöglichkeiten;
www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/ungewollte-kinderlosigkeit/hilfe-und-unterstuetzung-bei-ungewollter-kinderlosigkeit/76012
- BMFSFJ 2, Ungewollte Kinderlosigkeit – Kinderlose Frauen und Männer – Ungewollte und gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten
www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/kinderlose-frauen-und-maenner/76016
- BMFSFJ 3, Ungewollte Kinderlosigkeit – Was Betroffene bewegt und wie Medizin, Beratungsstellen, Betroffenenverbände, Krankenversicherungen, Wissenschaft und Politik sie unterstützen können;
www.bmfsfj.de/blob/95420/2e4fe07e5ed799fdb0f9ffa0ff5f9eb5/ungewollte-kinderlosigkeit-was-betroffene-bewegt-broschuere-allgemein-data.pdf
- BMG Nationale Gesundheitsziele;
www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html
- Robert S. in Grünwaldt K., Hahn U. (Hrsg.) 2004
- Böcker J. 2015, Kein Tod ohne Leben. Zu Krisen des Trauerns nach Fehl- und Totgeburt, Bd. 37 (2015): Routinen der Krise – Krise der Routinen
https://publikationen.sozioologie.de/index.php/kongressband_2014/article/view/158
- Böcker J. in Jakoby N., Thönnies M. (Hrsg.) 2017
- Boyle F.M., Horey D., Middleton P.F., Flenday V. 2020, Clinical practise guidelines for perinatal bereavement care – an overview, women and birth 2019 Australian College of Midwives, Elsevier Ltd
- BZgA, Obduktion nach Fehl- oder Totgeburt;
www.familienplanung.de/schwangerschaft/fehlgeburt-totgeburt/obduktion-des-kindes/
- Coffey H. 2016, Parents experience of care they received following a stillbirth, *The Royal College of Midwives. Evidence Based Midwifery* 14(1): 16-21

- Debatin J. F., Ekkernkamp A., Schulte B., Tecklenburg A. 2013, Krankenhausmanagement, Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Destatis 1 2020, Lebend- und Totgeburten in Deutschland im zeitlichen Verlauf
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>
- Destatis 2 2020, Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland im zeitlichen Verlauf
www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbruechliche-begruendung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html
- Donaukurier 2006, Fraisen und Abzehrung: Der Tod holt viele kleine Kinder
www.donaukurier.de/lokales/eichstaett/5e-AnnoKindersterb03-K-K-Fraisen-und-Abzehrung-Tod-holte-viele-kleine-Kinder;art575,1530425
- DNQP 2014, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund der Hebammenforschung (Hrsg) 2014, Expertinnenstandard - Förderung der physiologischen Geburt
- Dormann F., Klauber J., Kuhlen R. (Hrsg.) 2019, Qualitätsmonitor Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Downe S., Schmidt E., Kingdon C., Heazell A.E.P. 2013, Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study, *BMJ Open* 3(2): e002237.3 (2): e002237.
- Dreier K. 2010, Tod und Trauer im Buddhismus; <https://studylibde.com/doc/2393824/tod-und-trauer-im-buddhismus>
- Dülmen van R. 1991, Frauen vor Gericht, Fischer Verlag
- EGgenberger P., Ulrich-Bochsler S., Utz Tremp K., Pahud De Mortanges E., Kühn M., Schlumbaum A., A.Rehazek, Tremblay L., Weiss C. 2009, Das mittelalterliche Marienheiligtum von Oberbüren, Archäologische Untersuchungen in Büren an der Aare, Chilchmatt, Hefte zur Archäologie im Kanton Bern 4, Archäologischer Dienst Kanton Bern
- Ellis A., Chebsey C., Storey C., Bradley S., Jackson S., Flenady V., Alexander Heazell A., Siassakos D. 2016, Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:16 DOI 10.1186/s12884-016-0806, *BMJ Open*-5:e008616
- Ensel A., Möst M.A., Strack H. (Hrsg) 2019, Momente der Ergriffenheit, Begleitung werdender Eltern zwischen Medizintechnik und Selbstbestimmtheit, Vandenhoeck&Rupprecht
- ESHRE, Europäische Gesellschaft für menschliche Reproduktion und Embryologie;
<https://www.eshre.eu/>
- Evangelische Religion; <https://evangelische-religion.de/ReligionNeu/heilige-schriften/exegese/>
- Evangelische Frauen in Baden, Arbeitshilfe für eine Spiritualität während der Schwangerschaft;
www.ekiba.de/html/media/dl.html?i=62788

- Fischer N. 2011, Inszenierte Gedächtnislandschaften: Perspektiven neuer Bestattungs- und Erinnerungskultur im 21. Jahrhundert, Literaturstudie in Auftrag von Aeternitas e.V.
- Frank F., Maurer F., Pehlke-Milde J., Fleming V. 2018, Sterben am Lebensanfang, Gesundheitswesen 2018; 80: 540–544
- Franz C. in Todt B. (Hrsg.) 2017
- Freud S. 1915, Trauer und Melancholie, Gesammelte Werke X, S.428–446
- Frick E., Roser T. (Hrsg) 2011, Spiritualität und Medizin, Kohlhammer Verlag
- Fukuyama F. 2019, Identität – wie der Verlust der Würde unsere Demokratie gefährdet, Hoffmann&Campe
- Gavallér Y. 2018, Totgeburten in Deutschland und Schweden 1870–1914, Düsseldorfer Texte zur Medizingeschichte, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Prof. Dr. Vögele J., Cuvillier Verlag
- Gedack A., Meurer M. 2009, Als die Hebamme noch mit dem Fahrrad kam, Das Hebammenwesen im Kreis Heinsberg, BoD GmbH, Norderstedt
- Gélis J. 1989, Die Geburt: Volksglaube, Rituale, Praktiken von 1500–1900, Diederichs Verlag
- Gerlach B. 2021, Rechtsgrundlagen Kinderwunsch und Familienplanung, Fachvortrag im Rahmen der BKiD e.V. Frühjahrstagung (für Tagungsteilnehmer veröffentlicht)
- Gold K.J., Sen A., Leon I. 2018, Whose Fault Is It Anyway? Guilt, Blame, and Death Attribution by Mothers After Stillbirth or Infant Death, *Illness, Crisis & Loss* 2018, Vol. 26(1) 40–57, journals.sagepub.com/home/icl
- Grießl C. 2011, Hebammen in Sachsen– Weimar– Eisenach zur Zeit des Deutschen Kaiserreichs und der Weimarer Republik: Auswertung der geburtshilflichen Journale der Hebamme Caroline Emilie Feustel aus Mittelpölnitz 1888–1927, Dissertation, Friedrich–Schiller–Universität Jena
- Groß D., Karenberg A., Kaiser S., Antweiler W. (Hrsg.) 2011, Medizingeschichte in Schlaglichtern, Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker, Band 2
- Grünwaldt K. Hahn U. (Hrsg.) 2004, Vom christlichen Umgang mit dem Tod, VELKD
- Heller B. in Schärner–Santschi E. (Hrsg) 2019
- Heller B., Heller A. 2018, Spiritualität und Spiritual Care, Huber Verlag
- Hirschauer S., Heimerl B., Hoffmann A., Hofmann P. 2014, Soziologie der Schwangerschaft, LUCIUS
- Hübner J. 2014, Totgeburten in Deutschland: Retrospektive Datenanalyse von 168 Fällen zwischen 2003 und 2011, Inaugural–Dissertation an der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich–Wilhelms–Universität Bonn

- Human M., Gren S., Groenewald C., Goldstein R.D., Kinney H.C., Odendaal H.J. 2014, psychosocial implications of stillbirth for the mother and her family: a crisis-support approach *Social Work (Stellenbosch)*. 2014; 50(4)
- Hundt, U. 2003, Psychotherapie und Spiritualität: eine qualitative Studie über die Integration spiritueller Konzepte und Methoden in die psychotherapeutische Arbeitsweise. *Journal für Psychologie*, 11(4): 368-386
- Info Familiengründung (ministeriale Informationen) eine Auswahl:
- www.familienplanung.de/schwangerschaft/fehlgeburt-totgeburt/.
 - www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/chancen-und-teilhabe-fuer-familien/sternenkinder
 - www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/ungewollte-kinderlosigkeit--studie-und-neues-internetportal-helfen-weiter/76014
 - <https://www.bundestag.de/resource/blob/407248/7bdc9e339d0936c94c5e8d8171465fc4/WD-6-006-12-pdf-data.pdf>
 - <https://www.bundestag.de/resource/blob/575710/477f34ec9bb69ecf49b847153a207d96/wd-9-074-18-pdf-data.pdf>
- Jakoby N., Thönnies M. (Hrsg.) 2017, *Die Soziologie des Todes*, Springer Verlag
- Jakoby N., Haslinger J., Gross C. 2013, Trauernormen, Historische und gegenwärtige Perspektiven, *SWS Rundschau* 53. Jg., Heft 3/ 2013: 253-274
- Kahmann U. 2001, *Trauerarbeit nach Totgeburt - Einfluss von Selbsthilfegruppen*, Dissertation, Technische Universität München
- Karalis E., Gissler M., Tapper A.M., Ulander V.M. 2016, Effect of hospital size and on-call arrangements on intrapartum and early neonatal mortality among low-risk newborns in Finland, *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 198: 116-119
- Kaufmann J. 2017, *Herzenskinder – Trauerandachten für verwaiste Eltern*, kbw bibelwerk
- Kersting A., Dölemeyer R., Wagner B., Linde K. 2017, Abschied am Beginn des Lebens – Behandlung spezifischer Trauersymptome nach dem Verlust eines Kindes *Psychotherapeut* 06.2017 62:560–566
- Kersting A., Roestel C., Kroker K. 2008, Die Verarbeitung von Trauer nach einer Totgeburt, *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* Volume 2: 69–73(2008)
- Kersting A., Wagner B. 2012, Complicated grief after perinatal loss, *clinical research 2012 LLS SAS*
- Kingdon C., O'Donnell E., Gvens J., Turner M. 2015, The role of healthcare Professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby, *PLoS ONE* 10(7): e0130059.
- Klapp C. in Toth B. (Hrsg.) 2017
- Klie T., Nord I. (Hrsg.) 2016, *Tod und Trauer im Netz. Mediale Kommunikationen in der Bestattungskultur*, Kohlhammer Verlag
- Knieper C. in Toth B. (Hrsg) 2017

- Kozjak-Storjohann B., Wallraff D. 2019, Trauer in der Kinderwunschzeit, Fortbildungsmanual Basiskurs, Fortbildungsinstitut der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung e.V. (BKID)
- Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (Hrsg.) 2018, Palliativ Care, Springer
- Kraft H. 2015, Die Lust am Tabubruch, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH Göttingen
- Krause M. 2012, Die Zukunft der Geburtshilfe – eine persönliche Sicht, Die Hebamme 25(2): 103-106
- Krauß A. 2019, Die Würde von Sternenkindern ist unantastbar. Überlegungen zum Umgang mit Schwangerschaftsverlusten Das Krankenhaus, 12/2019 :1070-1072
- Lack N. 2016, Perinatale Mortalität, Die Geburtshilfe, pp 1169-1179, Springer Verlag
www.springermedizin.de/emedpedia/die-geburtshilfe/perinatale-mortalitaet?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-44369-9_53
- Lancet 2016
www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016/ISA_Lay_Summary_EPS_German_final.pdf
- Lancet 2021, Miscarriage matters; <https://www.thelancet.com/series/miscarriage>
- Lancet 2021 Miscarriage 1, Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00682-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00682-6/fulltext)
- Lancet 2021 Miscarriage 2, Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care;
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00683-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00683-8/fulltext)
- Lang A., Fleiszer A., Duhamel F., Sword W., Gilbert K.R., Corsini-Munt S. 2011, Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised, OMEGA, Vol. 63(2) 183-196
- Lasswell S.M., Barfield W.D., Rochat R.W., Blackmon L. 2010, Perinatal regionalization for very low-birth-weight and preterm infants, meta-analysis, Journal of the American Medical Association 304(9):992-1000
- Leven K.H. 2019, Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart, C.H.Beck Wissen
- Lindemann E. 1944, Symptomatology and mangement of acute grief,
<https://ajp.psychiatryonline.org>
- Luthe S. in Klie T., Nord I. (Hrsg.) 2016
- Mettner M. 2019 Schärerer-Santschi E. (Hrsg)
- Michel U. in Ensel A., Möst M.A., Strack H. (Hrsg) 2019
- Moser C., Hecking D. 2019, Wenn Geburt und Tod zusammenfallen – Arbeitshilfen für Seelsorgende bei Kindsverlust, Theologischer Verlag Zürich (TVZ)

- Neises M., Ditz S. 2000, Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde, Thieme Verlag
- NICE clinical guideline 2017, National Institute for Health and Clinical Excellence, Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.
<https://www.nice.org.uk/guidance/>
- Nijs M. 2003, Trauern hat seine Zeit, Hogrefe
- Noegi S.B., Malhotra S., Zodpey S., Mohan P. 2012, Does facility-based newborn care improve neonatal outcomes? A review of evidence, *Indian Pediatrics* 49(8):651-658
- Nord I. in Klie T., Nord I. (Hrsg.) 2016
- ntv Wissen 2021 „Viel zu lange heruntergespielt“ Eine von zehn Frauen erleidet Fehlgeburt;
www.n-tv.de/wissen/Eine-von-zehn-Frauen-erleidet-Fehlgeburt-article22516231.html
- Offerhaus A. in Klie T., Nord I. (Hrsg) 216,
- O’Leary J., Warland J. 2013, Untold Stories of Infant Loss: The Importance of Contact With the Baby for Bereaved Parents, *Journal of Family Nursing* XX(X) 1 – 24
- Pahud de Mortanges E. in Eggenberger P. et al. 2009
- Palkowitsch-Kühl J. in Klie T., Nord I. (Hrsg.) 2016
- Paul C. 2019, Schuld | Macht | Sinn, Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess, Gütersloher Verlagshaus
- Peters M. 2019 https://hebammenkongress.de/wp-content/uploads/2019/06/Peters_Mirjam_Beratung-beim-frühen-Schwangerschaftsverlust_S16_Di_Kongress_2019.pdf
- Peters M. 2018, Das frühgeborene Kind im Zentrum des Entscheidungsprozesses, Inaugurale Dissertation Hochschule Vallendar
- Pfeifer G. 2015, Auswertung von Taufmatrikeln in München und Passau in der Zeit von 1600 bis 1820 - Unter besonderer Berücksichtigung der Münchner Findelkinder, Dissertation, Philosophische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München
- Philler O. 1875, Das deutsche Reichs-Civilehe-Gesetz, Gesetz über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschließung, Berlin 1875, Münchner Digitalisierungszentrum
- Qualitätsstandards der amtlichen Statistik 2006,
https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/qualitaetsstandards.html?__blob=publicationFile
- Radestad I., Säflund K., Wredling R., Onelöv E., Steineck G. 2009, Holding a stillborn baby: mothers' feelings of tenderness and grief, *british journal of midwifery*, 03.2009, vol 17, no 3

- Rashdian A., Omidvari A.H., Vali Y., Mortaz S., Yousefi-Noorai R., Jafari M. et al. 2014, The effectiveness of regionalisation of perinatal care services, systematic review. *Public Health* 128 (10):872–85
- Redshaw M., Hennegan J.M., Henderson J. 2016, Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: findings from a national survey, *BMJ Open* 2016;6: e 010996.
- Rohde A. (Hrsg.) 2015, „Frauen-Leid und Frauen-Stärkung“, Psychiatrie Verlag
- Rohr R. 2010, *Pure Präsenz, Sehen lernen wie die Mystiker*, Claudius Verlag
- Schäfer D. in Groß D. et al. 2011
- Schärrer-Santschi E. (Hrsg) 2019, *Trauern*, Hogrefe Verlag
- Schleußner E. 2013, Drohende Frühgeburt, *Dt. Ärzteblatt* 2013; 110(13): 227–36
- Schmitt J., Bieber A., Heinrich L., Küster D., Walther F., Rüdiger M. in Dormann F., Klauber J., Kuhlen R. (Hrsg.) 2019,
- Schnegg M. 2018, *Was trägt? Trauer und Spiritualität*, Edition Leidfaden, Vandenhoeck&Rupprecht
- Schwittai Y. 2012, *Zur Geschichte der Frauenkliniken der Charité in Berlin von 1710 bis 1989 unter besonderer Berücksichtigung baulicher und struktureller Entwicklungen*, Dissertation Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Seidler E., Leven K.H. 2003, *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*, Kohlhammer Verlag
- Singer E., Kindermann V. 1935, Die Totgeburten in Böhmen, *Aus dem hygienischen Institut der Deutschen Universität in Prag*, Source: *Genus*, Vol. 1, No. 3/4 S. 411–443
- Sonego Mettner J. in Schärrer-Santschi (Hrsg) 2019
- Spinner J.R. 1914, *Ärztliches Recht*, Kapitel: „Der ärztliche Berufskreis“, S. 42–77, Springer Verlag
- Statista 2009, *Tabuthemen in Deutschland*
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4464/umfrage/themen-ueber-die-kaum-gesprochen-wird/>
- Toth B. (Hrsg.) et al. 2017, *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten-Ursachen, Prävention und Therapie*, Springer Verlag
- Ulrich-Bochsler S., Rüttimann D. in Eggenberger P. et al. 2009
- Vögele J. 2009, Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive, Vol. 34 2009 No. 4, 66–82 *Historical Social Research*
- Vöhringer K. 2010, *Die Kosten von Sozialamts- und ordnungsbehördliche veranlassten Bestattungen für Kommunen und mögliche Kostensenkungspotentiale*, Diplomarbeit, Hochschule Mittweida, Fakultät Wirtschaftswissenschaften
- Wagner B. 2014, *Komplizierte Trauer – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*; Springer Verlag

Wallbank, S., Robertson, N. 2013, Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 10901097

Wanderausstellung "Tod am Anfang des Lebens" Erlangen;
www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1388234
Kontakt zum Verleih: irene.eismann@uk-erlangen.de

Warland J., O'Brien L.M., Heazell A., Mitchell E., STARS (Study of Trends and Associated Risks for Stillbirth) consortium 2015, An international internet survey of the experiences of 1,714 mothers with a late stillbirth: the STARS cohort study, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:172

Weberberger R. 1968, „Limbus puerorum“, Zur Entstehung eines theologischen Begriffes; Source: *Recherches de théologie ancienne et médiévale*, Janvier-Juin 1968, Vol. 35 (Janvier-Juin 1968), pp. 83-133 Published by: Peeters Publishers Stable URL: <http://www.jstor.com/stable/26188094>

Weisse Liste 2012; www.weisse-liste.de/de/informationen/presse/pressemitteilungen/2012/groesste-patientenbefragung-in-deutschland/

Wernstedt T., Beckmann M.W., Schild R.L. 2005, Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen, *Geburtsh Frauenheilk* 65:761-766, Thieme Verlag

Willmann H., Müller H. 2020, Kein Recht auf Trauer, Aeternitas e.V. https://www.gute-trauer.de/inhalt/trauer/gesellschaftliche_aspekte/nicht_anerkannte_trauer

Wischmann T. in Todt B. (Hrsg.) 2017

Wissenschaftlicher Dienst 2018, Der Schutz ungeborenen Lebens in Deutschland
www.bundestag.de/resource/blob/592130/21e336d47580c1faa15dbe23d999b62c/WD-7-256-18-pdf-data.pdf

Wissert M. 2013, „TrauErLeben, Ergebnisse des Forschungsprojektes
www.dhpv.de/presseerklaerung_detail/items/2013-08-28_Forschungsteam-Prof.-Dr.-Michael-Wissert-praesentier-te-in-Berlin-Ergebnisse-des-Projektes-TrauErLeben.html

Worden J.W. 2018, Beratung und Therapie in Trauerfällen, Ein Handbuch, Hogrefe Verlag

Zeit online 2021, „Dein Baby lebt nicht“, www.zeit.de > video > 2021-05 > 6253045094001

Znoj H. in Schärner-Santschi (Hrsg.) 2019

Bisher erschienene Beiträge:

50. Nugel (2021): „Da sind auch noch andere, die man berücksichtigen muss!“

Demokratie im Jugendverband aus Sicht von Ehrenamtlichen

49. Brendebach (2020) „Moderierte Wirkungsanalyse“ als Beitrag zur Organisationsentwicklung

48. Nugel (2021): Die ‚Einbeziehung des Anderen‘: Der ‚utopische Überschuss‘ inklusiver Bildungslandschaften

47. Oehmen und Scheibel (2021): Notwendigkeit professioneller Praxisanleitung in der sozialpädagogischen Ausbildung

46. Bauernschmidt, Brendebach und Heinkele (2020): Demenzstrategien im europäischen Vergleich – Eine Literaturanalyse im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Fachstellen für Demenz und Pflege Bayern; gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

45. Freier (2020): Die Digitalisierung bringt Veränderungen im Arbeiten von heute und morgen – auch in der Sozialwirtschaft

44. Winkler (2020): The Provocations of Contact Zones – Spaces for Negotiating Post-Migrant Identities

43. Scholz & Winkler (2020): Every Lives Matter! Eine postkoloniale Schulbuchanalyse zu subalternem Denken in der religiösen Bildung

42. Götz & Bayer (2020): Peer-Arbeit im Bereich von Essstörungen – Erste Befunde einer empirischen Studie

41. Rechberg (2020): Empirische Befunde zur Auseinandersetzung mit NS-Täterschaft und Propaganda

40. Oehmen (2020): Bildung als Selbstbildung
39. Pryss, John u.a. (2020): Exploring the Time Trend of Stress Levels While Using the Crowdsensing Mobile Health Platform, TrackYourStress, and the Influence of Perceived Stress Reactivity: Ecological Momentary Assessment Pilot Study
38. Winter (2019): „Bestürzung und Trauer waren bei mir die Kernemotionen.“ Ein persönlichkeitsstärkendes Praxisbegleitungskonzept für die praktische Pflegeausbildung
37. Winkler (2019): The Relevance of Religion in the Public Sphere – Religion and Migration in Educational Systems
36. Appel (2019): „Care Leaving“ volljährig gewordener Geflüchteter – Stolpersteine, Gefahren und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen
35. Kemmer & Manzeschke (2019): ELSI-Übergabe für das Projekt *PowerGrasp* – Dokumentation, zentrale Themen der ELSI-Begleitforschung und nächste Schritte
34. Ignatzi (2019): Diakonische Angebotsentwicklung – Gemeinsame Konzepte und Methoden im Umgang mit Demenz in der Alten- und Behindertenhilfe
33. Frisch (2019): Das Universum besteht aus Geschichten, nicht aus Atomen – Eine Predigt gegen die Gottesvergessenheit – Predigt im Eröffnungsgottesdienst der Herbsttagung der Landessynode der ELKB Johanneskirche Partenkirchen, 25.11.2019.
32. Frisch (2019): Wie steht es um Theologie und Kirche? Einige Thesen – Akademische Konsultation zum Kirchenentwicklungsprozess „Profil und Konzentration“ Nürnberg, 8. November 2018
31. Winkler (2018): Religion, Migration and Educational Practice – Empirical, Postcolonial and Theological Perspectives
30. Manzeschke (2018): Was nützt uns die Biodiversität. Zur weltweiten Krise der Artenvielfalt – Ein theologischer Kommentar bei der Tagung in Bayreuth am 3. Dezember 2010
29. König & Ottmann (2018): Was wirkt wie? – Konzeptionelle Überlegungen zur Messung und Analyse von Wirkungen in der Sozialen Arbeit

28. Frisch (2018): Ist das zu glauben? – Einige schöpfungstheologische Gedanken von womöglich weltbewegender Bedeutung
27. Appel & Streh (2018): „Ankommen in der Fremde“ – Zentrale Befunde einer biografieanalytischen Studie zu Ankommens- und Integrationsprozessen ehemaliger, minderjähriger Flüchtlinge
26. Zeus (2017): Die Umsetzung des Anspruchs auf inklusive Bildung – ein Thema auch für die Jugendsozialarbeit an Schulen in Nürnberg?! Ein Arbeitspapier
25. Bauer (2017): Professionelle Responsivität der Fachkräfte im Umgang mit konflikthaften Peerinteraktionen in der Krippe
24. Wölfel (2017): Ich kann nicht mehr und jetzt? – Pflegende Angehörige an der Grenze zur Überlastung – Konzeption eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung des Belastungsniveaus und der Bewältigungsstrategien, zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Beratung pflegender Angehöriger
23. Bayer (2017): Die Welt aus den sozialen Fugen – Ein soziologischer Blick
22. Manzeschke (2017): Homo imagines faber – Menschenbildlichkeit zwischen Idolatrie und Selbstreflexivität
21. König & Ottmann (2017): Marktforschung in der Sozialwirtschaft – von der Theorie zur Praxis
20. Sommer-Himmel & Link (2016): Forschendes Lernen am Beispiel des Lehr- und Lernformates „Praxisforschung“: Eine systematische Begegnung zwischen Theorie und Praxis
19. Sommer-Himmel (2016): Akademisierung als Mehrwert in Kindertageseinrichtungen?
18. König, Joachim (2016): Bildung ganzheitlich denken und gemeinsam verantworten
17. Winkler (2016): Migration und Mehrsprachigkeit – Ein kritisches Verhältnis im Bildungskontext Schule
16. Köhler & König (2016): Marginalisierte und schwer erreichbare junge Menschen mit komplexen Problemlagen als Zielgruppe der Jugendsozialarbeit

15. Schüßler (2016): Erfahrungsorientierte Didaktik als Etüde. Methoden als Bedingung für ästhetische Bildungsprozesse
14. König (2016): Arbeitslosigkeit – Belastungs- und Bewältigungsprozesse als Herausforderung für die Erwachsenenbildung
13. Kuch (2016): Hören und Verstehen – Wodurch das Erkennen Freude macht. Theologische Bemerkungen
12. Frisch (2016): Gewalt als Krise der Religion – Eine theologische Auseinandersetzung mit der dunklen Seite der Macht
11. Kranenpohl (2016): Keine „Stunde der Exekutive“(?) – Bundestag und Bundesverfassungsgericht in der „Eurokrise“
10. Schüßler (2016): Hochschuldidaktik im Kontext der Theaterpädagogik
9. Kruse (2016): Stationen eines akademischen Lebens als Spiegel gesellschaftlicher Veränderungen
8. Kaltschmidt (2016): Habe Fragen, suche Antworten! Die Geschwisterbeziehung in Familien mit Kindern ohne und mit Behinderung
7. Schellberg (2016): Von der Pionierzeit zur Konsolidierung – ein Abriss der Entwicklung des Sozialmanagements
6. Füglein (2016): Hochschule ist anders
5. Städtler-Mach (2016): Grenzen und Verletzlichkeit im Alter
4. König (2016): Nachhaltigkeit in der Sozialen Arbeit – Konzeptionelle, praktische und empirische Implikationen aus pädagogischer Sicht
3. Kranenpohl (2016): Die neue Grundordnung der Evangelischen Hochschule Nürnberg
2. Sommer-Himmel (2016): Wohin bilden wir unsere Kinder? Eltern und Kita unter Druck – wenn Anforderungen und Erwartungshaltungen kollidieren

1. Brendebach (2016): Die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements angesichts der demographischen Herausforderungen