

Beitrag im Rahmen der Ringvorlesung im Studiengang
Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe (M.A.)
mit dem Thema:

Versorgungsqualität bei frühen Fehlgeburten

**Verbesserung der Versorgungsqualität von Personen, die frühe
Fehlgeburten erleben.**

Belastungserleben und Unterstützung betroffener Personen

Improving the quality of care for individuals experiencing early miscarriage.

Stress experience and support of affected persons

Von: *Carina Müller, Theresa Müller, Annika Schneider, Pia Spitz, Jan Pöckentrup
Christin Weber*

Der substanzielle Beitrag des vorliegenden Artikels gliedert sich wie folgt auf: Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit oder Beitrag bei der Erfassung, Analyse oder der Interpretation der Daten; Manuskripterstellung oder kritische Überarbeitung von wichtigen Inhalten des Manuskripts; Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation; Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen, damit Fragen in Bezug auf die Genauigkeit oder Integrität irgendeines Teils der Arbeit untersucht und gelöst werden können: Müller, Carina; Müller, Theresa; Schneider, Annika; Spitz, Pia; Pöckentrup, Jan; Weber, Christin.

Ein besonderer Dank geht an Frau Prof. Dr. Schallenkammer, die im Rahmen des Moduls *Entwicklungen und Innovationen in Pflege- und Gesundheitsversorgung* des Master of Arts Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe die Ringvorlesung, aus welcher der vorliegende Beitrag resultiert, organisiert hat. Weiterer Dank geht an Dagmar Weimar, welche im Zuge der Ringvorlesung den Vortrag *Wenn die Freude Trauer trägt - ambulante und stationäre Begleitung bei einem frühen Verlust durch Fehlgeburt* gehalten und somit den vorliegenden Beitrag inspiriert hat.

Zusammenfassung: Fehl- und Totgeburten bergen für Betroffene ein hohes Krisenpotenzial, insbesondere dann, wenn kindliche Körpervorstellungen der Eltern und die Realität inkongruent sind. Erschwerend hinzu kommt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Tot- und Fehlgeburten verortet sind, dazu beitragen, dass frühe Fehlgeburten nicht als Personen im rechtlichen Sinne gelten. Betroffenen Eltern, insbesondere Müttern, steht keine gesetzliche Fürsorge, wie Mutter- und Kündigungsschutz zu. Weiter werden frühe Fehlgeburten auch nicht im Stammbuch der Familie vermerkt. Dies sorgt möglicherweise dafür, dass der Eindruck entsteht, dass diese Schwangerschaften und Kinder nie existiert haben. Der vorliegende Beitrag stellt eine Synthese empirischer Daten zum Belastungserleben, sowie Unterstützungsmöglichkeiten Betroffener dar. Personen, die eine (frühe) Fehlgeburt erlebt haben, benötigen besondere Unterstützung. Pflegerisches und medizinisches Personal ist hierfür hingegen nur unzureichend ausgebildet. Der akute Verlust einer Schwangerschaft birgt jedoch für Betroffene ein hohes Risiko für Depressionen, Angstzustände oder Schuldgefühle. Eine Möglichkeit Betroffenen einen Raum für ihre Verlusterfahrung zu bieten ist das Angebot: *Wenn die Freude Trauer trägt* der Diplom-Psychologin und Hebamme Dagmar Weimer.

Schlüsselwörter: Fehlgeburt; Belastung; Unterstützung

Abstract: Miscarriages and stillbirths harbor a high potential for crisis for those affected, especially when the parents' conceptions of the child's body and reality are incongruent. To make matters worse, the legal framework within which stillbirths and miscarriages are located contributes to the fact that early miscarriages are not considered persons in the legal sense. Affected parents, especially mothers, are not entitled to legal care such as maternity and termination protection. Furthermore, early miscarriages are not recorded in the family register. This may create the impression that these pregnancies and children never existed. This article presents a synthesis of empirical data on the experience of stress, as well as support options for those affected. Individuals who have experienced (early) miscarriage need special support. Nursing and medical staff, however, are insufficiently trained for this. However, the acute loss of a pregnancy carries a high risk of depression, anxiety or guilt for those affected. One way of offering those affected a space for their experience of loss is the service *Wenn die Freude Trauer trägt* offered by the psychologist and midwife Dagmar Weimer.

Keywords: miscarriage; stress; support

Einleitung / Hintergrund

Der Paragraph 31 der Personenstandsverordnung (PStV) definiert die Begriffe Lebendgeburt, Totgeburt sowie Fehlgeburt und grenzt diese voneinander ab. Ein Kind wird als Totgeburt bezeichnet, wenn dieses ohne Lebenszeichen geboren wird und entweder ein Geburtsgewicht von über 500 Gramm nachweisbar ist oder unabhängig vom Geburtsgewicht die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde (PStV §31 Abs. 2). Als Zeichen des Lebens gelten das Schlagen des Herzens, das Pulsieren der Nabelschnur und die natürliche Lungenatmung (PStV §31 Abs. 1; Mändle, 2015). Als Fehlgeburt gilt ein Kind, wenn dieses ein Gewicht unter 500 Gramm aufweist und ohne Lebenszeichen geboren wird (PStV §31 Abs. 2). Fehlgeburten lassen sich in frühe (bis zur 12. oder 15. Schwangerschaftswoche) und späte Fehlgeburten (ab der 16. Schwangerschaftswoche) einteilen (Mändle, 2015). Eine weitere geläufige Bezeichnung für Fehl- bzw. Totgeburten ist *Sternenkinder*. Damit sind allgemein Kinder gemeint, die vor, während oder unmittelbar nach der Geburt verstorben sind (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 2023). Neue Schätzungen bestätigen, dass 15 Prozent aller Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt enden, wobei jede zehnte Frau im Laufe ihres Lebens eine Fehlgeburt erlebt (Quenby et al., 2021). Im Gegensatz zu Totgeburten, werden Fehlgeburten nicht im Personenstandsregister eingetragen, somit werden die Kinder per Gesetz nicht als Person anerkannt. Ebenso erhalten die Eltern keine Geburtsurkunde für ihr verstorbenes Kind. Auf Anfrage können die Eltern jedoch eine Bescheinigung beantragen, für die eine Glaubhaftmachung über den Bestand der Schwangerschaft notwendig ist (PStV §31 Abs. 2). Dies hat auch Konsequenzen für die Bestattungspflicht, welche im Bestattungsgesetz jedes Bundeslandes geregelt ist. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Fehlgeburten nicht unter die Bestattungspflicht fallen, jedoch haben die Eltern, falls sie eine Bestattung wünschen, ein Recht auf diese. Wird von den Eltern keine individuelle Beisetzung gewünscht, unterliegen die Kliniken der Pflicht, Fehlgeburten unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten (Böcker, 2022). Ebenso bei mutterschutzrechtlichen Regelungen gibt es im Falle einer Fehlgeburt deutliche Unterschiede im Gegensatz zu Totgeburten und Lebendgeburten. Im Paragraph 1 Absatz 4 des Mutterschutzgesetzes heißt es, dass „dieses Gesetz (...) für jede Person, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt“ gilt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass das Mutterschutzgesetz nicht für Personen gilt, die eine Fehlgeburt erlebt haben, da diese nicht im Personenstandsregister eingetragen werden und somit laut Gesetz nicht als Person bzw. Kind gelten. Infolgedessen steht einer von einer Fehlgeburt betroffenen Personen keine achtwöchige Schutzfrist nach der Entbindung (MuSchG §3 Abs. 2) und daher auch kein Mutterschaftsgeld für diese Zeit zu (MuSchG §19). Hinzu kommt für Personen, die eine frühe Fehlgeburt bis zur 12. Schwangerschaftswoche erlebt haben, dass für diese kein Kündigungsschutz besteht (nach der 12. Schwangerschaftswoche viermonatiger

Kündigungsschutz) (MuSchG §17 Abs. 1 Satz 2). Eines unterscheidet sich jedoch nicht: Hebammenhilfe steht allen Personen, die eine Fehl-, Totgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch erlebt haben zu (Mändle, 2015).

Theoretische Betrachtung

Der Verlust eines Sternenkinds wird in der empirischen Wirklichkeit intersubjektiv nur anerkannt, wenn er hinsichtlich der Dimensionen der Körpermaterialität, der medizinischen Überprüfbarkeit und der Anerkennung von Personalität nachvollziehbar und überprüfbar gemacht werden kann. Dies bedeutet auch, dass nur, wenn der (Sternen-) Kindsverlust überprüfbar gemacht werden kann, können intersubjektiv gültige Deutungen und Legitimationen entstehen und somit die soziale Konstruktion einer legitimen Kindsverlustererfahrung verstehbar gemacht werden (Böcker, 2022). Unbestritten scheint die Tatsache, dass „(...) subjektive Empfindungen und Deutungen mit intersubjektiven Deutungen und Institutionalisierungen in Spannung geraten.“ (Böcker, 2022, 148). Es ist deshalb von besonderer Bedeutung zunächst zu klären, unter welchen Bedingungen (Sternen-) Kindsverluste anerkannt werden und wo das Spannungsfeld besteht. Hierzu werden nachfolgend vier Thesen vorgestellt, anhand derer das Spannungsfeld aus soziologischer Perspektive genauer betrachtet und kontextualisiert werden kann.

These 1: „Es bedarf keines anthropomorphen Kindeskörpers, um eine Fehlgeburt als Kindsverlust zu deuten, zu erfahren und für Dritte darstellbar zu machen.“ (Böcker, 2022, 150) Es gibt keine klare Grenze oder Vorschriften, welcher körpermateriellen Voraussetzung es bedarf, damit Betroffene von einem Kindsverlust sprechen dürfen. Vielmehr gestaltet sich die Frage, wann und ob schon ein Kindskörper vorhanden war, als Aushandlungsprozess mit entsprechend damit verbundenen Anerkennungskonflikten (Böcker, 2022). Für die Darstellung, Interpretation und Emotionalität eines Kindsverlustes scheint es bedeutungslos, wie groß oder klein der anthropomorphe Kindeskörper ist. Von entscheidender Bedeutung für die Betroffenen ist viel mehr, welche Bedeutung sie der Körpermaterialität des Ungeborenen zuschreiben. Oft reichen schon positive Schwangerschaftstests für Betroffene aus, um von einem Kindeskörper auszugehen, da Schwangerschaft und die Existenz eines kindlichen Körpers in unmittelbaren Zusammenhang gebracht werden (Böcker, 2022). So kommt es auch, dass Betroffene, die davon ausgehen, dass schon zu Beginn der Schwangerschaft ein Kind existiert, den frühen Schwangerschaftsverlust als Kindsverlust erfahren (Böcker, 2022). Die Produkte Fehlgeburt und Kindsverlust sind somit in ihrer konkreten Form immer Ergebnisse eines individuellen performativen Konstruktionsprozesses.

These 2: „Die Erfahrung einer Fehlgeburt und damit von frühem Kindsverlust während der Schwangerschaft ist medizintechnisch vermittelt.“ (Böcker, 2022, 150) Biochemische und

sonographische Daten bestätigen im Vorhinein oder im Nachhinein eine bereits erlittene Fehlgeburt – medizinische Medien sind somit Voraussetzung dafür, frühe Fehlgeburten zu erkennen, bei denen kein Kindskörper zum Vorschein kommt. Man kann zwei Standardsituationen der Fehlgeburtsdiagnostik unterscheiden: den offenbarenden Ultraschall und den bestätigenden Ultraschall. Ein *offenbarender* Ultraschall meint, dass es zu keinerlei Symptomen eines Schwangerschaftsverlustes kam, sondern, dass es bei einer reinen Vorsorgeuntersuchung bei gynäkologisch ärztlichem Fachpersonal dazu kommt, dass der Tod des Kindes festgestellt wird (Böcker, 2022). Bei dem *bestätigenden* Ultraschall verifiziert „(...) medizintechnisch vermitteltes ärztliches Wissen die erahnte oder bereits erlittene Fehlgeburt. In diesen Fällen bahnt sich die Fehlgeburt für das erlebende Subjekt anhand körperlicher Anzeichen oder manifestierter Symptome an.“ (Böcker, 2022, 168) Als Beispiel hierzu könnte zählen, dass die Frau nach Symptomen wie Blutungen gynäkologisch ärztliches Fachpersonal aufsucht und festgestellt wird, dass die Gebärmutter leer ist, die Fehlgeburt also vermeintlich bereits zuhause stattgefunden hat (Böcker, 2022).

These 3: „Der medizintechnische Nachweis einer Schwangerschaft ist die körpermaterielle Grenze, ab der legitim vom Verlust eines (Sternen-) Kindes gesprochen werden kann.“ (Böcker, 2022, 150) Die Kindsverlustererfahrung im Sternenkind-Diskurs verläuft exakt entlang der Unterscheidung schwanger gewesen zu sein oder nicht schwanger gewesen zu sein. Betroffene können demnach in zwei konträre Parteien eingeteilt werden: Diejenigen, für die ein positiver Schwangerschaftstest reicht, um sich als Sternenkindeltern zu fühlen, auch wenn daraufhin kein offizieller Nachweis einer Schwangerschaft (z.B. Ultraschallbilder) erfolgt ist. Zweitere sind die Personen, die die Tatsache schwanger gewesen zu sein, das Kind jedoch verloren zu haben dekonstruieren. Sie deklarieren die Fehlgeburt als stärkere Menstruation. Diese Personen fühlen sich somit weder als ehemals Schwangere noch als Sternenkindeltern (Böcker, 2022).

These 4: „Jede Verlustsituation birgt ein spezifisches Verhältnis von Kindesvorstellungen und körperlicher Materialisierung des fehlgeborenen Kindes (Kindeskörper).“ (Böcker, 2022, 150) Erfahrungen, in denen das Verhältnis von Kindesvorstellung und physischem Kindskörper inkongruent ist, bergen ein deutungsbedingtes Krisenpotenzial, das nicht bestünde, wenn die Kindsvorstellung vor dem Abgang mit dessen körperlicher Materialisierung danach übereinstimmt. Die spezifische Krisenhaftigkeit entfaltet sich demnach in der Diskrepanz zwischen körperlicher An- bzw. Abwesenheit des Kindes und der Vorstellung der werdenden Eltern (Böcker, 2022). Zusätzlich lässt sich anhand der Definition einer Fehlgeburt sowie der damit verbundenen Auswirkungen ableiten, dass damit etwas Fehlerhaftes verbunden wird. Durch diese Wertung des Begriffs lässt sich eine Fehlgeburt auch als Fehlverhalten der

Person interpretieren, was wiederum weiteres Krisenpotenzial birgt. Um dieser negativen Assoziation vorzubeugen, wird empfohlen gegenüber Betroffenen z.B. den Begriff *Stillgeburt* zu verwenden (Böcker, 2022).

Fragestellung, Ziel & methodisches Vorgehen

Vor der beschriebenen Problemstellung, sowie den theoretischen Annahmen zur Thematik der (frühen) Fehlgeburten wurden folgende Fragestellungen entwickelt:

*Wie erleben betroffene Personen frühe Fehlgeburten? und
Welche Unterstützungsmöglichkeiten helfen, um den Verlust zu bewältigen?*

Das Ziel dieses Beitrags ist es entsprechend darzulegen, wie von einer frühen Fehlgeburt betroffene Personen diese empfinden und welche Bedürfnisse bezüglich Unterstützungsangeboten erkennbar sind. Zudem soll dieser Artikel Ansatzmöglichkeiten liefern, um die Versorgungsqualität der betroffenen Personen durch zielgerichtete Unterstützung zu verbessern.

Die zugrundeliegende Fragestellung wurde mittels systematischer Literaturrecherche bearbeitet. Hierfür wurden die Datenbanken PubMed, Cochrane und Cinahl gewählt, da diese thematisch zum Schwerpunkt der Fragestellung passten. Die Suche fand über einen Zeitraum von vier Wochen im Frühjahr 2023 statt. Der jeweilige Suchterm wurde für jede Datenbank spezifisch angepasst. Die verwendeten Stichworte zur Suche in allen Datenbanken waren *miscarriage* und *stress*. Sie wurden mit den jeweils datenbankspezifischen Operatoren verbunden und eine Verschlagwortung durchgeführt. Nach Überprüfung des Suchstrangs wurde zusätzlich das Stichwort *risk* ausgegrenzt, da dies nicht den Fokus der Fragestellung widerspiegelt. Um den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs abzudecken wurde die Suche zudem auf Publikationen mit einem Erscheinungsdatum der letzten fünf Jahre beschränkt. Weiter erfolgte eine Eingrenzung der Publikationen in deutscher und englischer Sprache. Die Recherche in der Datenbank PubMed ergab 267, in der Datenbank Cochrane insgesamt 34 und in der Datenbank Cinahl 69 relevante Treffer nach Eingrenzung anhand Titel und Abstract. Nach Ansicht aller Volltexte wurden 15 Publikationen als inhaltlich unpassend und drei aufgrund von unklarer Durchführung der Studien exkludiert. Die Eingrenzung ergab schließlich acht relevante Treffer.

Innerhalb dieser wurden durch das sensitive Rechercheprinzip zwei Schwerpunkte innerhalb der Publikationen deutlich. Entweder beschäftigten sich diese mit dem Belastungserleben von Personen, welche eine (frühe) Fehlgeburt erlebt haben oder sie fokussierten Unterstützungsangebote für betroffene Personen aus unterschiedlichen Perspektiven. Da beide Aspekte Teil der Fragestellung sind, wurden diese separat bearbeitet, werden jedoch

zur Beantwortung der Fragstellung zusammengeführt. Nachfolgend werden zunächst das Belastungserleben und die Sicht der Betroffenen auf Unterstützungsangebote als Synthese der Ergebnisse der Datenbankrecherche dargelegt. Ergänzend hierzu wird ein spezifisches, regionales Unterstützungsangebot als Lösungsansatz aufgezeigt. Dem folgend werden diese Aspekte gemeinsam vor dem Hintergrund der Problemstellung und in Zusammenführung diskutiert.

Ergebnisse

Hinsichtlich des Belastungserlebens ist im Besonderen zu betonen, dass alle der eingeschlossenen Studien Auswirkungen auf das psychische Erleben der Betroffenen nachgewiesen haben. Hierbei wurde sich auf die psychischen Auswirkungen von posttraumatischem Stress, Angst und Depressionen bezogen (Farren et al., 2020; Zamani et al., 2022). Allerdings gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit einem frühen Schwangerschaftsverlust, einer Eileiterschwangerschaft und einer normalverlaufenden Schwangerschaft hinsichtlich der Prävalenz von Angst, posttraumatischem Stress und Depressionen. Dennoch steigt das Risiko von Angststörungen bei den betroffenen Personen mit einem frühen Schwangerschaftsverlust, sowie bei denen mit einer Eileiterschwangerschaft im Vergleich mit den normalverlaufenden Schwangerschaften. Des Weiteren gilt zu betonen, dass Personen mit einem vorangegangenen Verlust der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko aufweisen, in der nächsten Schwangerschaft Gefühle von Angst und Symptome einer Depression zu entwickeln (Zamani et al., 2022). Bemerkenswert ist, dass die psychischen Krankheitszeichen sukzessiv mit der vergangenen Zeit abnahmen. Eine weitere Studie stellte fest, dass auch die (hier alle männlichen) Partner der betroffenen Personen Anzeichen von posttraumatischem Stress, Ängsten und Depressionen aufzeigten. Allerdings gilt zu betonen, dass die Partner zwar Kriterien der obengenannten psychischen Auswirkungen aufwiesen, jedoch diese sich in einem geringeren Ausmaß äußerten (Farren et al., 2021). Ersichtlich ist, dass auch hier ein Rückgang der Auswirkungen im Laufe der Zeit beobachtet werden konnte (Farren et al., 2021). Hinsichtlich der Erkenntnisse fordern die Forschenden mehr psychologische Unterstützung für Personen im ersten Trimester, besonders bei denen, welche bereits einen frühen Schwangerschaftsverlust erleiden mussten (Zamani et al., 2022).

Die Ergebnisse der Datenbankrecherche zeigen weiter, dass Unterstützungsangebote für Betroffene in vielerlei Hinsicht notwendig sind, um diesen Herausforderungen zu begegnen. In mehreren Untersuchungen wird deutlich, dass der Nutzen und die Wirksamkeit von gezielter Unterstützung betroffener Personen empirisch belegbar ist (Chang et al., 2021; Iwanowicz-Palus et al., 2021). In den gefundenen Studien wird erkennbar, dass gezielte Interventionen, hier zumeist Gespräche, den Effekt haben, dass Selbstbeschuldigungen der

Betroffenen und das Stressempfinden, sowie das Risiko für depressive Stimmungen reduziert werden (Chang et al., 2021). Die konsequente Unterstützung von Personen, die eine frühe Fehlgeburt erleben, kann zudem das Gefühl von Selbstwirksamkeit bezogen auf das weitere Leben und deren generelles psychosoziale Wohlbefinden fördern. Anzumerken ist hierzu, dass Betroffene die psychosoziale Unterstützung in ihrem Erleben als ebenso wichtig empfinden, wie die medizinische Behandlung, welche mit dem Ende der Schwangerschaft einhergeht (Iwanowicz-Palus et al., 2021). Es wird deutlich, dass gerade medizinisch-pflegerisches Fachpersonal eine Schlüsselrolle in der Betreuung der betroffenen Personen und ihren Angehörigen einnimmt. Diese können die Erfahrungen, welche die Personen machen, entscheidend prägen und somit beeinflussen (Galeotti et al., 2022). Bezogen auf das Erleben einer frühen Fehlgeburt ist den Personen außerdem wichtig, dass eine Sensibilisierung der Gesellschaft stattfindet. Diese könnte in den Augen der Betroffenen dazu führen, dass soziale Unterstützung frühzeitig vorhanden ist und ermöglicht wird (Bellhouse et al., 2018). Von Seiten der Personen, welche Betroffene in ihrem Erleben unterstützen können und sollen ist durch die Ergebnisse der Datenbankrecherche eine Diskrepanz erkennbar. Das medizinische Personal gab in einer Studie an, grundsätzlich nur unzureichend ausgebildet worden zu sein, um Personen in dieser hochsensiblen Lebenslage zielgerichtet unterstützen zu können (Jensen et al., 2019). Zeitgleich sehen sie sich trotz dessen anteilig in der Lage, diese Unterstützung zu leisten, ihnen fehlen jedoch die zeitlichen und personellen Ressourcen, diese wichtige Unterstützungsarbeit umfassend gewährleisten zu können (Jensen et al., 2019).

Wie nun belegt, spielt zielgerichtete Unterstützung für betroffene Personen eine entscheidende Rolle in der Verarbeitung und Prävention von psychischen Folgeerkrankungen.

Eine solche Unterstützungsarbeit leistet die Diplom-Psychologin und Hebamme Dagmar Weimer mit ihrem Angebot: *Wenn die Freude Trauer trägt* (Weimar, 2023). Häufig wissen die Mütter nicht, dass sie ein Anrecht auf Hebammenbetreuung haben, weshalb sie keine Rückbildungskurse oder andere Nachbetreuungsangebote wahrnehmen. Nach dem Verlust eines Kindes ist es jedoch wichtig einen Raum der Trauer zu haben, in diesem sich die Mütter austauschen können, sich verstanden und geborgen fühlen (Weimar, 2023). Darüber hinaus benötigt jeder Körper nach einer Schwangerschaft und Geburt gezielte Nachsorge, um die Rückbildungsprozesse zu unterstützen und Spätfolgen vorzubeugen. Aus diesen Gründen bietet Frau Weimer unter anderem Rückbildungsangebote für von Fehlgeburten betroffene Personen an. Im Rahmen dieses Angebotes gibt es die Möglichkeit, gegenseitig Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam zu trauern, über Gefühle zu sprechen oder einfach nur zuzuhören und mit Menschen zusammen zu sein, die ähnliche Erfahrungen erlebt

haben. Es soll den Personen ermöglicht werden, sie selbst zu sein, sich verstanden und geborgen zu fühlen (Weimer, 2023).

Diskussion

Durch die gesetzlichen Definitionen der Begriffe Lebend-, Tot-, sowie Fehlgeburt in der Personenstandsverordnung geht bereits hervor, dass Kinder ohne Lebenszeichen innerhalb der ersten Schwangerschaftshälfte und bis zur 24. Woche unter einem Gewicht von 500 Gramm nicht als Personen im Sinne des Gesetzes gelten (PStV §31, Abs.2). Hieraus leiten sich auch die Ansprüche der Frauen ab, in denen durch gesetzliche Regelungen eine Absicherung und Schutz innerhalb der ersten Wochen nach einer regulären Geburt bzw. Totgeburt gewährleistet werden soll, jedoch nicht nach einer Fehlgeburt (MuSchG §§3, 19).

Die Assoziation einer Fehlgeburt mit dem Begriff *fehlerhaft* könnte auf die Idee hindeuten, dass die betroffene Person oder die Schwangerschaft selbst fehlerhaft oder unzureichend war. Dies kann bei den Betroffenen zu emotionaler Belastung führen. Besser eignet sich daher die Bezeichnung *Stillgeburt* (Böcker, 2022). Neben den Belastungen durch die gesetzlichen Regelungen und den Begrifflichkeiten ist es möglich, dass es durch den medizinischen Fortschritt bereits in den ersten Tagen und Wochen nach einer Befruchtung zum Feststellen einer Schwangerschaft kommt. Damit geht häufig eine gesellschaftlich und medial geprägte Vorstellung eines menschlichen Embryos einher, noch bevor dieser ohne technisches Gerät erkennbar wäre (Böcker, 2022). Durch präventive Untersuchungen oder Abklärung unerwarteter Veränderungen während der Frühschwangerschaft, mittels moderner Medizintechnik, lässt sich der frühe Verlust eines Ungeborenen erkennen. Dass ein Teil der Betroffenen auch ohne den offiziellen Nachweis einer Schwangerschaft ein starkes Verlusterleben wahrnehmen, zeigt, welche Vorstellungen und Erwartungen bereits mit einem positiven Schwangerschaftstest verbunden werden können. Andere erleben den frühen Verlust, ohne Nachweis eines Embryos, lediglich als verspätete oder stärkere Menstruation. Das resultiert daraus, dass Betroffenen der Entwicklungsstand bewusst ist (Böcker, 2022). Diese Tatsache verdeutlicht lediglich die Vielfalt der Erwartungen, die trotz des umfassenden medizinischen Wissens und verschiedener präventiver und beratender Angebote, mit einem positiven Schwangerschaftstest verbunden sein können. Die Studien zeigen, dass eine psychische Belastung der Betroffenen zu einem höheren Risiko für Angststörungen und Depressionen nach dem Verlust des Ungeborenen führen (Farren et al., 2020; Zamani et al., 2022). Insbesondere nach dem frühen Verlust oder bei einem fehlenden Nachweis einer regulären Schwangerschaft kommt es vermehrt zu Angststörungen. Oftmals treten diese psychischen Belastungen bei einer späteren Schwangerschaft erneut auf (Zamani et al., 2022). Die Verwendung der Begrifflichkeiten und die fehlenden Ansprüche aus dem Mutterschutzgesetz führen nach dem Verlust zu einer zusätzlichen Belastung der

Betroffenen. Viele der Betroffenen empfinden Schuldgefühle, Stress sowie Depressionen und Berichten das individuelle Gesprächsangebote deutliche Linderung ihrer Symptome verschafften (Zamani et al., 2022; Chang et al., 2021). Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass eine anhaltende Unterstützung nach dem frühen Verlust eines Ungeborenen zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeit der betroffenen Personen führt. Dadurch und durch die medizinische Behandlung, welche nach Beendigung einer Schwangerschaft meist durchgeführt wird, kann das psychosoziale Wohlbefinden gefördert werden. Somit wird die Resilienz der Betroffenen gestärkt, wodurch die zukünftigen Belastungen, auch durch eine eventuelle folgende Schwangerschaft, reduziert werden (Iwanowicz-Palus et al., 2021).

Die Unkenntnis über Rechte bezüglich Hebammenbetreuung kann hingegen dazu führen, dass Mütter in der Zeit nach der Fehlgeburt keine Unterstützung erhalten. Ein Raum für Trauer und Austausch kann für viele Mütter eine entscheidende Rolle dabei spielen, ihre Erfahrungen zu verarbeiten und sich nicht allein gelassen zu fühlen. Der Hinweis auf gezielte Nachsorge für den Körper der Mutter nach der Geburt ist ebenfalls wichtig, da dies langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben kann (Weimer, 2023).

Schlussfolgerungen

Frühe Fehlgeburten betreffen eine hohe Anzahl an Personen. Schätzungsweise 15 Prozent aller Schwangerschaften enden in dieser Form (Quenby et al., 2021). Wie dieses Erlebnis kontextualisiert und gedeutet wird, ist subjektiv unterschiedlich (Böcker, 2022). Unabhängig vom Zeitpunkt des Verlustes des ungeborenen Kindes, sind besonders die psychischen Belastungsfaktoren für die betroffenen Personen hoch (Farren et al., 2020; Zamani et al., 2022). Um die Belastung zu reduzieren ist eine zielgerichtete und nahtlose Unterstützung der betroffenen Personen essenziell. Zudem zeigen die Studienergebnisse, dass sich Angebote diesbezüglich als wirksam erwiesen haben (Chang et al., 2021; Iwanowicz-Palus et al., 2021). Die gefundenen Publikationen bezogen auf die Unterstützung der von einer frühen Fehlgeburt betroffenen Personen machen jedoch auch deutlich, dass sowohl strukturell und organisatorisch als auch persönlich und auf Gesellschaftsebene Handlungsbedarf besteht, um die weitreichende Belastung der Betroffenen zu reduzieren. Mit dem Angebot: *Wenn die Freude Trauer trägt* von der Hebamme und Diplom-Psychologin Dagmar Weimar ist ein wichtiger Grundstein in der zielgerichteten Versorgung betroffener Personen gelegt. Das Angebot umfasst eine weitreichende Betreuung von Personen, welche eine Fehlgeburt erlebt haben, auch wenn diese nicht unter gesetzliche Schutzregelungen fallen. Das Angebotsspektrum ermöglicht eine multifaktorielle Unterstützung in der Verarbeitung des erlebten Verlustes (Weimar 2023). Es könnte somit potenziell das Belastungserleben und im Zuge dessen auch das Risiko für psychische Folgeerkrankungen reduzieren. Zudem bietet es auch Raum und Ansprechpersonen für medizinisch, pflegerisches Fachpersonal, welches

betroffene Personen nach dem Verlust eines Kindes betreut. So kann, auch wenn dieses nicht entsprechend ausgebildet sein sollte, Unterstützung für Betroffene ermöglicht werden. Entsprechend dieser Annahmen leistet das beschriebene Angebot einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Versorgung betroffener Personen. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Häufigkeit des Vorkommens einer Fehlgeburt und das daraus resultierend hohe Belastungsrisiko Anhaltspunkt für eine Anpassung der Gesetzeslage zum Schutz betroffener Personen liefert. Weiter sollte aus diesem Grund medizinisches und pflegerisches Fachpersonal bereits innerhalb der grundständigen Berufsausbildung umfassend auf die Begleitung dieser Personen vorbereitet werden.

Literaturverzeichnis

Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., Bilardi, J. E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a quality study. *BMC Women's Health*, <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>

Böcker, J. (2022): Fehlgeburt und Stillgeburt - Eine Kultursoziologie der Verlusterfahrung. Beltz Verlag Weinheim Basel

Bundesverband „Das frühgeborene Kind" e.V. (2023). Sternenkinder. <https://www.fruehgeborene.de/familie/sternenkinder.htm>

Chang, S.-C., Kuo, P.-L., Chen, C.-H. (2021). Effectiveness of empathic caring on stress and depression for women with recurrent miscarriage: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, (43)

Farren, J., Jalbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D. & Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1-367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>

Farren, J., Jalbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D. & Bourne, T. (2021). Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: Multicenter Prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 57(1), 141–148. <https://doi.org/10.1002/uog.23147>

Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M., Aventin, A. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review, *BMC Pregnancy and Childbirth*, <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>

Iwanowicz-Palus, G., Mroz, M., Bien, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(16) <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0982-z>

Mändle, C. (2015). Störungen in der Frühschwangerschaft. In: C. Mändle, S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 6. Auflage. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 222-232

Quenby, S., Gallos, I., Dhillon-Smith, R., Podesek, M., Stephenson, M., Fisher, J., Brosens, J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E., McCoy, R., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D., Rai, R., Christiansen, O., Sugiura-Ogasawara, M., Odendaal, J., Devall, A., Bennett, P., Petrou, S., Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)

Weimer, D. (2023). Online verfügbar unter <https://www.dagmarweimer.com/>, zuletzt geprüft am 21.07.2023.

Zamani, M., Hasan-Zadeh, A., Alimi, R., Rajabi, N., Azmoude, E. (2023). Psychological Consequences of Miscarriage, Ectopic Pregnancy and Ongoing Normal Pregnancy: The Results of a Pilot Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 11(2), 3751-3758.