

# **Früher Verlust wertgeschätzt**

## **Die Betreuung von Frauen mit Frühabort in der Klinik**

**Bachelor Thesis**

Diana Müller, Raphaela Egli

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science, Hebamme

Bern, August 2011

When I was eight weeks pregnant I stopped feeling pregnant, the changes were very subtle and at first I hardly noticed. Suddenly I realized that I hadn't felt sick for ten days, my breast no longer hurt. Six days later the small spots of blood started (...) (Moulder, 2001, S. 9)

Als ich acht Wochen schwanger war bemerkte ich, dass ich mich nicht mehr schwanger fühlte. Die Veränderung war sehr subtil und zu Beginn kaum bemerkbar. Plötzlich wurde mir bewusst, dass mir seit 10 Tagen nicht mehr übel war und meine Brüste nicht mehr schmerzten. Sechs Tage später begann ich wenig zu bluten (...) (Moulder, 2001, S. 9)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>7</b>
	3.1 Pathogenese von Frühabort .....	7
	3.2 Bedeutung für die Frau und ihren Partner.....	9
<b>4</b>	<b>Methoden</b> .....	<b>13</b>
	4.1 Methoden der Literatursuche .....	13
	4.2 Methoden der Literaturanalyse .....	14
	4.3 Methoden der Projektdurchführung .....	16
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>17</b>
	5.1 Ergebnisse Literaturreview .....	17
	5.2 Empfehlungen aktueller Literatur .....	20
	5.3 Ergebnisse zur aktuellen Betreuungssituation in der Praxis.....	26
	5.4 Vergleich der Empfehlungen aus der Literatur mit der aktuellen Betreuungssituation.....	38
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>46</b>
	6.1 Veränderungsbedarf .....	46
	6.2 Bedeutung der Veränderungen.....	54
	6.3 Projektplan .....	57
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>62</b>
<b>9</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>65</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>65</b>
<b>11</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>65</b>
<b>12</b>	<b>Glossar</b> .....	<b>66</b>
<b>13</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>69</b>
	13.1 Arbeitsinstrument zur Implementierung .....	69

## 1 ABSTRACT

**Einleitung:** Jede zweite bis vierte Schwangerschaft endet in einem Abort (FpK, 2010). In der Praxisinstitution werden jährlich ca. 200 Frauen mit Frühabort (<12. SSW) inklusive Curettage betreut. Die Anzahl betroffener Frauen ohne Curettage ist unbekannt. Betroffene Frauen kommen meist zur ambulanten Curettage auf die Gynäkologieabteilung und werden nach vierstündiger Überwachung wieder entlassen. Die Betreuungsdauer in der Klinik ist sehr kurz, dadurch bleibt kaum Zeit für psychische Unterstützung. Das Ziel der Arbeit ist, die aktuelle Betreuungssituation in der Klinik zu erheben und die Umsetzung möglicher Veränderungen in der Betreuung von Frauen/Partner mit Frühabort, in Bezugnahme auf aktuelle Literatur, zu planen.

**Theoretischer Hintergrund:** Eine angemessene Begleitung durch Fachpersonen kann eine gesundheitsfördernde Wirkung haben. Trotz des Wissens und der weltweit hohen Inzidenz von Frühaborten, erleben Frauen die Betreuung in der Klinik oft als unbefriedigend.

**Methoden:** Die Literaturrecherche wurde in elektronischen Datenbanken, Bibliotheken und anhand von Referenzen aktueller Literatur und Empfehlungen von Fachpersonen durchgeführt. Die ausgewählte Fachliteratur wurde kritisch gewürdigt und analysiert. Die aktuelle Praxissituation wurde anhand einer persönlichen Befragung von 10 Pflegefachfrauen und drei Ärztinnen/Ärzte sowie der Leitung der Gynäkologieabteilung mittels strukturierter Interviewfragebogen erhoben. Die Interviewauswertung wurde nach der Inhaltsanalyse von Mayring (2003) durchgeführt.

**Ergebnisse:** Zentrale Betreuungsaspekte aus der Literatur sind die individuelle, empathische Begleitung durch Fachpersonen, die Informationsabgabe (schriftlich und mündlich), angepasste Interventionen sowie eine professionelle Nachbetreuung. Die Interviewauswertung ergab fünf Hauptkategorien: Erforderliche Kompetenzen der Fachperson, Betreuungsbogen vom Klinikeintritt bis -austritt, Organisation der Weiterbetreuung, Veränderungsbedarf des Betreuungsteams und erschwerende Einflussfaktoren. Der Vergleich der Literatur mit der Praxissituation hat ergeben, dass das Betreuungsteam vertieftes Fachwissen benötigt und die Betreuung, die Informationsabgabe sowie die Organisation der Nachbetreuung optimiert werden sollten.

**Diskussion/ Schlussfolgerung:** Um eine Veränderung in der Praxis zu bewirken, wird empfohlen: Fachwissen im Rahmen einer klinikinternen Fortbildung zu vermitteln, ein Schema zur medizinischen und psychischen Betreuung, sowie eine Informationsmappe zu entwickeln. Der Projektplan sieht vor, dass diese Massnahmen durch die internen Fachpersonen implementiert werden. Die Befindlichkeit der Frauen auf der Abteilung, das Erleben des Vaters und die Nachbetreuung sind Themen, die weiterer Forschung bedürfen.

## 2 EINLEITUNG

Während der Praxisarbeit im Gebärsaal wurde bei den werdenden Müttern eine anamnestische Häufigkeit von Aborten in der Frühschwangerschaft festgestellt. Die Frage, wie betroffene Frauen mit einem Frühabort in der Klinik betreut werden und was sie emotional durchleben, wenn sie ihr Kind verlieren, beschäftigte die Autorinnen.

Frauen mit Verdacht auf Frühabort gehen zu ihrer/m Gynäkologin/Gynäkologen oder in die Klinik zur Untersuchung. Wird der Verdacht bestätigt, wird je nach Situation und Form des Abortes entschieden, ob die Durchführung einer Curettage (Ausschabung der Gebärmutter) notwendig ist. Besteht die Indikation einer Curettage, kommen die Frauen auf die Gynäkologieabteilung oder Tagesklinik. Curettagen werden ambulant durchgeführt und die Frauen verlassen das Spital bereits nach einer postoperativen Überwachungszeit von vier Stunden. Die Nachkontrolle wird vom ärztlichen Dienst übernommen. Eine weiterführende psychische Begleitung ist nicht gewährleistet.

Die Betreuung der betroffenen Frauen wird von den Pflegefachfrauen auf der Gynäkologieabteilung mit grossem Einfühlungsvermögen übernommen. Da das Thema Schwangerschaft im Ausbildungsplan der Pflegefachpersonen nur kurz behandelt wird, müssen sich die Pflegefachfrauen selbständig in die Praxis einarbeiten. Vorwiegend jungen Pflegefachpersonen fällt es oft schwer, mit den herausfordernden Situationen umgehen zu können. Die Pflegeexpertin der gynäkologischen Abteilung hat den Eindruck, dass die Pflegequalität hinsichtlich des Betreuungsangebotes für Frauen mit einem Frühabort gefördert werden muss.

Gemäss aktuellen klinikinternen Richtlinien auf der gynäkologischen Abteilung, erhalten Frauen bei einem Frühabort keine Hebammenbetreuung. Erst ab der 13. Schwangerschaftswoche (SSW) werden bei Aborten Hebammen beigezogen. Hebammen sind dafür ausgebildet, Frauen während der Schwangerschaft zu betreuen, unabhängig davon, wie sie endet. Mit ihrem Fachwissen können sie psychische Unterstützung bieten (Kompetenzprofil Diplomierete Hebamme BSc, 2007). Bezogen auf die Zuständigkeit von Frauen mit Frühabort stellt sich die Frage, warum eine früh endende Schwangerschaft nicht durch die Hebamme begleitet wird?

Jede zweite bis vierte Schwangerschaft endet laut der Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod [FpK] (2003) in einem Abort. Ein Abort ist die Ausstossung eines Feten bzw. Embryos mit einem Gewicht von 500g oder weniger, was einer durchschnittlichen Gestationszeit von 20-22 SSW entspricht. Die meisten Aborte ereignen sich in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft und werden somit als Frühaborte be-

zeichnet. Nach der 12. SSW spricht man von Spätabort. Die Ursachen des Abortes sind vielfältig und können oft nicht geklärt werden (Beckermann & Perl, 2004). Obwohl viele Frauen betroffen sind, wird wenig darüber gesprochen. Ein Abort ist ein Ereignis, das von der Gesellschaft und vom Fachpersonal oft nicht gebührend anerkannt wird (Stratton & Lloyd, 2008). Demzufolge steht dem Vater, dessen Frau einen Abort erleidet, kein freier Arbeitstag zu (Lothrop, 2010). Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass es keine Standardbetreuung für Frauen mit Frühaborten gibt, die sich ihrem emotionalen Wohlergehen widmet (Geller, Psaros & Kornfield, 2010). Die Mütter werden von Emotionen überwältigt, mit denen sie alleine umgehen und fertig werden müssen (Lothrop, 2010). Hat die Frau Schwierigkeiten das Erlebte zu verarbeiten, besteht ein erhöhtes Risiko von Trauer, Depression, Angst- und Zwangsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen (Brier, 2004). Frauen, die einen Frühabort erleiden, können von der Krankenkasse zur Leistung eines anteilmässigen Kostenbeitrags für die Behandlungskosten in der Klinik verpflichtet werden. Laut des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) liegen im Falle eines Frühabortes keine "Leistungen bei Mutterschaft" vor. Diese fallen unter die Rubrik Krankheit.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, anhand der aktuellen Fachliteratur herauszufinden, wie die Betreuung der betroffenen Frauen mit Frühabort erfolgen soll. Es soll festgestellt werden, in welchen Punkten die Betreuung in der Praxis verbessert werden kann und wie allfällige Veränderungen implementiert werden können. Aufgrund der Zielformulierung ergeben sich vier Forschungsfragen:

1. Welche nachgewiesenen wirksamen Betreuungsmassnahmen für Frauen mit spontanem Frühabort (<12. SSW) gibt es?
2. Wie sieht die aktuelle Betreuungssituation von betroffenen Frauen auf einer Gynäkologieabteilung aus?
3. Wie ist der Veränderungsbedarf auf der genannten Abteilung, um eine wirksame Betreuung zu gewährleisten?
4. Wie können die herausgearbeiteten Massnahmen für die Betreuung auf der genannten Abteilung geplant werden?

Die Arbeit befasst sich ausschliesslich mit spontanen Aborten bis zur 12. SSW und behandelt nicht künstlich herbeigeführte, indizierte Aborte. Es wird von spontan eingetretenen, intrauterinen Schwangerschaften ausgegangen. Aborte nach reproduktionsmedizinischen Therapien oder medizinisch indizierte Aborte werden ausgeschlossen. Weiter wird nicht auf medizinische Indikationen für oder gegen die Durchführung einer Curettage eingegangen. Es geht um die ganzheitliche Betreuung der Frauen mit

Schwerpunkt auf die psychischen und emotionalen Aspekte. Ebenfalls soll auch der Vater bei Frühabort eine ihm angepasste Betreuung erhalten. Jedoch existieren zurzeit wenig evidenzbasierte Empfehlungen für den Vater. Für die kurze Zeit der Betreuung in der Klinik werden Empfehlungen zu entsprechenden Massnahmen erarbeitet, die den Pflegefachpersonen in der Betreuung dienen sollen.

### 3 THEORETISCHER HINTERGRUND

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über die verschiedenen Abortformen und die medizinische Vorgehensweise gegeben. Das Erleben eines Frühaborts kann als ein physischer und psychischer Prozess angesehen werden. Dieser Prozess kann für beide Partner einschneidend sein. Dieses Kapitel dient als Grundlage für ein besseres Verständnis gegenüber den Betroffenen und ihrer speziellen Situation.

#### 3.1 Pathogenese von Frühabort

Nur etwa 20% der befruchteten Eizellen führen auch wirklich zu einer ausgetragenen Schwangerschaft. Die meisten Aborte setzen so früh ein, dass die Frau sie nicht bemerkt (Goerke & Junginger, 2010). Das Risiko eines Abortes wird umso kleiner, je länger die Schwangerschaft besteht. Somit liegt die Gefahr eines Abortes zwischen der 6. und 8. SSW bei etwa 15-18% und nach der 17. SSW nur noch bei 3% (Geist, Harder, & Stiefel, 2007).

##### Formen des Frühaborts

Die ersten Symptome des Abortes sind in der Regel Blutungen, Schmerzen bzw. Kontraktionen und/oder Fruchtwasserabgang (Geist et al., 2007). Differenziert werden fünf verschiedene Formen des Abortes. Die Form des Abortes spielt keine Rolle in der psychischen Betreuung durch die Fachperson. In der Tabelle 1 definieren Beckermann & Perl (2004) die Abortformen:

Tab. 1: Einteilung der Aborte (Beckermann & Perl, 2004)

Einteilung der Aborte	Symptome
Abortus immines <i>drohender Abort</i>	Vaginale Blutungen, Schwangerschaft intakt, geschlossener Muttermund, leichte bis regelstarke Unterbauchschmerzen
Abortus incipiens <i>in Gang befindlicher, unaufhaltsamer Abort</i>	Stärkere vaginale Blutungen und Wehen, Muttermund öffnet sich, Fehlen von Vitalitätskriterien, Schwangerschaft irreversibel gestört

Abortus incompletus <i>inkompletter Abort</i>	Stärkere vaginale Blutungen und Wehen, geöffneter Muttermund, Uterus ist nicht völlig entleert
Abortus completus <i>kompletter Abort</i>	Geringe vaginale Blutung, wenig Schmerzen, vollständige Ausstossung von Embryo, Plazenta und Eihäuten
Missed abortion <i>verhaltener Abort, nicht ausgestossener Abort</i>	Keine Blutung, keine Wehen, Muttermund ist geschlossen, kein Wachstum des Uterus, Embryo abgestorben

### Ursachen des Aborts

Viele Faktoren können für den Abort verantwortlich sein. Die eigentliche Ursache bleibt jedoch meistens unbekannt. Wünscht das Paar jedoch die genaue Ursache zu wissen, wird der Embryo/Fetus und die Plazenta histologisch untersucht. Die ätiologischen Faktoren für eine frühe Fehlgeburt sind nachfolgend aufgelistet (Beckermann & Perl, 2004).

- Soziodemographische Faktoren
- Vorausgegangene Schwangerschaftsverläufe
- Uterin-anatomische Faktoren
- Endokrine Faktoren
- Infektionen
- Immunologische Faktoren
- Störungen der Blutgerinnung
- Genetische Faktoren
- Väterliche Faktoren
- Umweltfaktoren
- Psychosoziale Faktoren

### Medizinische Behandlung bei Frühabort

Tritt der Abort in den ersten 12. SSW auf, werden der abgestorbene Embryo und/oder restliches Gewebe der Schwangerschaft durch die Absaugmethode oder instrumentelle Curettage entfernt, um starke Blutungen und aufsteigende Infektionen zu verhindern (Feige, Rempen, Würfel, Jawny, & Caffier, 2001). Vorbereitend erhält die Frau ein Prostaglandin-Präparat, damit der Muttermund für die Curettage leichter geöffnet werden kann. Im Operationssaal wird mit Hilfe von Hägarstiften der Zervixkanal gedehnt. Anschliessend wird mit einem ca. 1 cm breiten Absaugkatheter das restliche Gewebe

abgesaugt bzw. mit einer stumpfen Curettage die Gebärmutter ausgeräumt. Dieser Eingriff in Vollnarkose dauert ungefähr 10 Minuten (Geist et al., 2007). Anschliessend wird die Frau während einer Zeit von vier Stunden postoperativ betreut und auf Blutungen und Vitalzeichen überwacht. Schmerzmittel werden gemäss den Verordnungen der Anästhesie verabreicht. Gemäss klinikinternen Richtlinien erhält die Frau vor Klinikaustritt Empfehlungen zu Verhaltensmassnahmen.

Ab der 13. SSW wird davon ausgegangen, dass das Kind bereits zu gross ist, um eine Curettage vornehmen zu können. Das Kind muss demzufolge vaginal geboren werden.

## **3.2 Bedeutung für die Frau und ihren Partner**

### **Psychisches Erleben**

Weitverbreitete gesellschaftliche Vorstellungen sind, dass ein Verlust in der Frühschwangerschaft nicht so schwerwiegend ist, wie z.B. ein Verlust in der Spätschwangerschaft. Aus diesem Grund wird betroffenen Eltern die Legitimität zu trauern oft nicht zugestanden. Die Intensität der Trauer ist jedoch unabhängig vom Gestationsalter und vom Alter des Kindes (Gassmann & Maurer, 2006).

Die Schwangerschaft ist eine sensible und vulnerable Phase für das Paar (Beutel, 2002). Der Verlust eines Kindes in der Frühschwangerschaft ist für die meisten Paare ein bedeutsamer, schwerwiegender Verlust (Thorstensen, 2000).

Die wachsende Beziehung zum Kind im ersten Trimenon wird als Bindungsbereitschaft angeschaut. Das heranwachsende Kind kann Projektionsfläche von Wünschen, Hoffnungen und Träumen sein. Durch einen Frühabort gehen alle diese Vorstellungen verloren. Der Trauerprozess nach einem Frühabort verläuft unterschiedlich intensiv und ist individuell. Die Trauer nach einer Fehlgeburt ist ein Prozess beider Partner. Entgegen allgemeinen Vermutungen trauern Männer ebenfalls, wenn auch meist weniger offen als ihre Partnerinnen (Beutel, 2002).

In der Zeit des Frühabortes fühlen sich die Frauen oft leer (Beutel, 2002). Sie äussern Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins (Adolfsson, Larsson, Wijma, & Bertero, 2004; Beutel, 2002; Lothrop, 2010). Später kommen meist folgende Emotionen, wie Trauer, Schuldgefühle, Wut, Verlassenheitsgefühle, emotionelle Abspaltung, Gefühl von Schwäche und ein geringes Selbstwertgefühl dazu (Stratton & Lloyd, 2008). Zusätzlich sind die Frauen meist erschöpft und ihr tägliches Leben ist beeinträchtigt (Lothrop, 2010). Die betroffenen Paare haben nicht nur das Gefühl eine Schwangerschaft, sondern auch ein Baby verloren zu haben (Adolfsson et al., 2004). Die Guideline vom Royal College of Obstetrics and Gynecologist (RCOG, 2006) weist

darauf hin, dass Frühaborte erhebliche und protrahierte psychische Spätfolgen haben können. Das Abortgeschehen stellt eine signifikante Verlusterfahrung dar, welche Depressionen und Ängste hervorrufen kann (Geller et al., 2010).

### **Die Zufriedenheit der Paare mit der Betreuung durch Fachpersonen**

In einer Untersuchung von Geller et al. (2010) über die Zufriedenheit mit der Betreuung durch Fachpersonen bei Frühabort wurde festgestellt, dass die Frauen unzufrieden waren mit der Begleitung in der Klinik und der Nachbetreuung, weil sich die Fachpersonen nicht auf ihr emotionelles Wohlergehen fokussierten. Betroffene Frauen und Familien gaben an, dass ihr Verlust nicht als solcher anerkannt wurde und dass sie die Informationsabgabe über die Hintergründe des Frühabortes als ungenügend empfanden (Geller et al., 2010). Weitere Ursachen für diese Unzufriedenheit wurden mangelnder Akzeptanz und Anerkennung gegenüber dem Frühabort, fehlender Empathie, dem Alleingelassen werden, unpassenden Bemerkungen oder langen Wartezeiten angegeben (Beutel, 2002).

Mit der medizinischen Betreuung sind die Frauen in der Regel zufrieden, die psychische Betreuung wird jedoch oft als unbefriedigend erlebt (Beutel, 2002).

Eine verbesserte Zufriedenheit wurde bei Frauen festgestellt, welche von den zuständigen Fachpersonen betreut wurden, die ganzheitlich auf das Erleben des Verlustes eingingen. Diese Frauen erhielten gezielte Informationen und wurden in die Entscheidungen bezüglich der Behandlung mit einbezogen (Geller et al., 2010).

### **Bedeutung für die Arbeit der Hebammen und anderen Fachpersonen**

Im Gesundheitswesen gibt es bisher keinen Standard für die Betreuung von Frauen mit Frühabort, der sich den emotionellen Konsequenzen widmet (Geller et al., 2010; Wong, Crawford, Gask, & Grinyer, 2003). Eine ganzheitliche Begleitung sowie angemessene Betreuung der Betroffenen durch Fachpersonen bzw. Hebammen, haben Präventivcharakter und beugen Traumatisierungen und Spätfolgen vor (Gassmann & Maurer, 2006; Stratton & Lloyd, 2008). Um die Basis für eine solche professionelle Begleitung zu schaffen, wird die Unterstützung der Institutionen benötigt (Gassmann & Maurer, 2006). Durch eine angepasste individuelle Betreuung der betroffenen Paare kann deren mentale Gesundheit gefördert, sowie psychischer Morbidität vorgebeugt werden (Wong et al., 2003). Die Betreuung der Frauen in der Situation eines Frühabortes hat einen wesentlichen Einfluss auf ihre Erfahrung und den Umgang mit der Situation (Stratton & Lloyd, 2008; Thorstensen, 2000).

Njis (1999) erklärt, Pflegefachpersonen seien oft der Überzeugung, es sei ihre Verantwortung, dass Patienten keine (seelischen) Schmerzen erleiden. „Als Pflegende wollen

wir den Schmerz wegwaschen und ein Pflaster auf die Trauer kleben (...). Wir müssen einsehen, dass der Schmerz nicht weggewaschen werden kann und darf“ (Nijs, 1999, S.147). Damit ein heilsamer Trauerprozess durchlebt werden kann, ist es wichtig, dass dieses Gefühl offen zum Ausdruck kommt. Im Vordergrund steht das Aushalten dieses Schmerzes auch für professionelle Helfer. Ob Betreuungspersonen dazu bereit sind, den Schmerz mit den Betroffenen auszuhalten, ist von individuellen Aus- und Weiterbildungen sowie von deren eigenen Erfahrungen mit Verlustsituationen abhängig (Nijs, 1999).

### **Salutogenese**

Das Konzept der Salutogenese wird in dieser Arbeit beschrieben, um den physischen und psychischen Prozess eines Frühabortes sowie den Umgang von betroffenen Personen mit dieser Situation analysieren zu können.

### **Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1997)**

Salutogenese kann mit Gesundheitsentwicklung umschrieben werden, abgeleitet aus dem Lateinischen und Griechischen (lat. salus: Gesundheit, Wohlbefinden; griech. genes: Ursprung). Aaron Antonovsky gilt als der Begründer der Salutogenese.

Antonovsky beschrieb ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Er schuf damit einen ergänzenden Begriff zur medizinischen Pathogenese. Antonovsky ging davon aus, dass die Gesundheit kein Zustand sondern ein Prozess, eine Dynamik zwischen den zwei Polen Gesundheit und Krankheit ist. Antonovsky beschrieb die Homöostase, also die Selbstregulierung des Menschen in diesem Prozess. Er verglich die Homöostase mit einem Seiltänzer der über ein Seil balanciert. Egal was passiert, der Seiltänzer schafft es immer wieder zurück in die Balance zu kommen. Das Kohärenzgefühl dient ihm dazu, sich in Richtung des gesunden Pols zu bewegen. Das Kohärenzgefühl bildet sich, nach Antonovsky, im Laufe des frühen Lebens heraus und entwickelt sich fortlaufend weiter. Es soll massgeblich von der persönlichen Einstellung eines Menschen und dessen Lebenserfahrung abhängig sein.

Folgende drei Aspekte können nach Antonovsky als tragende Instanzen des Kohärenzgefühls angesehen werden:

- Das Gefühl der Verstehbarkeit: Kognitive Wahrnehmung und Verarbeitung von Reizen
- Das Gefühl der Handhabbarkeit: Persönliche Einstellung, dass Herausforderungen oder Probleme lösbar sind, Mobilisation von Bewältigungsstrategien
- Das Gefühl der Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit: Emotionale Bedeutung und Sinn der Reize

Antonovsky nahm an, dass Menschen andauernd Stressoren ausgesetzt sind, auf die sie physisch und psychisch reagieren müssen, um sich gesund zu erhalten. Zwischenmenschliche Konflikte oder Krisensituationen können solche Stressoren sein. Stressoren werden als Spannungszustände angesehen – Reize, die negativ oder positiv empfunden werden können. Abhängig von der persönlichen Bewertung dieser Reize werden Ressourcen aktiviert, um den Stress bewältigen zu können. Das Kohärenzgefühl wird vom Gefühl, Stressoren bewältigen zu können gestärkt. Die Verfügbarkeit von Widerstandsressourcen hat ebenfalls einen massgeblichen Einfluss auf das Kohärenzgefühl und die Bewältigung von fordernden Situationen.

Das Kohärenzgefühl spielt nach Antonovsky eine übergeordnete Rolle, wenn es um die Bereitstellung der Ressourcen und die Bewältigung von Stressoren geht. Je stärker das Kohärenzgefühl, desto mehr Ressourcen zur Bewältigung von Herausforderungen stehen zur Verfügung und desto flexibler, konstruktiver und gesundheitsfördernder kann mit möglichen Stressoren umgegangen werden.

### **Frühabort im Kontext der Salutogenese**

Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine wesentliche Rolle in der Begleitung des physischen und psychischen Prozesses eines Frühabortes. Im Wissen um das Kohärenzgefühl und individueller Bewältigungsstrategien können betroffene Personen angemessen unterstützt und begleitet werden.

Das Ereignis eines Frühabortes kann eine Grenzerfahrung und ein erheblicher Stressor für das Paar sein. Das Kohärenzgefühl wird geschwächt, dadurch können geeignete Bewältigungsstrategien zeitweise nicht mehr erfolgreich bereitgestellt werden. Diese Zeit des Wankens gilt es durch die Betreuung von Gesundheitsfachpersonen zu überbrücken. Sie haben die Aufgabe, das Kohärenzgefühl der betroffenen Personen zu stärken, damit die Betroffenen wieder auf eigene Ressourcen, bzw. Bewältigungsstrategien zurückgreifen können. Das Fachpersonal sollte das Paar in einer Art und Weise begleiten, dass die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit gefördert und der gesamte Prozess wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden kann.

## **4 METHODEN**

In der vorliegenden Arbeit geht es darum festzustellen, wie die Betreuung von Frauen in der Klinik verbessert werden kann. Dieses Kapitel beschreibt, mit welchen Methoden der aktuelle Wissenstand zum Thema, der Veränderungsbedarf in der Praxis und Massnahmen zur Implementierung der Veränderung, ermittelt wurden.

Die Implementierung von Massnahmen aus der Forschung in die Praxis ist ein komplexes multifaktorielles Geschehen. Um Einflüsse und Wechselwirkungen zu erfassen, wird der PARIHS Bezugsrahmen angewendet. Vier Faktoren beeinflussen die Einführung der Massnahmen wesentlich, die Stärke der Evidenz, die Bedingungen in der Praxisinstitution, die Begleitung der Veränderung und die Evaluation. Diese Faktoren können je nach Stärke oder Schwäche die Implementierung von Massnahmen fördern oder erschweren (Rycroft-Malone, 2009).

### **4.1 Methoden der Literatursuche**

Die für den Sollzustand verwendete Evidenz sollte auf Studien, Reviews und Guidelines basieren. Die Literaturrecherche wurde in vier Zeiträumen vom 11. Oktober 2010 bis zum 17. Juni 2011 durchgeführt. Bestandteil der Literatursuche war sowohl die Onlinesuche, die Suche in Bibliotheken, die Beachtung aktueller Literaturhinweise von Fachpersonen, als auch relevante Literatur aus Literaturverzeichnissen von Studien, Reviews und anderen Arbeiten wie Diplomarbeiten.

In folgenden elektronischen Datenbanken wurde gesucht: Cochrane Library, Science Direct, Pubmed, Tripdatabase und Google scholar. Guidelines wurden über die Geneva Foundation for Medical Education and Research, die World Health Organization (WHO) und National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gesucht. Verwendete Suchbegriffe der Literaturrecherche waren: women, (early) pregnancy loss, miscarriage, spontaneous abortion, midwife, midwifery, care, treatment, satisfaction, experience, guideline und recommendation.

#### **Einschlusskriterien der Literatur**

Der Publikationszeitraum der Literatur wurde auf die Jahre 1998 bis 2011 beschränkt. Die Auseinandersetzung mit der Thematik machte es notwendig auch ältere Literatur einzubeziehen, da bereits in früheren Jahren gute Arbeiten erschienen waren. Die Titel sowie die Abstracts der Studien, Review und Guidelines wurden auf Inhalt und Fragestellung hin überprüft, welche wesentlich für die Beantwortung der Fragestellung waren. Es wurde Literatur verwendet, welche spontane Frühaborte nach spontan eingetretener Schwangerschaft behandelte.

### **Ausschlusskriterien der Literatur**

Ausgeschlossen wurde Literatur, die früher als 1998 publiziert wurde und Arbeiten, die sich ausschliesslich auf die Betreuung von Frauen mit habituellem Frühabort oder missed abortion beziehen. Weiter wurden Reviews und Studien ausgeschlossen, die sich nur mit der medizinischen Behandlung sowie dem Management bei Frühabort auseinandersetzen.

## **4.2 Methoden der Literaturanalyse**

Die gefundene Literatur wurde einerseits auf ihre Qualität, andererseits auf ihre Relevanz zur Bearbeitung der Fragestellung hin überprüft. Primärliteratur, welche eindeutig ausgeprägte Verzerrungen beinhaltet wurde nicht verwendet.

Die Reviews wurden unter anderem anhand folgender Kriterien kritisch gewürdigt: Die angewendeten Methoden, die Relevanz und Glaubwürdigkeit von eingeschlossenen Studien, die Nachvollziehbarkeit der Beurteilung von Studien, die Aussagekraft der Ergebnisse, die Übertragbarkeit der Ergebnisse (Behrens & Langer, 2006). Qualitative Studien wurden anhand der Gütekriterien von Steinke (1999) beurteilt. Diese Gütekriterien beinhalten die Beurteilung der einzelnen Kapitel der Arbeit sowie der Kernkriterien. Kernkriterien sind unter anderem die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation der Methoden, die empirische Verankerung, Limitationen, reflektierte Subjektivität, Kohärenz und Relevanz. Die Bewertung der Qualität der Leitlinien wurde mit Hilfe der Leitlinienbewertung von AWMF (2001) durchgeführt, in dem der Geltungsbereich, der Zweck, die Methoden der Leitlinienentwicklung, die redaktionelle Unabhängigkeit sowie die Anwendbarkeit beurteilt wurden. Das Evidenzniveau der Guideline und der Reviews wurde ebenfalls nach AWMF (2001) bestimmt, dabei wurde die Qualität der Methoden der verwendeten Evidenz der eingeschlossenen Studien und Review eingeschätzt.

### **Methoden zur Erhebung der aktuellen Betreuungssituation.**

Um die Betreuungsempfehlungen praxisnah formulieren zu können, wurde die aktuelle Betreuungssituation von Frauen mit Frühabort auf der Abteilung erhoben und die von der Praxis gegebenen Rahmenbedingungen zur Durchführung des Projektes erfasst. Dazu wurden Pflegefachfrauen, Ärztinnen/Ärzte sowie die Abteilungsleitung der gynäkologischen Abteilung befragt. Die Projektplanung orientierte sich strukturell an den Projektmanagementvorgaben von Kraus & Westermann (2001) und inhaltlich an Rycroft-Malone (2009).

### **Befragung der Fachpersonen der gynäkologischen Abteilung**

Das Team wurde vorgängig an Teamrapporten über das Projekt informiert. Dies geschah in Absprache mit der Abteilungsleitung und den Studierenden. Anwesende Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter wurden für die Teilnahme an der Befragung unverbindlich angesprochen und entsprechend informiert.

Ein Interview wurde mit der Abteilungsleitung der Gynäkologie geführt, um die Rahmenbedingungen der Klinik zu erfassen. Dieses Interview bedurfte eines separaten Interviewfragebogens. Die weiteren Befragungen wurden mit zehn Pflegefachfrauen und drei gynäkologischen Ärztinnen/Ärzten (Assistenzärztin, Oberärztin und der Co-Chefarzt) mit jeweils unterschiedlichem Alter und Berufserfahrung geführt. Für beide Berufsgruppen kam jeweils derselbe Interviewfragebogen zur Anwendung. Die Befragungen wurden mittels einem strukturierten Interviewfragebogen mit offenen und teilweise geschlossenen Fragen durchgeführt (*Interviewfragebogen vgl. Anhang, Kapitel 14.3 Instrumente zur Erhebung der Betreuungssituation*). Die Interviews erfolgten innerhalb von 10 Tagen, vor Ort in einem ruhigen, abgegrenzten Raum. Die Interviews wurden durch eine der Autorinnen geführt, zeitgleich erfolgte die Protokollierung der Antworten durch die andere Autorin.

Um die aktuelle Betreuungssituation von Frauen mit Frühaborten auf der Gynäkologieabteilung zu erheben, wurden mehrheitlich offene Fragen zu folgenden Themen gestellt: dem Betreuungsbogen vom Eintritt bis zur Organisation der Nachbetreuung, sowie zum Erleben und der Vorgehensweise der Betreuung von Frauen mit Frühabort durch die Fachpersonen. Quantitativ wurde die Arbeitslast, die gefühlte Häufigkeit von zu betreuenden Frauen mit Frühaborten auf der Abteilung erfragt. Weiter wurde das Alter, die Anzahl Jahre Berufserfahrung und absolvierte Weiterbildungen erfasst.

Aktuelle klinikinterne Daten fanden ebenfalls Verwendung. Diese Daten beinhalten: die Anzahl jährlich betreuter Gynäkologiepatientinnen, betreute Frauen mit Frühaborten (mit/ohne Curettage) sowie die Geburtenanzahl.

### **Methoden der Interviewauswertung**

Die erhobenen Daten wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet. Die Inhaltsanalyse umfasst folgende vier Schritte: die Paraphrase, die Generalisierung und die erste sowie die zweite Reduktion. Diese Analyse geschah mittels eines Rasters. In der ersten Reduktion wurden Hauptkategorien und Kategorien gebildet, welche dann in der zweiten Reduktion zusammengefasst und verdichtet wurden. Die quantitativen Daten wurden ebenfalls über das Raster der qualitativen Ana-

lyse ermittelt, da diese Inhaltsanalyse auch eine quantitative Datenstrukturierung ermöglicht.

### **4.3 Methoden der Projektdurchführung**

Die Projektdurchführung orientiert sich an der Projektplanung von Kraus & Westermann (2001). Zuerst wurde das bestehende Problem aus der Praxissituation definiert. Anschliessend wurden Ziele und Fragestellungen daraus abgeleitet. Als weiterer Schritt wurde in der Praxis die Ausgangslage evaluiert, welche der aktuellen Betreuungssituation von Frauen mit Frühabort entspricht. Diese Betreuungssituation wurde mit Empfehlungen aus aktueller Literatur verglichen. Erleichterungen und Ressourcen wurden ermittelt. Bezogen auf die Ergebnisse der obengenannten Aspekte wurden Massnahmen zur Veränderung der Praxis erarbeitet. Die Umsetzung wurde mittels eines Projektplanes konkret formuliert. Abschliessend wurde eine Evaluation geplant, um allfällige Anpassungen der getroffenen Massnahmen vorzunehmen.

Die Wirksamkeit, Effizienz und die Methoden der implementierten Massnahmen werden im Rahmen der Evaluation reflektiert. Die Projektevaluation dient der Qualitätssicherung der eingeführten evidenzbasierten Massnahmen. Es wird überprüft, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden und die involvierten Fachpersonen mit der Betreuungssituation von Frauen mit Frühabort zufrieden sind. Weiter wird evaluiert, ob die Massnahmen an den Bedürfnissen der Frauen orientiert sind. Patientinnenrückmeldungen sind ebenfalls Bestandteil der Evaluation (Behrens & Langer, 2006).

Die Evaluation zeichnet sich dadurch aus, dass ein Plan ausgearbeitet wird und Informationen gesammelt und analysiert werden (McCormack, Manley, & Garbett, 2009).

Die in der Evaluation erhobenen Daten werden nach der Inhaltsanalytische Methode von Mayring (2003) ausgewertet. Die Evaluationsergebnisse werden dem Team und dem Projektausschuss vorgestellt.

Die bio-ethischen Prinzipien nach Beauchamp & Childress (2001) sowie die forschungsethischen Grundsätze nach Belmont Report werden fortlaufend in das Projekt und die Evaluation einbezogen (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

## **5 ERGEBNISSE**

Die Ergebnisse bilden das Kernstück der vorliegenden Bachelorarbeit. Sie ermöglichen einen Einblick in evidenzbasierte Betreuungsmassnahmen und die Betreuungssituation der Praxisinstitution.

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse der Literatursuche und deren Empfehlungen beschrieben. Im zweiten Teil wird auf die Rahmenbedingungen der Praxis und die Ergebnisse aus den Interviewbefragungen der Fachpersonen in der Klinik eingegangen. Diese Ergebnisse stellen die aktuelle Betreuungssituation dar. Sie wurden anhand der qualitativen Datenanalyse nach Mayring (2003) erarbeitet. Im letzten Teil des Kapitels werden die Empfehlungen aus der Literatur und die Ergebnisse aus der Praxis miteinander verglichen und der Veränderungsbedarf herausgearbeitet.

### **5.1 Ergebnisse Literaturreview**

Die Literatursuche ergab insgesamt 28 Artikel, die nach Titel ausgewählt wurden. Nach dem Lesen der Abstracts wurden 16 Artikel ausgewählt. Die Volltexte wurden gesichtet und anschliessend sechs Artikel zur Analyse ausgewählt. Anhand der Fragestellung wurde entschieden, welche Literatur zur Erarbeitung der Ergebnisse relevant scheint. Schlussendlich wurden zwei Reviews, zwei qualitative Studien und eine Guideline in die Arbeit einbezogen.

Die ausgeschlossene Literatur wurde als wenig hilfreich zur Beantwortung der Fragestellung eingestuft. Sie enthielt oftmals nur das Erleben der betroffenen Paare oder zu wenig bis keine konkrete Empfehlungen zur Veränderung der Betreuungssituation. Während der Literaturanalyse wurde ein Artikel aufgrund mangelnder Qualität der Methoden und niedrigem Evidenzniveau ausgeschlossen.

In der folgenden Tabelle wird die eingeschlossene, für die Ergebnisse verwendete Literatur dargestellt. Die Art der Literatur, ihre Qualität, die wichtigsten Analysekriterien sowie die Hauptaussagen werden beschrieben.

Tab. 2: Übersicht der verwendeten Literatur

Literatur	Autorenschaft	Jahr	Titel	Beschreibung des Artikels	Evidenzniveau (AWMF, 2001)
Review	Geller, Psaros, & Kornfield	2010	Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want?	<p>Datensuche in medizinischen und psychologischen Datenbanken nach spezifischen Suchbegriffen zu Abort. Mehrheitlich gleiche Designs der bearbeiteten Studien (cross-sectional und retrospektiv). 17 eingeschlossene Studien aus dem Publikationszeitraum 1987 bis 2006. Definitionen der Studien teils unterschiedlich. Diskrepanzen der Forscher nicht beschrieben.</p> <p>Ergebnisse: Die Informationsabgabe während dem gesamten Prozess des Frühaborts wird als wichtig angesehen. Empathisches Verhalten wird von den Frauen in der Betreuung geschätzt. Oft fehlt eine Nachbetreuung nach Klinikaustritt.</p>	Level II
Review	Stratton & Lloyd	2008	Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative.	<p>Literatursuche in medizinischen und psychologischen Datenbanken nach spezifischen Suchbegriffen zu Abort. Empirische Studien, Surveys, Erfahrungsberichte und einige wenige randomisierte Studien mit Publikationszeitraum ab 1985 wurden kritisch analysiert. Erhöhte Transparenz der Methodik wäre wünschenswert. Differenzierte, relevante und nachvollziehbare Ergebnisse. Empfehlungen wurden formuliert.</p> <p>Ergebnisse: Indiziert in der Betreuung von Frauen mit Frühabort ist eine gute routinierte, mitfühlende, einfühlsame Begleitung durch Fachpersonen, inkl. Assessment, Abgabe von mündlichen und schriftlichen Informationen, telefonischem Kontakt nach Klinikaustritt. Nachbetreuung als Möglichkeit, obwohl wenig Evidenz.</p>	Level II
Guideline	Royal College of Obstetrics and Gynecologist (RCOG)	2006	The management of early pregnancy loss.	<p>Literatursuche in Primär- und Sekundärliteratur sowie Datenbanken mit angegebenen Suchbegriffen und Zeitraum. Geltungsbereich für Gynäkologinnen und Gynäkologen und weitere Fachpersonen. Gute Anwendbarkeit für Prävention, Diagnostik und Therapie.</p>	Level A

				<p>Ergebnisse: Psychologische Aspekte müssen beachtet werden. Fachpersonen bieten Frauen mit Frühabort: Unterstützung, Zugang zu Beratungsstellen, fürsorgliche längerfristige Nachbetreuung, ein schriftliches Dokument über die Nachbetreuung sowie ein allgemein gutes Netzwerk der Nachbetreuung.</p>	
Studie	Abboud & Liamputtong	2005	When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners.	<p>Qualitative Studie zu Erfahrungen Betroffener bei Frühabort. Es wurden <i>In-depth-Interviews</i> mit sechs ethnischen Frauen und ihren Partnern geführt. Das qualitative Vorgehen ist indiziert. Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Methodik und der Ergebnisse ist gewährleistet. Die Relevanz sowie die Übertragbarkeit der Ergebnisse und der Empfehlungen sind gegeben.</p> <p>Ergebnisse: Paare verfügen über individuelle Coping Strategien. Die Erfahrung des Frühaborts wird durch multiple Faktoren, wie der Familie, Freunden, vorherige Erfahrungen beeinflusst. Vor allem aber der Kontakt mit Fachpersonen hat erheblichen Einfluss auf den Umgang des Paares mit dem Verlust.</p>	-
Studie	Wong, Crawford, Gask, & Grinyer	2003	A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team.	<p>Qualitative Studie zu Erfahrungen betroffener Frauen bezüglich der Betreuung bei Frühabort. Es wurden halbstrukturierte Interviews mit 82 Patientinnen und Interviews mit 71 Fachpersonen geführt. Die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit der Methodik und der Ergebnisse sind gegeben. Das qualitative Vorgehen ist indiziert. Die Studie und die entwickelten Theorien sind konsistent. Die Relevanz sowie die Übertragbarkeit der Ergebnisse und der Empfehlungen sind gegeben.</p> <p>Ergebnisse: Es bestehen Mängel in der Betreuung von Frauen mit Frühabort bezüglich Information, Kommunikation, Fachwissen und Weiterbetreuung nach Klinikaustritt. Aus der mangelnden Weiterbetreuung können Ängste und Unzufriedenheit resultieren. Sie wird als verlorene Chance zur Erhebung von psychischer Morbidität angesehen.</p>	-

## 5.2 Empfehlungen aktueller Literatur

### Begleitung durch Fachpersonen

Die Guideline RCOG (2006) äusserte, den psychischen Komponenten in der Betreuung von Frauen mit Frühabort besondere Beachtung zu schenken, da Frühaborte mit erheblichen psychischen Folgeschäden verbunden sein können. Die Guideline weist daraufhin, dass sich Fachpersonen dessen bewusst sein sollten. Die Frau sowie ihre ganze Familie können von diesem Geschehnis belastet sein. Da jedes Paar unterschiedliche Bedürfnisse hat, wird in dieser Leitlinie empfohlen, diese zu erfassen und die Betreuung individuell zu gestalten. Der Trauerprozess nach Frühabort kann so erleichtert werden.

Eine qualitativ hochstehende, routinierte Begleitung spielt eine wichtige Rolle in der Betreuung (Stratton & Lloyd, 2008). Betroffene Paare machen oft negative Erfahrungen in der Betreuung bei Frühabort (Abboud & Liamputtong, 2005; Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003).

Obwohl bekannt ist, dass die Betreuung von Frauen mit Frühabort durch Fachpersonen einen erheblichen Einfluss darauf hat, wie das Paar auf das Ereignis reagiert und die Situation bewältigt, sind die Frauen nach wie vor unzufrieden mit der erhaltenen Betreuung (Stratton & Lloyd, 2008). Grund dafür ist die unzureichende Kommunikation durch die Fachpersonen (Wong et al., 2003). Eine weitere Begründung für die als unzureichend empfundene Betreuung lieferte Geller et al. (2010): Fachpersonen messen dem Ereignis Frühabort nicht dieselbe Bedeutung zu, wie dies die betroffenen Frauen selbst tun. Aufgrund dessen empfinden die Frauen oft, dass die Fachpersonen ihren Verlust als ein unbedeutendes Ereignis sehen und aus der Routine heraus handeln (Abboud & Liamputtong, 2005; Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003). Fachpersonen nehmen oft statistische Häufigkeiten zur Hilfe, um den Frauen aufzuzeigen, dass es sich bei einem Abort, um ein häufiges und natürliches Ereignis handelt (Wong et al., 2003). Viele Frauen empfinden dies jedoch als Gefühlslosigkeit und Mangel an Empathie (Wong et al., 2003).

In Tabelle 3 werden negativ erlebte Erfahrungen von Frauen mit Fachpersonen aufgelistet. Gründe für die Unzufriedenheit in der Betreuung werden genannt.

Tab. 3: Faktoren, die zu einer negativ erlebten Betreuung führen können

Phänomen	Autoren
Mangelndes Verständnis für die Situation als schmerzlicher Verlust	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Fehlende Erklärungen	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Kommentare, wie z.B. „Ihre Schwangerschaft ist erst in den Anfängen“, „Sie können immer noch ein weiteres Baby bekommen“ oder „Sie können doch wieder versuchen schwanger zu werden“	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Gefühlskälte	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); Wong et al. (2003)
Mangel an emotionaler Unterstützung	Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Mangelnde Erfahrungen der Fachpersonen im Fachgebiet	Abboud & Liamputtong (2005); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Lange Wartezeiten	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010)
Fachperson in Ausbildung (v.a. bei Ärztinnen, Ärzten)	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010)
Fehlende Empathie	Abboud & Liamputtong (2005); Wong et al. (2003)
Erklärungen in Fachsprache	Geller et al. (2010); Wong et al. (2003)
Die Betreuung durch viele verschiedene Fachpersonen	Abboud & Liamputtong (2005)
Viele widersprüchliche Informationen von Fachpersonen	Abboud & Liamputtong (2005)
Bestreben der Fachperson, so bald wie möglich die Anwesenheit beim Paar zu beenden, das Zimmer zu verlassen	Geller et al. (2010)
Ausschliesslich Diagnosebezogene Gespräche	Geller et al. (2010)
<i>„a matter of fact attitude“</i>	

Abboud & Liamputtong (2005) bemerkte, dass Paare sich wünschten als Individuum behandelt zu werden und dass der Abort als persönliches, bedeutendes Ereignis anerkannt und wertgeschätzt wird. Frauen schätzten es, wenn trotz medizinischen Umständen Rücksicht auf diese Aspekte genommen wurde (Geller et al., 2010). Der individuellen Reaktion auf Frühabort und dessen Bewältigung sollte Rechnung getragen werden (Abboud & Liamputtong, 2005; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003). Eine

individuelle, empathische Betreuung von betroffenen Paaren wurde empfohlen (Abboud & Liamputtong, 2005). Mehrmals erwähnt wurde, dass Anteilnahme und Empathie von Seiten der Fachpersonen wesentliche Komponenten in der Begleitung von Betroffenen darstellen (Abboud & Liamputtong, 2005; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003).

Das Erleben der Betreuung kann von der Qualität der Beziehung zwischen dem betroffenen Paar und den Fachpersonen abhängig sein (Abboud & Liamputtong, 2005; Wong et al., 2003). Als Vertrauensperson in der Betreuung wird eine der Familie nahestehende und bekannte Fachperson angesehen, ähnlich den *health visitors* im britischen Gesundheitssystem (Wong et al., 2003).

Qualitäten, welche die Hebammenbetreuung auszeichnen, werden als besonders wichtig erachtet in der Betreuung von Verlustsituationen. Die Betreuung durch Hebammen zeichnet sich durch vollständige Information, Zuspruch, Förderung der Selbstbestimmung sowie Aufmerksamkeit gegenüber Gefühlszuständen aus (Stratton & Lloyd, 2008).

Abboud & Liamputtong (2005) zeigten in ihrer Studie, dass es für die Frauen wesentlich war zu wissen, dass für sie jemand da ist, wenn sie das Bedürfnis dazu hatten. Die Studie von Geller et al. (2010) äusserte sich positiv, wenn Frauen einen längerfristigen Kontakt zu Fachpersonen hatten. Zudem wirkte emotionale Unterstützung für betroffene Frauen beruhigend.

Der physiologische Trauerprozess kann durch folgende Interventionen gefördert werden: Gespräche über den Frühabort, Anerkennen der Situation, Beantwortung von Fragen, Reduktion von Schuldgefühlen der Frau und der Erklärung, dass es meist keine präventiven Massnahmen gibt, welche einen Frühabort verhindern können. Solche Betreuungsaspekte wirken sich positiv auf das Erleben der Betreuung aus (Stratton & Lloyd, 2008).

Einen Überblick förderlicher Faktoren in der Begleitung von Frauen mit Frühabort bietet die Tabelle 4.

Tab. 4: Förderliche Faktoren in der Betreuung von Frauen mit Frühaborten

Phänomen	Autorenschaft
Individuelle Betreuung	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); RCOG (2006); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)

Kontakt zu Fachperson	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); RCOG (2006); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Empathie	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Authentizität der Fachperson	Abboud & Liamputtong (2005)
Anerkennen der Situation	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Verständliche Erklärungen/Informationen	Abboud & Liamputtong (2005); Geller et al. (2010); RCOG (2006); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Gespräche zu Trauerprozess	Geller et al. (2010); Stratton & Lloyd (2008); Wong et al. (2003)
Reduktion von Schuldgefühlen	Stratton & Lloyd (2008)

## Informieren

Zur Gewährleistung einer angemessenen Betreuung gehört die Bereitstellung von Informationen. Nur etwa ein Drittel der befragten Frauen erhielten genügend relevante Informationen (Geller et al., 2010).

Die Informationsabgabe an betroffene Frauen wurde auch von Abboud & Liamputtong (2005), Stratton & Lloyd (2008) und Wong et al. (2003) als wichtiger Aspekt in der Betreuung bewertet. Dadurch kann Betroffenen geholfen werden die Situation besser zu verstehen und ihnen die Anpassung an das Ereignis erleichtern (Stratton & Lloyd, 2008). Die nötige Unterstützung, wie Informationen abgeben, Nachbetreuung organisieren und Zugang zu Beratungsstellen ermöglichen, sollte in der Betreuung gesichert werden (RCOG, 2006).

Die Mehrheit der Frauen wünschten sich vermehrt Informationen, Erklärungen und spezifische Antworten auf Fragen (Abboud & Liamputtong, 2005; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003). Informationen bezüglich den Ursachen von Frühabort wurden dabei als wesentlich erachtet (Geller et al., 2010; Wong et al., 2003). Frauen, welche um die Ursache des Aborts wussten, waren weniger mit Angst und Schuldgefühlen belastet, als Frauen, welche die Ursache nicht kannten (Geller et al., 2010). Schuldgefühle entstanden meist, wenn erklärt wurde, dass das hohe Alter der Mutter der Grund für den Abort sein kann (Geller et al., 2010). Obwohl die Mehrheit der Frauen eine Erklärung zur Ursache des Aborts erhielten, empfanden die Hälfte der Frauen die Antwort dennoch als unakzeptabel (Geller et al., 2010).

Der Erhalt von Informationen über Schmerzen, Auftreten von Blutungen, Umgang mit der Frucht/dem Abortmaterial sowie psychischen und physischen Symptomen wurden als sehr wichtig empfunden. Grund dafür ist, dass viele Frauen zu Hause überrascht waren und sich gestresst fühlten durch den Prozess des Abortes. Insbesondere wurden nebst den obengenannten Informationen auch Aufklärungen bezüglich zukünftigen Schwangerschaften, der Nachbetreuung, vaginalen Blutungen und dem Zeitpunkt der Menstruation gewünscht (Geller et al., 2010).

Die routinemässige Informationsabgabe in mündlicher und schriftlicher Form wurde als förderlicher Faktor empfunden (Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003). Folgende Informationen von befragten Frauen galten als wichtig (Stratton & Lloyd, 2008):

- Broschüren zu Selbsthilfegruppen bei schmerzlichem Verlust
- Informationen zu Frühabort und dessen Krankheitslehre mit der Erklärung, warum es schwierig ist Ursachen und Erklärungen für Frühabort zu finden
- Informationen zum Trauerprozess, inklusive den möglichen Unterschieden im Trauerprozess zwischen Frau und Mann
- Adressen vom Sozialdienst
- Adressen der Seelsorge
- Ein Zitat, Gedicht oder ein Gebet, das die Bedeutung von Frühabort widerspiegelt und die Betroffenheit des Teams ausdrückt

Der Zeitpunkt der Informationsabgabe spielte eine wichtige Rolle (Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003). Die Aufnahmefähigkeit der Frauen war entscheidend, ob Informationen überhaupt im Gedächtnis behalten werden konnten. Der Zeitpunkt der Informationsabgabe sollte somit den Bedürfnissen und Situation der Frau angepasst werden.

### **Interventionen**

Folgende Interventionen wurden von befragten Frauen als hilfreich empfunden:

- Erklärungen betreffend der Ursache des Verlustes (Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003)
- Informationen über den Trauerprozess (Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008)
- Labortests, um die mögliche Ursache herauszufinden (Geller et al., 2010)
- Die Möglichkeit das Kind/die Frucht zu sehen (Geller et al., 2010)

Je mehr solcher Handlungen die Frauen erlebten, desto zufriedener waren sie mit ihrer Betreuung (Geller et al., 2010).

Wichtiger Bestandteil der Betreuung von Frühabort ist ein Assessment zur Erfassung möglicher Risikofaktoren psychischer Erkrankungen. Das Assessment sollte die Bedeutung der Schwangerschaft und deren Verlust für die Frau und ihren Partner beinhalten. Unterstützungsmöglichkeiten für das Paar sollten verfügbar sein (Stratton & Lloyd, 2008).

Frauen sind zufriedener mit der erhaltenen Betreuung, wenn sie in die Wahl der Behandlungsmöglichkeiten, abwartendem versus chirurgischem Management, miteinbezogen wurden (Geller et al., 2010; RCOG, 2006; Stratton & Lloyd, 2008).

In der Literatur wurde diskutiert, an welchem Ort die Frau nach dem Abort am besten aufgehoben ist. Diese Entscheidung sollte sich nach den persönlichen Umständen der Frau, ihrer Geschichte und Wünschen richten. Meistens fühlten sich die Frauen in einem Einzelzimmer am wohlsten (Geller et al., 2010).

### **Professionelle Nachbetreuung**

Die Guideline RCOG (2006) beschrieb, dass eine Nachbetreuung allen Frauen mit Frühabort angeboten werden sollte. Die Betreuenden können Teil eines interdisziplinären Teams in der Klinik oder externe Fachpersonen sein. Die Guideline legt Wert auf ein gutes Netzwerk der Nachbetreuung. Mithilfe dieses Netzwerkes können alle relevanten Fachpersonen, unter anderem auch freipraktizierende Hebammen, im Falle eines Frühaborts informiert, bzw. involviert werden.

Weiterführende Betreuung wurde in Stratton & Lloyd (2008) und Wong et al. (2003) von vielen Frauen erwünscht. Medizinische Fachpersonen überliessen es oft ihren Frauen selber, sich um eine Nachbetreuung zu kümmern (Wong et al., 2003). Viele Frauen erachteten dies als inadäquat und sahen die Organisation der Nachbetreuung als Aufgabe der Klinik (Wong et al., 2003). Eine Nachbetreuung nach Klinikaustritt wurde oft erwartet und dementsprechend war die Enttäuschung gross, wenn keine weiterführende Betreuung angeboten wurde (Geller et al., 2010). Eine routinemässige Nachbetreuung nach Frühabort wurde von den Betroffenen als Beweis von Mitgefühl angesehen (Geller et al., 2010). Viele Frauen fühlten sich aufgrund dessen nach Klinikaustritt vom Gesundheitssystem alleine gelassen und waren frustriert über die fehlende professionelle Unterstützung (Geller et al., 2010).

Einige Tage bis wenige Wochen nach dem Abort kommt es oft zu unerwarteter Trauer, nach Aussage von Geller et al. (2010) und Wong et al. (2003). Das fehlende Angebot einer gesicherten und weiterführenden Betreuung vermindert die Qualität der geleisteten Betreuung in der Klinik, dies laut Aussagen von Fachpersonen (Wong et al., 2003).

Das Angebot einer mittel- bis langfristigen Unterstützung nach Klinikaustritt wird von Fachpersonen als notwendig erachtet (Wong et al., 2003).

Ein obligatorischer Nachkontrolltermin und Kontaktinformationen einer Fachstelle, an die sich bei Anliegen jederzeit gewendet werden kann, wäre für Frauen am hilfreichsten (Geller et al., 2010). Ein Telefonanruf nach einer bis vier Wochen von Fachpersonen, fokussierend auf Themen wie körperliche Genesung, emotionelle Bewältigung und benötigte Unterstützung, wurde von den Frauen als positiv empfunden (Stratton & Lloyd, 2008).

Die Kombination medizinischer Nachbetreuung und psychischer Unterstützung erwies sich als vorteilhaft für betroffene Frauen. Die psychische Belastung und die Trauer konnten dadurch erheblich gesenkt werden. Professionelle Betreuung in den ersten Wochen nach dem Abort kann helfen der psychischen Morbidität vorzubeugen. Deshalb wird eine Nachbetreuung innerhalb einer bis sechs Wochen empfohlen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass aufgrund geringer Evidenz ein weiterer Forschungsbedarf betreffend der Wirksamkeit von Nachbetreuungen besteht (Stratton & Lloyd, 2008).

Die genauen Angaben zur Nachbetreuung von betroffenen Frauen sollten klar in einem Austrittsbericht der Klinik aufgezeigt werden. Eine fürsorgliche Nachbetreuung im ersten Jahr nach dem Frühabort, die auf das emotionale Wohl der Frauen eingeht, kann dazu beitragen, dass emotionale Verwirrungen, Wut und Depressionen vermindert werden können (RCOG, 2006).

Von einer guten Nachbetreuung profitieren die Frauen, da sie die Möglichkeit nutzen können über den Verlust ihrer Schwangerschaft zu sprechen und realisieren, dass ihre Trauergefühle normal sind. Im Rahmen der Nachbetreuung sollte aufgezeigt werden, dass die Frauen keine Schuld an ihrem Frühabort tragen (Geller et al., 2010).

### **5.3 Ergebnisse zur aktuellen Betreuungssituation in der Praxis**

Insgesamt wurden 14 Fachpersonen einer Gynäkologieabteilung befragt. Zehn Pflegefachpersonen und drei Ärztinnen/Ärzte, aus verschiedenen Positionen, Assistenzärztin, Oberärztin und Co-Chefarzt, nahmen am Interview teil. Zur Erfassung des Kontextes der Implementierung wurde zusätzlich ein Interview mit der Stationsleitung der genannten Gynäkologieabteilung geführt.

Die Durchführung der Interviews wurde durch die Pflegedienstleitung vorgängig bewilligt. Die Interviewteilnahme fand freiwillig und nach vorgängig schriftlich erfolgter Aufklärung über die Befragung statt. Keine der angefragten Fachpersonen ist während

oder nach dem Interview zurückgetreten. Die Reaktionen der Befragten nach der Interviewdurchführung waren durchgehend positiv.

Die Interviewteilnehmerinnen/Interteilnehmer waren zwischen 20 und 60 Jahren alt. Sie verfügten über ein bis mehr als 10 Jahre Berufserfahrung. Zwei Teilnehmende arbeiteten niederprozentig, alle anderen Befragten arbeiteten um die 80% bis 100%.

### **Die Rahmenbedingungen in der Praxis**

Die **Praxisinstitution** ist ein Zentrumsspital in der Schweiz, dem weitere drei Standorte angegliedert sind. Der genannte Praxisort ist eine Frauenklinik mit verschiedenen Abteilungen und beschäftigt insgesamt 140 Personen im Pflegedienst und 30 Personen im ärztlichen Dienst. Die Klinik ist ein grosses Ausbildungsspital und arbeitet eng mit den Universitätskliniken zusammen. Es werden jährlich 4000 Schwangerschaften betreut und ca. 1800 Geburten verzeichnet.

Die **Infrastruktur** der beiden Stockwerke, auf denen die Gynäkologieabteilung aufgeteilt ist, ist modern und freundlich eingerichtet, mit acht, bzw. elf Patientenzimmern und insgesamt 33 Betten. In der Mitte jeder Abteilung sind zwei offene Sitzmöglichkeiten mit mehreren Stühlen. Diese Sitzecke dient abends und an den Wochenenden als Wartezone für die Notfälle.

Das **Leitbild** des Zentrumspitals orientiert sich am Leitsatz: Wissen, Weitblick und Wertschätzung. Die gesamte Frauenklinik richtet sich nach folgenden Leitkonzepten: Service Excellence, Praxismodell und Patienten-familienzentrierte Pflege und dem Pflegeprozess. Auf der Gynäkologieabteilung wird einerseits nach den allgemeinen Richtlinien und Leitkonzepten der Klinik gearbeitet, andererseits bestehen auch abteilungsspezifische Vorgaben, wie z.B. das Beachten der Feedbackkultur und deren Regeln.

Das **Team** auf der Gynäkologieabteilung orientiert sich an einem Leitungsstil der davon ausgeht, dass alle Berufsgruppen voneinander abhängig sind - einer sogenannten flachen Hierarchie. Die Leitung der Gynäkologieabteilung setzt sich aus einer Stationsleitung sowie drei stellvertretenden Stationsleitungen zusammen. Aktuell arbeiten 34 Pflegefachfrauen, davon 32 Diplomierte HF (Höhere Fachschule) und 2 Diplomierte FH (Fachhochschule) auf der Abteilung. Das Arbeitspensum der Mitarbeiterinnen liegt zwischen 30%-100%. Zum Team gehören zudem Lernende und Studierende verschiedener Berufsgruppen. Das Team erhält zudem Unterstützung durch Pflegehilfen und Pflegeassistentinnen. Die Klinikleitung setzt sich folgendermassen zusammen: Chefarzt, Co-Chefarzt, Leitender Arzt, Oberärztinnen/Oberärzte, Assistenzärztinnen/Assis-

tenzärzte. Auf der Ebene der Pflege folgt die Pflegedienstleitung, Stationsleitung mit Stellvertretungen, Gruppenleitungen und das Team und einer Pflegeexpertin.

Zur **Betriebskultur** gehört, dass die Stationsleitung dreimal täglich ins Stationszimmer geht und sich nach Arbeitssituation und Anliegen erkundigt. In belastenden emotionalen Situationen spricht die Leitung die Mitarbeiterinnen darauf an. Es wird von den Pflegefachfrauen erwartet, sich zudem selbständig im Team die Unterstützung zu suchen, die sie brauchen. Team- und Fallbesprechung mit der Pflegeexpertin oder der Leitung dienen ebenfalls dazu, die Praxis und deren Probleme zu reflektieren sowie Lösungen zu suchen.

Um die Mitarbeiterinnen in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, bietet die Praxisinstitution interne **Fortbildungsangebote** an, wie z.B. Schulungen in Gesprächsführung, Krisenmanagement, Herz-Kreislauf an. Fortbildungen können im Rahmen von Teamsitzungen stattfinden, die von Personen aus anderen Berufsgruppen geleitet werden. Jede Mitarbeiterin hat pro Jahr vier Tage Weiterbildung zu gute. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, Einblickstage auf anderen Stationen zu absolvieren. Für externe Weiterbildungen liegt eine Budgetierung vor.

Das **Arbeitsklima** im interdisziplinären Team wird als gut beschrieben. Es herrscht eine wohlwollende Art und Weise. Die Zusammenarbeit ist individuell und kann durch die hohe Arbeitsbelastung erschwert werden. Die Pflegefachfrauen der Gynäkologieabteilung arbeiten sehr eng mit dem ärztlichen Dienst zusammen. In der Betreuung von Frauen mit Spätabort werden die Hebammen involviert, um die Pflegefachfrauen zu unterstützen und weil es zur Aufgabe der Hebamme gehört.

Die **Arbeitsbelastung** wird vom Team und der Leitung als hoch empfunden. Von den 14 befragten Personen gaben acht Personen die Arbeitsbelastung als hoch, fünf Personen als mittel und eine Person als niedrig an. Nebst dem regulären Abteilungsbetrieb werden ab 17 Uhr und an den Wochenenden die gynäkologischen Notfälle, wie z.B. Frauen mit Verdacht auf Frühabort, auf der Abteilung betreut.

**Patienteninnen-/Patientenrückmeldungen** werden nicht gezielt eingeholt. In jedem Zimmer befindet sich ein Fragebogen für Rückmeldungen, der von der Patientin ausgefüllt werden kann. Das Team bekommt oft auch direkte Rückmeldungen bei Austritt von seiten der Patientinnen. Erhält die Abteilung eine Reklamation von einer Patientin, schaltet sich je nach Tragweite des Problems die Pflegedienstleitung, der Chefarzt oder das Beschwerdemanagement der Klinik ein.

Das Team verfügt nicht über ein Budget für **Projekte**, ist jedoch sehr an Veränderungen interessiert. Diese Haltung widerspiegelt sich in der guten und sehr hilfsbereiten Art der Leitung und der Pflegeexpertin. Für die Genehmigung von Projekten des Teams oder sonstigen Praxisprojekten ist die Abteilungsleitung zuständig. Sobald Geldbeträge benötigt werden, läuft das Projekt über die Pflegedienst- und die Klinikleitung. Bei grossen klinikinternen Projekten wird die hauseigene Projektmanagerin involviert. Es existiert eine Projektdatenbank, welche eine Übersicht über sämtliche Projekte darstellt, welche genehmigt und in Bearbeitung sind.

**Behandlungsablauf.** Insgesamt werden jährlich über 200 Frauen mit Frühabort in der Praxisinstitution betreut, davon erhalten 200 Frauen eine Curettage. Die Betreuung von Frauen mit Frühabort läuft in dieser Klinik folgendermassen ab: Frauen mit Frühaborten kommen nach der ärztlichen Untersuchung und der Besprechung über das weitere Prozedere auf die gynäkologische Abteilung oder auf die Tagesklinik. Dort werden sie auf den ambulanten Eingriff vorbereitet und anschliessend in den Operationssaal gebracht. Nach der Curettage werden die Frauen zurück auf die jeweilige Abteilung gebracht, wo sie während vier Stunden postoperativ überwacht werden. Danach werden die Frauen mit einem Nachkontrolltermin bei ihrer/m Gynäkologin/-en oder in der Klinik nach Hause entlassen. Benötigt die Frau keine Curettage, wird sie mit einem Nachkontrolltermin nach Hause entlassen. Viele Frauen mit Frühabort werden curettiert.

### **Die aktuelle Betreuungssituation**

In der Analyse der Interviews mit dem Betreuungsteam konnten vier Hauptkategorien entwickelt werden, welche in Tabelle 5 aufgeführt sind. Mit dieser Kategorisierung kann die Betreuung auf der Abteilung beschrieben werden. Die Betreuung von Frauen mit Frühabort erfordert fachliche Kompetenz. Es wird ein Betreuungsbogen vom Klinikeintritt bis zum Austritt geplant, die Weiterbetreuung nach Klinikaustritt wird organisiert. Dennoch besteht eine Problemoptimierung für die Betreuung aus Sicht der Fachpersonen und es gibt Einflussfaktoren, die eine Betreuung erschweren können.

Tab. 5: Übersicht der Hauptkategorien und Kategorien; n=13

<p><b>HK 1: Erforderliche Kompetenzen der Fachpersonen</b></p> <p>K1 Personenzentrierte Kommunikation</p> <p>K2 Mündlich und schriftlich informieren</p> <p>K3 Einbezug weiterer Personen</p> <p>K4 Zeit nehmen</p> <p>K5 Bewusstsein gegenüber der Situation</p> <p>K6 Umgang mit der Situation als Fachperson</p>
<p><b>HK 2: Betreuungsbogen von Klinikeintritt bis -austritt</b></p> <p>K1 Geschätzte Häufigkeit betreuter Frühaborte</p> <p>K2 Medizinische Handlungen</p> <p>K3 Emotionale Situation erfassen</p> <p>K4 Psychische Unterstützung</p> <p>K5 Individuelle Betreuung</p> <p>K6 Erleichterungen für die Betreuung</p>
<p><b>HK 3: Organisation der Weiterbetreuung nach Klinikaustritt</b></p> <p>K1 Private Unterstützung für zu Hause organisieren</p> <p>K2 Sicherstellung der weiterführenden medizinischen Behandlung</p> <p>K3 Angebot weiterführender psychischer Begleitung</p>
<p><b>HK 4: Veränderungsbedarf seitens der Fachpersonen in der Klinik</b></p> <p>K1 Interne Fortbildung zu diversen Themen bei Frühabort</p> <p>K2 Informationsmaterial für die Frau</p> <p>K3 Zusammenarbeit mit Hebammen nicht mehrheitlich als notwendig empfunden</p> <p>K4 Wunsch nach Veränderung in der Betreuung von Frühabort</p>
<p><b>HK5: Einflussfaktoren, welche die Betreuung erschweren</b></p> <p>K1 Mangelnde Intimsphäre: Wartezone im Gang</p> <p>K2 Zu wenig Zeit für psychische Betreuung aufgrund hohem Arbeitsanfall</p> <p>K3 Kurze Betreuungsdauer in der Klinik</p> <p>K4 Unterschiedliche emotionale Gewichtung von Frühabort durch das Paar und die Fachpersonen</p> <p>K5 Keine einheitliche Abgabe von Informationsmaterial</p> <p>K6 Hebammen sind nicht involviert bei Frühabort</p> <p>K7 Erschwerte interdisziplinäre Kommunikation aufgrund der Arbeitsbedingungen der Ärztinnen/Ärzte</p> <p>K8 Knappe Teamgrösse</p>

**HK1: Erforderliche Kompetenzen der Fachpersonen**

*Personenzentrierte Kommunikation:* Auf den Erstkontakt und den Beziehungsaufbau zur Frau wurde, von etwas weniger als der Hälfte der befragten Personen Wert gelegt. Eine Person sagte aus, den Beziehungsaufbau mit betroffenen Frauen als schwierig zu

empfinden. Alle befragten Personen erklärten, dass sie der betroffenen Frau mit Empathie begegnen. Die Befindlichkeit der Frau wurde von den meisten Fachpersonen erfragt. Drei Personen sagten aus, dass sie das Redebedürfnis der Frau abklären. Weitere drei gaben an, Gesprächsbereitschaft gegenüber der Frau auszudrücken. Die Beurteilung des psychischen Zustandes der Frau und ihrem Umgang mit der Situation, gaben etwas weniger als die Hälfte der Fachpersonen in ihrer Betreuung an. Adäquates Verhalten erachtete die Mehrheit als wichtig. Gemäss ihren Aussagen verstehen sie unter adäquatem Verhalten gegenüber der Frauen folgendes: Authentisch sein, Offenheit, Wertfreiheit, angepasster Tonlage, Ruhe und Geduld. Drei von 13 befragten Personen erklärten, dass sie die Situation in der sich die Frau befindet, bewusst anerkennen.

*Mündlich und schriftlich informieren:* Die Mehrheit der befragten Personen gaben an, die Frau mündlich und schriftlich zu informieren. Gewisse Personen erläuterten, dass sie nur auf Wunsch der Frau Informationen abgeben. Die Informationsabgabe erfolgte, nach Angaben von drei Fachpersonen, mehrheitlich durch die Ärztin/den Arzt.

Die mündliche Informationsabgabe umfasste: die Frau fortlaufend über das Prozedere zu informieren, ein diagnose- und massnahmenspezifisches Gespräch zu führen sowie Fragen und Unklarheiten zu beantworten. Oft werden auch Fragen zum Kind beantwortet, vor allem wenn es darum geht, was mit der kindlichen Frucht weiter passiert. Eine Person sagte, dass sie mit der Frau die Situation bespreche. Es wurde betont, dass die Fachpersonen die Frauen nicht mit Informationen überhäufen wollen.

Etwa ein Viertel der Befragten gaben an, dass sie nur bei grosser Trauer schriftliche Informationen abgeben würden. Im Abschnitt der *Hauptkategorie 3: Organisation der Weiterbetreuung nach Klinikaustritt* wird noch näher auf die schriftliche Information eingegangen.

Ein Viertel der Personen erläuterte, dass sie die Frau über die Häufigkeit von Frühaborten informierten. Eine Person sagte aus, Ursachen des Frühaborts mit der Frau zu besprechen und ihr Unverschulden am Abort zu klären.

*Einbezug weiterer Personen:* Der Einbezug des Partners oder von Angehörigen erfolgte von der Mehrheit. Eine Schulung zum vermehrten Einbezug des Partners wurde gewünscht.

Involvierte Berufsgruppen in der Betreuung bei Frühabort sind Pflegefachfrauen, Ärztinnen/Ärzte, die Anästhesie und Operationspflegerinnen/-pfleger. Drei Personen erläuterten, dass sie die Hebamme einbeziehen. Dies vor allem bei grosser Trauer der Frau oder um Rat zu holen. Eine Person erwähnte die mögliche weiterführende Be-

gleitung durch freipraktizierende Hebammen als Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Eine weitere Person erklärte, dass weder mit der Seelsorge noch mit den Hebammen zusammengearbeitet wird.

Das Team der Gynäkologieabteilung wurde über die Anwesenheit der Frauen mit Frühabort informiert.

*Zeit nehmen:* Knapp die Hälfte der Fachpersonen gaben an, in der Betreuung von Frauen mit Frühaborten vermehrt Zeit für Gespräche einzuplanen. Raum und Zeit für die Frau und ihren Partner zu lassen, war ebenfalls für sechs Personen ein wichtiger Aspekt in der Betreuung. Eine Person erwähnte, keine Zeit für psychische Betreuung zu haben. Darauf wird in der Hauptkategorie 5 näher eingegangen.

*Bewusstsein gegenüber der Situation:* Etwa die Hälfte der Interviewpartner/-partnerinnen waren sich der Häufigkeit von Frühaborten bewusst. Über die emotionelle Bedeutung Bescheid zu wissen, gaben vier Personen an, mitunter aufgrund eigener Erfahrungen. Zwei weitere Personen wussten, in welcher emotionalen Situation sich die Frau befindet. Ein Viertel der Personen gaben an sich bewusst zu sein, welche wichtige Aufgabe der Betreuung bei Frühabort zukommt.

*Umgang mit der Situation als Fachperson:* Der Frühabort als Einzelereignis wurde von knapp der Hälfte der befragten Fachpersonen als nicht belastend beschrieben. Folgende Formen von Abort wurden als belastend angegeben: habitueller Abort, Abort nach *In-vitro-Fertilisation*, zeitgleiche Betreuung eines Aborts und Interruptio. Die Situation eines Spätaborts wurde oft als belastender erlebt als die Situation eines Frühaborts. Als schwierig empfunden wurde, wenn die Frau starke Schmerzen hatte. Die Mehrheit gab an, in der Betreuung von Frauen mit Frühabort Betroffenheit zu empfinden. Das emotionale Involviert sein wurde oft als situationsabhängig angesehen. Drei Personen erklärten, dass ihnen die Abgrenzung gut gelingt.

## **HK2: Betreuungsbogen von Klinikeintritt bis –austritt**

*Geschätzte Häufigkeit betreuter Frühaborte:* Auf die Frage, wie oft im Monat die Fachpersonen Frauen mit einem Frühabort betreuten, antworteten acht Personen zwei bis vier Mal im Monat, zwei Personen antworteten vier bis sechs Mal im Monat, zwei Personen einmal oder weniger im Monat. Eine Person gab an, mehr als sechs Mal im Monat Frauen mit Frühabort zu betreuen.

*Medizinische Handlungen:* Die Mehrheit der Befragten gaben an, sich zuerst ein Bild vom Allgemeinzustand der Frau zu machen, indem sie sie überwachen und Symptome beobachten. Die Anamneseerhebung wurde ebenfalls als Teil dieses ersten Eindruckes genannt. Die befragten Ärztinnen/Ärzte gaben an, eine vaginale Untersuchung,

einen Ultraschall und Blutentnahmen durchzuführen. Eine Person betonte die Wichtigkeit von Ruhe und die Vermeidung von Hektik während der Untersuchung.

*Emotionale Situation erfassen:* Sich kontinuierlich ein Bild von der emotionalen Situation der Frau und ihrem Partner zu machen, erschien knapp der Hälfte der befragten Fachpersonen als wichtig.

*Psychische Unterstützung:* Den Betreuungsschwerpunkt auf die psychische Unterstützung legten etwa ein Viertel der Personen. Genannt wurde, dass die familiäre Unterstützung ebenfalls sehr wichtig sei und dass diese manchmal sogar von den Frauen bevorzugt werde. Einige wenige Fachpersonen gaben an, dass die Frauen oft nicht so betreut würden, wie sie glaubten es verdient zu haben. Eine Person sagte explizit, dass sie die aktuelle Betreuungssituation als nicht ausreichend empfinde.

*Individuelle Betreuung:* Etwas mehr als die Hälfte der Interviewten gaben an, dass sie die Betreuung der Frau anpassen. Sie wollten damit eine individuelle Betreuung erreichen, die sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Frau orientiert. Als wichtig für die Fachpersonen galt, sich persönlich vorzustellen und die Zuständigkeit zu deklarieren. Die Bezugspflege wurde als Möglichkeit in der Betreuung angesehen. Die Frauen wurden wenn möglich in einem Einzelzimmer untergebracht.

*Erleichterung für die Betreuung:* Ein Frühabort gilt als Routineangelegenheit für die Pflege und den ärztlichen Dienst. Einerseits wurde dies als Erleichterung in der Betreuung erachtet, aber andererseits auch von einigen Befragten in Anbetracht der Abstumpfung des Personals als problematisch angesehen.

Austauschmöglichkeiten unter den Pflegenden bildeten eine emotionale Unterstützung in der Betreuung von schwierigen Situationen. Die Mehrheit bestätigte, dass es Austausch- und Feedbackmöglichkeiten im Team gibt. So zum Beispiel der Rapport, Fallbesprechungen mit der Pflegeexpertin und Gespräche mit der Leitung. Laut fünf Personen waren die Austauschmöglichkeiten nicht institutionalisiert. Der Austausch im Team wurde teilweise als schwierig empfunden, da man die schwangeren Mitarbeiterinnen nicht mit der Thematik belasten wollte.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde als Unterstützung angesehen und von drei Personen als sehr gut, von acht Personen als gut und von drei Personen als unterschiedlich bewertet. Eine Person erwähnte die Zusammenarbeit mit dem Wochenbett als schwierig. Auf mögliche Probleme, welche sich in der Zusammenarbeit mit Personen und verschiedenen Berufsgruppen ergaben, wird in der HK5 eingegangen.

### **HK3: Organisation der Weiterbetreuung nach Klinikaustritt**

*Private Unterstützung für zu Hause organisieren:* Zwei Personen gaben an, nach dem Umgang der betroffenen Frau mit der Situation zuhause zu fragen und dies in die Organisation des Klinikaustritts einzubeziehen. Vier befragte Fachpersonen äusserten, vorgängig abzuklären, ob eine Vertrauensperson oder ein Familienmitglied die Frau zu Hause psychisch unterstützen könne, damit sie nicht alleine mit dem Erlebten bleibe.

*Sicherstellung der weiterführenden medizinischen Behandlung:* Die Beantwortung von Fragen und Unklarheiten wurden von etwas mehr als einem Viertel der Fachpersonen als Tätigkeit vor dem Austritt beschrieben. Eine Person gab an, das Bedürfnis der Frau, ein zweites Arztgespräch führen zu möchten, abzuklären. Weiter wurde die Möglichkeit eines Austrittsgespräches genannt. Zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung bei Beschwerden oder zur Beantwortung von Fragen nach Austritt, gaben ein Viertel der befragten Fachpersonen an, die betroffene Frau über die Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme mit der Klinik zu informieren. Etwa die Hälfte der Befragten erwähnte, dass sie die Frau mit einem Termin für die Nachkontrolle bei einer Ärztin/einem Arzt entlassen. Die Fachpersonen erachteten es als wichtig, dass die Frau eine ihr zustehende und notwendige medizinische Nachsorge erhält.

*Angebot weiterführender psychischer Begleitung:* „Die Frauen wurden nach Austritt oft ihrem eigenen Schicksal überlassen“, so formulierte eine Pflegefachperson ihren Eindruck. Eine psychische Weiterbetreuung nach Austritt wurde nicht routinemässig organisiert.

Die befragten Fachpersonen beschrieben, dass Informationen zu weiterführenden Angeboten vorhanden sind. Die schriftliche Informationsabgabe umfasste Adressen von Psychologinnen/Psychologen, Fachstellen und Selbsthilfegruppen. Seltener genannt wurden die Federmappe (eine bestehende Informationsmappe für Spätabort) und die Abgabe der Hebammenliste. Wenige gaben an, dass ein Informationsblatt oder eine Adressliste für die Weiterbetreuung fehle. Das bereits bestehende Symbolgeschenk für den Austritt (eine Taube und ein Noschi) wurde von einer Person abgegeben, während eine andere Person keine Informationen abgab. Eine interviewte Person gab an, die Möglichkeit der Nachbetreuung durch eine ambulante Hebamme aufzuzeigen.

### **HK4: Veränderungsbedarf seitens der Fachpersonen in der Klinik**

*Interne Fortbildung zu Frühabort:* Die Gesamtheit aller Befragten steht einer Fortbildung zum Thema Frühabort positiv gegenüber. Diese soll im interdisziplinären Rahmen stattfinden. Gewünschte Themen werden in der Abbildung 1 dargestellt.

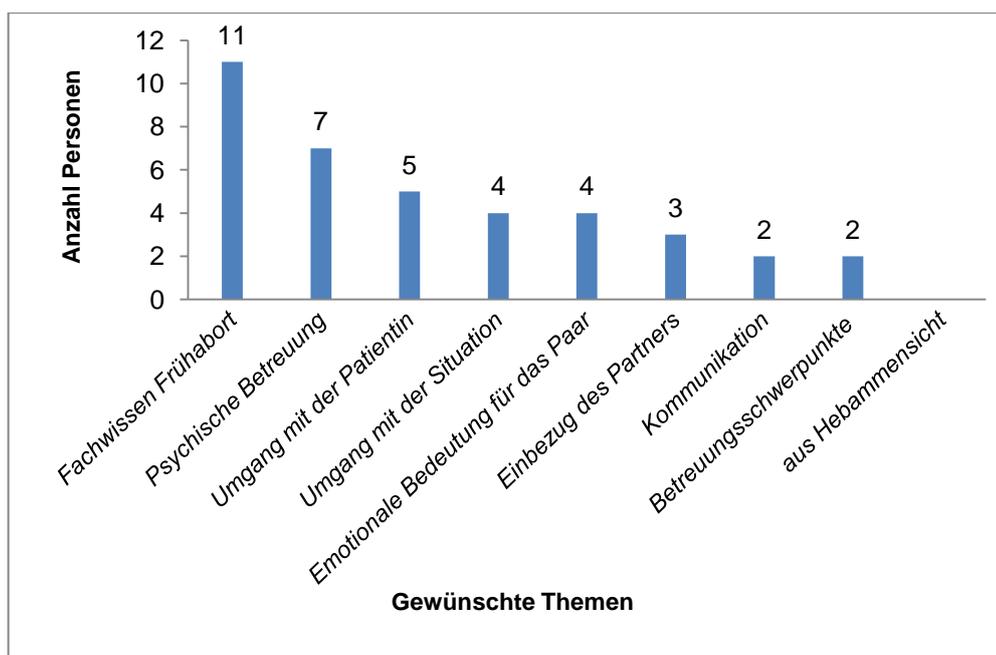


Abb. 1: Gewünschte Themen für eine Fortbildung zu Frühabort; n=13

*Informationsmaterial:* Die Mehrheit der Befragten wünschten sich mehr schriftliches Informationsmaterial, welches der Frau abgegeben werden kann. In Tabelle 6 werden die gewünschten Informationsmaterialien aufgezeigt.

Tab. 6: Gewünschtes Informationsmaterial der Befragten; n=13

Gewünschtes Informationsmaterial	Anzahl Personen
Weiterführende Betreuungsangebote	8
Fachstellen	3
Selbsthilfegruppen	2
Federmappe für Frühabort	1
FAQ-Blatt (frequently asked questions)	1

*Zusammenarbeit mit Hebammen:* Sechs von 13 befragten Fachpersonen sprachen sich eindeutig für eine Zusammenarbeit mit Hebammen aus. Insgesamt konnten sich 10 Fachpersonen eine mögliche Zusammenarbeit vorstellen, jedoch nur bei bestimmten Situationen, wie z.B. der Austossung der Frucht auf der Abteilung, starken psychischen Problemen der Frau oder um Rat einzuholen. Zwei Personen äusserten sich gegen eine Zusammenarbeit. Gründe dafür sahen sie darin, dass eine Hebamme nicht über mehr Fachwissen im Bereich Frühschwangerschaft verfügt als eine Pflegefachfrau und dass die Zusammenarbeit mit der Hebamme den Frühabort mehr in Verbindung mit Leben bringen, was das Ereignis verschlimmern könnte.

*Wunsch nach Veränderung in der Betreuung von Frauen mit einem Frühabort:* In Tabelle 7 sind die gewünschten Veränderungen in der Betreuung im Überblick.

Tab. 7: Gewünschte Veränderung in der Betreuung; n=13

<b>Bedarf</b>	<b>Anzahl Personen</b>
Verbesserung der psychischen Betreuung (inkl. Trauerarbeit)	7
Mehr Zeit	6
Zusammenarbeit mit Hebammen	6
Schema für medizinische und psychische Betreuung bei Frühabort	5
Erhöhen der Teamkapazität bei Notfällen	2
Weiterführende externe Begleitung gewährleisten	2
Kürzere Wartezeiten bei ungeplanter Curettage	1
Der Abstumpfung des Personals entgegenwirken	1
Telefonische Kontaktaufnahme nach Austritt	1
Psychosomatische Sprechstunde für Abort- und Interruptiobetroffene	1
Aborte und Interruptio an Bewerbungsgesprächen thematisieren	1
Erinnerungsgeschenk für Frauen mit Frühaborten	1

#### **HK5: Einflussfaktoren, welche die Betreuung erschweren**

In der Erhebung der aktuellen Betreuungssituation kristallisierten sich Aspekte heraus, welche die Begleitung von Frauen mit Frühabort erschwerten.

*Mangelnde Intimsphäre aufgrund Wartezone im Gang:* Die Wartezone im Gang entspreche nicht den Anforderungen zur Wahrung der benötigten Intimsphäre und wirke sich störend auf die Betreuung von Frauen mit Frühabort aus. Dies gab ein Viertel der Fachpersonen an.

*Zu wenig Zeit für psychische Betreuung aufgrund hohem Arbeitsanfall:* Eine Person sagte aus, keine Zeit für psychische Betreuung zu haben.

*Kurze Betreuungsdauer in der Klinik:* Die Aufenthaltsdauer der Frauen auf der Abteilung war zu kurz für eine ausreichende Betreuung. Diese Meinung vertraten drei Fachpersonen.

*Unterschiedliche emotionale Gewichtung von Frühabort durch das Paar und die Fachpersonen:* Ein Frühabort ist ein trauriges und unvergessliches Ereignis im Leben einer Frau. Zwei Personen wiesen auf die Diskrepanzen der Bedeutung eines Frühabortes hin. Sie beschrieben, dass es für das Paar ein trauriges und einschneidendes Erlebnis

ist, während der Frühabort für die Pflege und die Ärztinnen/Ärzte ein alltägliches Geschehen darstellt. Die Vermutung, dass die Bedeutung des Frühabortes für die Frau von Fachpersonen noch immer unterschätzt wird, äusserte eine Person.

*Keine einheitliche Abgabe von Informationsmaterial:* Fünf Fachpersonen übergaben den Frauen jeweils schriftliches Informationsmaterial. Der Analyse konnte entnommen werden, dass es ausschliesslich die fünf selben Personen sind, die Informationsmaterial abgeben. Fast ein Viertel der Personen gaben an, dass ihnen ein schriftliches Informationsblatt oder eine Adressliste für weiterführende Betreuungen fehle. Eine Person sagte aus, gar keine Informationen abzugeben. Drei Personen gaben an, dass die Informationsabgabe mehrheitlich durch die Ärztin/den Arzt erfolge.

*Hebammen sind nicht involviert bei Frühabort:* Zwei Personen gaben an, dass Hebammen nicht involviert sind in der Betreuung. Einige Personen erläuterten, dass sie bei Frühabort teilweise mit Hebammen zusammenarbeiten. Rund die Hälfte der Personen würde sich eine vermehrte Zusammenarbeit mit Hebammen wünschen. Die Vorstellung mit den Hebammen zusammen zu arbeiten, erschien für die Mehrheit realistisch. Eine Person begründete ihre Antwort damit, dass die Betreuung von Aborten in den Tätigkeitsbereich der Hebamme gehöre. Dieselbe Person konnte sich auch vorstellen mit freipraktizierenden Hebammen zusammenzuarbeiten, um eine Weiterbetreuung zu gewährleisten. Erwähnt wurde ebenfalls, dass die Frau einer Hebamme andere Fragen stellen oder sich vermehrt über die eigene Befindlichkeit äussern würde. Ein Gespräch der Frau mit der Hebamme wurde von gewissen Personen ebenfalls als sinnvoll empfunden, da Folgeschwangerschaften oft angstbehaftet sind.

*Erschwerte interdisziplinäre Kommunikation aufgrund der Arbeitsbedingungen der Ärztinnen/Ärzte:* Die Kommunikation und Information zwischen den Berufsgruppen wurde als wichtig erachtet. Die Fachpersonen berichteten darüber, dass die Kommunikation zwischen dem ärztlichen Dienst und der Pflegefachfrauen Personen- und belastungsabhängig ist. Mangelnder Informationsfluss von Seiten der Ärztinnen/Ärzte gegenüber dem den Pflegefachpersonen wirkte sich störend auf die Zusammenarbeit und die Betreuung der Frauen aus. Als Grund wurden der hohe Arbeitsanfall und die Belastung des ärztlichen Dienstes angegeben.

*Knappe Teamgrösse:* Vor allem im Notfalldienst wurde die Teamgrösse als nicht ausreichend empfunden. Einige Mitarbeitende wünschten sich aufgrund dessen eine Erhöhung der Teamkapazität.

## 5.4 Vergleich der Empfehlungen aus der Literatur mit der aktuellen Betreuungssituation

Ein Hinweis zur aktuellen Betreuungssituation: Die Aussagen in der nachfolgenden Tabelle wurden jeweils von unterschiedlich vielen Interviewteilnehmern angegeben. Es soll bedacht werden, dass nie alle Fachpersonen alle die unten aufgeführten Tätigkeiten ausführen. Fachpersonen verfügen natürlicherweise über individuelle Arbeitsweisen und unterschiedliches Fachwissen. Bezogen auf die evidenzbasierten Empfehlungen aus der Literatur, wird das Ziel verfolgt, dass alle gynäkologischen Fachpersonen fähig sind, die Betreuung einer Frau mit Frühabort zu übernehmen. Die Prozessoptimierung betrifft das gesamte Team. In Tabelle 8 geht es darum, die Vielfalt aller möglichen Betreuungsansätze und einen möglichen Veränderungsbedarf zu erfassen. Die Empfehlungen aus der Literatur in der zweiten Spalte sind eine Synthese der bearbeiteten Literatur folgender Autoren: Abboud & Liamputtong (2005), Geller et al. (2010), RCOG (2006), Stratton & Lloyd (2008), Wong et al. (2003).

Tab. 8: Vergleich der Evidenzen mit der aktuellen Betreuungssituation und der daraus resultierende Veränderungsbedarf

Phänomen	Evidenzbasierte Empfehlungen aus aktueller Literatur	Aktuelle Betreuungssituation in der Klinik	Veränderungsbedarf
<b>Phänomen 1: Begleitung durch Fachpersonen</b>			
<b>Betreuung</b>	Die Betreuung hat Einfluss auf den Umgang mit der Situation.	Bewusstsein gegenüber der Wichtigkeit der Betreuung ist teilweise vorhanden.  Eine Veränderung in der Betreuungssituation wird von den Fachpersonen gewünscht.  Aktuelle Betreuung wird von Fachpersonen als mangelhaft empfunden. Grund: Die kurze Aufenthaltsdauer.	Fachpersonen auf die Wichtigkeit der Betreuung bei Frühabort sensibilisieren.  Optimierung der psychischen Betreuung.  Fachwissen vermitteln.
	Individuelle, bedürfnisorientierte Betreuung.  Keine routinemässige Abwicklung des Geschehens.	Individuelle Betreuung orientiert an den Bedürfnissen und Wünschen der Frau.  Der Frau und ihrem Partner wird Raum und Zeit gelassen.	Flexible, individuelle Abwicklung des Prozesses.  Eingehen auf Bedürfnisse und Anliegen der Frau/ihres Partners.
	Psychische Komponenten sollen beachtet	Die Befindlichkeit der Frauen wird erfragt.	Einheitliche Betreuung.

	werden.	Der psychische Zustand der Frau und im Umgang mit der Situation wird beurteilt. Psychische Unterstützung teilweise als Betreuungsschwerpunkt. Keine Zeit für psychische Betreuung. Fachwissen zur psychischen Betreuung wird erwünscht.	Mehr Zeit für die Betreuung. Fachwissen vermitteln.
	Dasein. Emotionale Betreuung.	Anwesenheit und Zuständigkeit für die Frauen wird von den Fachpersonen geklärt. Das Redebedürfnis der Frau wird erhoben. Gesprächsbereitschaft von Seiten des Fachpersonals wird gezeigt. Zeit für Gespräche wird teilweise eingeplant.	
	Qualitäten der Hebammenbetreuung wichtig in der Verlustsituation der Frühschwangerschaft. Diese beinhalten: - Vollständige Information - Zuspruch - Förderung der Selbstbestimmung - Aufmerksamkeit gegenüber Gefühlszuständen	Der Austausch mit Hebammen ist erwünscht. Es wird eine Fortbildung zur Thematik Betreuungsschwerpunkte der Hebammenbetreuung gewünscht.	Zusammenarbeit und Austausch mit Hebammen. Fachwissen vermitteln.
<b>Anerkennen der Situation</b>	Verständnis für die Situation zeigen. Emotionale Bedeutung anerkennen und wertschätzen. Anteilnahme und Empathie zeigen.	Die bewusste Anerkennung der Situation wird von wenigen Fachpersonen erwähnt.	Anerkennung der Situation durch alle involvierten Fachpersonen und anderen Teammitgliederinnen. Empathische und wertschätzende Verhaltensweise durch alle involvierten Fachpersonen.
	Dem Ereignis Wichtigkeit beimessen.	Unterschiedliche emotionale Gewichtung von Frühabort durch das Paar und die Fachpersonen. Frühabort gilt als Routineeingriff für Fachpersonen.	Sich der Tragweite eines Frühabortes für die Frau/ihren Partner bewusst sein. Der Abstimmung der Fachpersonen entgegen.

		nen. Bewusstsein: Gefahr der Unterschätzung.	genwirken.
<b>Verhalten von Fachpersonen</b>	Aufmerksamkeit auf alle Aspekte von Frühabort richten. Empathisches Verhalten. Individuelle und wertschätzende Betreuung der Frau/des Paares.	Die Fachpersonen begegnen der Frau empathisch. Bewusstsein über Häufigkeiten und emotionelle Bedeutung von Frühabort für die Frau ist teilweise vorhanden.	Frühabort nicht auf medizinische Diagnose reduzieren, sondern als ganzheitliches Ereignis betrachten.
	Eigene Betroffenheit und Gefühle ausdrücken. Authentizität.	Angepasstes Verhalten wird als wichtig erachtet. Authentizität, Offenheit, Wertfreiheit, Tonlage, Ruhe und Geduld. Vermeiden von Hektik. Abgrenzung gelingt gut.	Eigene Betroffenheit und Gefühle ausdrücken.
<b>Berufserfahrung/ Fachwissen</b>	Vorhandensein von Fachwissen und Routine.	Aktuelles Fachwissen wird im Rahmen einer Fortbildung erwünscht.	Fachwissen vermitteln. Wenn möglich routinierte, erfahrene Fachpersonen in der Betreuung von Frauen mit Frühabort einsetzen. Junge Fachpersonen zur Betreuung bei Frühabort befähigen.
		Starke Schmerzen der Frau werden als schwierig empfunden.	Umgang der Fachpersonen mit starken Schmerzen fördern.
<b>Involvierte Fachpersonen</b>	Kontinuität in der Betreuung, wenn möglich.	Bezugspflege wird teilweise gewährleistet. Das Team wird durch die zuständige Pflegefachfrau über die Anwesenheit einer Frau mit Frühabort informiert.	Kontinuierliche Betreuung anbieten.
	Wenig involvierte Fachpersonen. Keine Angaben dazu, welche und wie viele Fachpersonen involviert sein sollten.	Involvierte Berufsgruppen sind: - Pflegefachfrauen - Ärztlicher Dienst - Anästhesie - Operationspflegende - Die Seelsorge: selten	Qualität in der Betreuung gewährleisten.

	Hebammenarbeit in Verlustsituation der Frühschwangerschaft wird als wichtig erachtet.	Hebammen, respektive freipraktizierende Hebammen werden teilweise bis gar nicht einbezogen. Mögliche Zusammenarbeit mit Hebammen wird als sinnvoll erachtet.	Zusammenarbeit mit Hebammen. Möglichkeit abklären. Kapazität, Bedarf und Kosten abklären.
<b>Partner und Angehörige einbeziehen</b>	Einbezug von Partner und Familie wird empfohlen.	Partner und Angehörige werden teilweise einbezogen. Eine Schulung zu dieser Thematik gewünscht. Praxismodell Problemlösungsprozess wird im Praxisalltag zu wenig integriert.	Alle involvierten Fachpersonen beziehen den Partner und Angehörige mit ein. Fachwissen zu Einbezug Partner/Angehörige wird gewünscht.
<b>Phänomen 2: Infomieren</b>			
<b>Kommunikation</b>	Transparente, verständliche Kommunikation. Erklärungen und Informationen in verständlicher Sprache abgeben.	Personenzentrierte Kommunikation wird angewendet.	Reflektieren von Kommunikationsstrategien. Mündliche Informationsabgabe soll nicht in Fachsprache erfolgen.
	Erklärungen statistischer Häufigkeiten vermeiden. Aussagen, die Abort als normales und natürliches Ereignis bezeichnen vermeiden.	Die Fachpersonen informieren die Frauen über die Häufigkeiten und die Normalität von Frühabort.	Aussagen zur Normalität von Frühabort sowie das Aufzeigen von Häufigkeiten vermeiden.
<b>Mündliche Information</b>	Routinemässige und einheitliche Abgabe von mündlichen Informationen.	Es wird mündlich informiert. Eine einheitliche Informationsabgabe durch das ganze Team besteht nicht, wird jedoch gewünscht. Informationen werden teilweise nur auf Wunsch der Frau abgegeben. Die Informationsabgabe erfolgt mehrheitlich durch die Ärztin/den Arzt.	Routinemässiges und einheitliches mündliches informieren durch alle involvierten Fachpersonen.
		Angepasste Informationsabgabe. Die Frau soll nicht mit Informationen überhäuft werden.	
	Aufklären über <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühabort</li> <li>- Krankheitslehre inkl. Ursachen.</li> </ul>	Die mündliche Informationsabgabe umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortlaufende Informationen über das Prozedere,</li> </ul>	Vollständige Informationen über folgende Themen abgeben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühabort</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzen</li> <li>- Blutungen</li> <li>- Zeitpunkt der nächsten Menstruation</li> <li>- zukünftigen Schwangerschaften</li> <li>- Die Nachbetreuung</li> <li>- Umgang mit der Frucht/dem Embryo während und nach der Ausstossung</li> <li>- Keine präventive Massnahmen vorhanden</li> <li>- Thematisieren des Trauerprozesses und die unterschiedlichen Empfindungen von Frau und Mann</li> <li>- Unverschulden der Frau an Abort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose – und massnahmenspezifische Gespräche, inklusive Ursachen</li> <li>- Die Klärung von Fragen und Unklarheiten</li> <li>- Die Beantwortung von Fragen zum Umgang mit der Frucht/dem Embryo</li> <li>- Unverschulden der Frau am Abort wird von wenigen erklärt</li> </ul> <p>Seltener wird die Möglichkeit einer Weiterbetreuung durch eine ambulante Hebamme aufgezeigt.</p> <p>Vor Austritt werden die Frauen teilweise nochmals nach Fragen und Unklarheiten gefragt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursache</li> <li>- Krankheitslehre</li> <li>- Schmerzen</li> <li>- Blutungen</li> <li>- Umgang mit der Frucht/dem Embryo während und nach der Ausstossung</li> <li>- Unverschulden der Frau an Abort</li> <li>- Zeitpunkt der nächsten Menstruation</li> <li>- Nachbetreuung</li> <li>- Folgeschwangerschaften</li> <li>- Trauerprozess</li> </ul>
	Sämtliche Informationen sollen ebenfalls in schriftlicher Form abgegeben werden.		Sämtliche Informationen sollen ebenfalls in schriftlicher Form abgegeben werden.
	Situationsangepasster Zeitpunkt der Informationsabgabe. Die Fähigkeit, Informationen besser aufnehmen zu können, kann durch den situationsangepassten Zeitpunkt positiv beeinflusst werden.		Beachtung passender Zeitpunkte für die Informationsabgabe.
<b>Schriftliche Information</b>	Routinemässige Abgabe von schriftlichen Informationen.	Es wird schriftlich informiert. Abgabe von schriftlichen Informationen nur bei grosser Trauer.	Routinemässige und einheitliche Abgabe von schriftlichem Informationsmaterial durch alle Fachpersonen.
	Adressen von Sozialdienst, Seelsorge nebst den obengenannten schriftlichen Informationen (vgl. Informationsabgabe in Phänomen <i>mündliche Information</i> )	Die schriftliche Informationsabgabe umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adressen von Psychologinnen/Psychologen</li> <li>- Fachstellen</li> <li>- Selbsthilfegruppen.</li> <li>- Seltener: Federmappe und</li> </ul>	Schriftliche Informationsabgabe: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vgl. Informationsabgabe in Phänomen <i>mündliche Information</i></li> <li>- Adressen von Sozialdienst</li> <li>- Adressen der Seelsorge</li> <li>- Erinnerungsgeschenk in Form von Karte oder einem Gegenstand, der</li> </ul>

		<p>Hebammenliste</p> <p>Informationen zu weiterführenden Angeboten sind vorhanden.</p> <p>Gewisse Fachpersonen erwähnen, dass ein Informationsblatt oder eine Adressliste für die Weiterbetreuung fehlt.</p> <p>Weiteres Informationsmaterial wird gewünscht.</p>	<p>die Bedeutung von Frühabort widerspiegelt.</p> <p>Weiteres Informationsmaterial, z.B. ein Informationsblatt zu den häufigsten Fragen (FAQ) oder eine Adressliste für die Weiterbetreuung, wird von den befragten Fachpersonen gewünscht.</p>
	Gedenkkarte mit Zitat oder Gedicht, welche die Bedeutung des Ereignisses widerspiegelt.	Selten Abgabe von Noschi und Taube als Geschenk.	
<b>Phänomen 3: Interventionen</b>			
<b>Handlungen</b>	Untersuchungen, welche die Ursachen des Abortes diagnostizieren.	Diagnostische Untersuchungen sowie Anamneseerhebungen werden durchgeführt.	Zu allgemeinen oder diagnostischen medizinischen Untersuchungen besteht kein Veränderungsbedarf.
		Das Wartezimmer im Gang wirkt sich störend auf die Intimsphäre der Frau/des Paares aus.	Gewährleisten der Intimsphäre in einem Wartezimmer.
	Einbezug in die Wahl von Behandlungsmöglichkeiten.	Kein Hinweis aus der Praxis.	Einbezug in die Wahl von Behandlungsmöglichkeiten.
	Lange Wartezeiten vermeiden.	Wunsch nach kürzeren Wartezeiten bei ungeplanter Curettage.	Lange Wartezeiten vermeiden.
	Frau nach Möglichkeit in ein Einzelzimmer einquartieren.	Unterbringung der Frau nach Möglichkeit in einem Einzelzimmer.	Kein Veränderungsbedarf
	Möglichkeit anbieten die Frucht/den Embryo zu sehen.		Nach Möglichkeit der Frau anbieten die Frucht/der Embryo zu sehen.
	Assessment zur Erhebung der Bedeutung der Schwangerschaft und deren Verlust.		Assessment zur Erhebung der Bedeutung der Schwangerschaft und deren Verlust.
	Screening zur Erfassung von möglichen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen.		Screening zur Erfassung von möglichen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen.

<b>Phänomen 4: Nachbetreuung</b>			
<b>Gestaltung der Nachbetreuung</b>	Austrittsschreiben der Klinik mit weiterführenden Kontaktmöglichkeiten und der geplanten weiterführenden Betreuung.	Informationsmaterial für weiterführende Betreuungsmöglichkeiten wird von den Fachpersonen erwünscht.	Massnahmen zur Organisation des Klinikaustrittes und einer möglichen Nachbetreuung sollen getroffen werden.  Kontrolltermin bei Gynäkologin/Gynäkologe oder in der Klinik abmachen.
	Obligatorischer Nachkontrolltermin.	Medizinische Weiterversorgung wird mittels eines Nachtermins gesichert.	
		Private Unterstützung für Zuhause wird erfragt.	
	Mittel- bis Langfristige Betreuung zur Reduktion psychischer Morbidität.  Nachbetreuung während den ersten sechs Wochen bis zu einem Jahr.  Psychische Betreuung zusätzlich zu medizinischer Behandlung.	Keine routinemässige Nachbetreuung nach Austritt.  Frauen werden eigenem Schicksal überlassen.	Weiterführende psychische Begleitung durch interne und externe Fachpersonen gewährleisten.
	Kontaktmöglichkeit von Fachstellen.	Die Möglichkeit einer telefonischen Kontaktaufnahme mit der Klinik wird erwähnt.  Adressen von Fachstellen werden abgegeben.	
	Telefonische Kontaktaufnahme durch Fachpersonen nach Klinikaustritt innerhalb vier Wochen. Fokussierend auf körperliche Genesung, emotionale Bewältigung und benötigte Unterstützung.	Keine telefonische Kontaktaufnahme durch Klinikmitarbeitende.	Telefonische Kontaktaufnahme durch klinikinterne Fachpersonen nach Klinikaustritt.
	Gutes Netzwerk der Nachbetreuung zur Information und Involvieren aller relevanten Fachpersonen.	Kein bestehendes Netzwerk.	Aufbau eines Netzwerkes für die Nachbetreuung, ähnlich der Nachbetreuung im Wochenbett.
	<b>Fachpersonen in der Nachbetreuung</b>	Vertraute Beziehung zu Gesundheitsfachperson.	Eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen, die weitere Betreuung gewährleisten existiert nicht
	In der Klinik arbeitende Fachperson für Nachbetreuung.  Externe Fachperson für die Nachbetreuung,	Eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen, die weitere Betreuung gewährleisten existiert nicht.  Ebenfalls keine Zusammenarbeit mit freiprakti-	Kontinuierliche Betreuung auf Vertrauensbasis durch ausgewählte Fachpersonen.

	wie Hausärztinnen/-ärzte und freipraktizierende Hebammen.	zierenden Hebammen. Eine Zusammenarbeit ist vorstellbar.	
	Einem Netzwerk angegliedert.	Kein bestehendes Netzwerk.	Aufbau eines Netzwerkes für die Nachbetreuung, ähnlich der Nachbetreuung im Wochenbett.
<b>Phänomen 5: Hindernisse in der Betreuung</b>			
	Schwierigkeiten in der Betreuung werden in der Literatur erwähnt. Bezüglich Rahmen- oder Arbeitsbedingungen wird in der Literatur nicht viel erwähnt.	Hoher Arbeitsanfall. Knappe Teamgrösse. Erschwerte Interdisziplinäre Kommunikation. Mangelnde Intimsphäre der Wartzone.	Teamkapazität erhöhen im Notfalldienst. Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation. Umgestaltung der Wartzone.

## 6 DISKUSSION

Dieses Kapitel dient zur vollständigen Beantwortung der Fragestellungen. Die evidenzbasierten Betreuungsmassnahmen wurden im Vergleich der Literaturempfehlungen mit der aktuellen Betreuungssituation ausgearbeitet. Der Veränderungsbedarf und die Umsetzung der Massnahmen werden in diesem Kapitel diskutiert und geplant.

Die aktuelle Betreuungssituation in der Praxis umfasst bereits einige in der Literatur empfohlene Betreuungsaspekte. Folgenden Aspekten werden in der Betreuung bereits Rechnung getragen: individuelle Betreuung, empathisches Verhalten, das Erfragen der Befindlichkeit, die Informationsabgabe, das Erfragen familiärer Unterstützung, medizinische Behandlung, die Bezugspflege, die Unterbringung in einem Einzelzimmer und das Team über die Anwesenheit der Frau mit Frühabort zu informieren. Die obengenannten Betreuungsaspekte werden jedoch nur von einzelnen Teammitgliedern umgesetzt und nicht von der Gesamtheit des Betreuungsteams. Ein einheitliches Vorgehen ist somit nicht gewährleistet. Das Bewusstsein gegenüber Betreuungsaspekten, welche nicht angeboten werden, ist bei den befragten Fachpersonen vorhanden. In der Praxis besteht der Wunsch nach einer Veränderung. Diese Voraussetzungen bilden eine konstruktive Grundlage für die Implementierung der Massnahmen.

### 6.1 Veränderungsbedarf

*Begleitung durch Fachpersonen:* Der individuellen und einheitlichen Betreuung bei einem Frühabort kommt eine präventive Bedeutung zu (Beutel, 2002). Aus Sicht der Salutogenese kann das Kohärenzgefühl der Frau und ihres Partners durch eine ganzheitliche Betreuung gestärkt werden.

Der Bedeutung der ganzheitlichen Betreuung sollte Rechnung getragen werden, indem Fachpersonen auf die Auswirkungen dieser sensibilisiert werden. Einem Frühabort wird von Fachpersonen oft nicht dieselbe Bedeutung beigemessen, wie einer Totgeburt oder einem neonatalen Todesfall (Stratton & Lloyd, 2008; Thorstensen, 2000). Obwohl die Intensität des Trauerprozesses vergleichbar sein kann (Thorstensen, 2000).

Fachpersonen, welche eine spezifische Ausbildung zum Thema Trauer und Trauerarbeit haben, können umfangreicher und konstruktiver beraten (Wong et al., 2003). Der Wunsch nach spezifischem Fachwissen kam in der Erhebung der Betreuungssituation klar heraus. Diesen Aussagen zur Folge würde sich eine Fortbildung zum Thema Frühabort als sinnvoll erweisen. Die Bedeutung von Frühabort als schmerzlicher Verlust sowie die Wichtigkeit psychischer Begleitung soll dem Betreuungsteam transparent

gemacht werden. Die Konfrontation der Fachpersonen mit Gefühlen betroffener Eltern im Rahmen einer Fortbildung, kann zu einer Veränderung der Betreuungssituation führen (Thorstensen, 2000). Die Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit der Fachpersonen im Umgang mit der Situation kann so gefördert werden. Wichtig ist, dass ein Bewusstsein gegenüber der Situation der Betroffenen geschaffen wird - ein einheitliches Bewusstsein, dem alle involvierten Fachpersonen Rechnung tragen. Dieses Bewusstsein sollte eine ganzheitliche Sichtweise auf das Ereignis ermöglichen.

Die evidenzbasierten Empfehlungen streben nach einer möglichst kontinuierlichen Betreuung (Geller et al., 2010; Wong et al., 2003). Die Basis einer vertrauensvollen Beziehung zu einer bekannten Fachperson kann Frauen helfen sich zu öffnen (Wong et al., 2003). Nebst der Bezugspflege, welche auf der Abteilung so weit als möglich angewendet wird, bietet sich in der Literatur die Hebammenbetreuung für Frühabort an. Die Hebammenbetreuung bringt Vorteile, wie Wirksamkeit, höhere Patientinnenzufriedenheit und Kosteneffizienz mit sich, so Künzi & Detzel (2007). Auf weitere Vorteile der Betreuung durch Hebammen wird im Abschnitt *Bedeutung für die Hebamme und den Berufsstand* näher eingegangen. Die Gegebenheiten in der Praxisinstitution gestalten sich so, dass die Hebammen vom Gebärsaal über mangelnde Kapazitäten verfügen, als dass sie zusätzlich Frauen mit Frühaborten mit betreuen könnten. Zu prüfen wäre jedoch die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit den Hebammen des Schwangerschaftsambulatoriums oder der Pränatalabteilung. Schlussendlich ist aber die Qualität der Betreuung entscheidend.

*Informieren:* Die Wirkung von Informationen und Gesprächen wird von Fachpersonen oftmals unterschätzt (Beutel, 2002). Die Vermittlung von brauchbaren Informationen reduzieren Ängste, Schuldgefühle und senken somit das Risiko psychischer Morbidität (Beutel, 2002; Geller et al., 2010).

In der Kommunikation mit betroffenen Frauen sollten folgende Prinzipien beachtet werden: Die persönliche Bedeutung von Frühabort soll anerkannt und wertgeschätzt werden (Beutel, 2002; Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008). Emotionale Reaktionen von Seiten des Paares sollen zugelassen werden (Beutel, 2002). Es ist aber auch Fachpersonen erlaubt, Gefühle oder Betroffenheit auszudrücken (Geller et al., 2010).

Die Informationsabgabe soll einheitlich und vollumfänglich gestaltet sein (Beutel, 2002; Stratton & Lloyd, 2008;). Sämtliche Informationen sollen mündlich und schriftlich abgegeben werden (Stratton & Lloyd, 2008). Schriftliche Informationen sollten Themen, wie eine für Laien verständliche Erklärung der Pathogenese, physische als auch psychische Symptome und Folgen von Frühabort, Nachbetreuungsangebote sowie diverse

Adressen von Fachstellen beinhalten. In der Praxis besteht zu dem der Bedarf eines Informationsblattes zu den häufigsten gestellten Fragen (FAQ-Blatt). Eine exakte Auflistung der Themen findet sich im Anhang (*vgl. 14.1 Arbeitsinstrument zur Implementierung*).

In der Praxis besteht bereits Material zur Informationsabgabe. Die Informationsabgabe erfolgt jedoch nicht einheitlich. Es existiert eine Mappe, die sogenannte Federmappe, welche für Frauen mit Spätabort entwickelt wurde. Einige wenige Mitarbeitende geben diese Mappe auch Frauen mit Frühabort ab. Andere wünschen sich eine solche Mappe für Frauen mit Frühabort.

Geller et al. (2010) zeigten auf, dass sich nur knapp 40% der Frauen sechs Wochen nach dem Abort an die Erklärungen der Fachperson erinnern konnten. Demnach könnten sich ein FAQ-Blatt und eine Federmappe für Frühabort mit grosser Wahrscheinlichkeit als sinnvoll erweisen. Dies würde den einheitlichen Informationsfluss zur Frau/zum Paar fördern. Der mündliche Informationsfluss kann dadurch nicht ersetzt werden. Dieser sollte im Rahmen einer Fortbildung thematisiert werden. Um die einheitliche Information und Betreuung zu unterstützen, bietet sich die Möglichkeit der Erarbeitung eines Schemas für die medizinische als auch psychische Betreuung bei Frühabort an - eine Massnahme, welche vom Fachpersonal der Praxisinstitution gewünscht wurde.

*Interventionen:* Medizinische Handlungen sind Bestandteil diagnostischer Abklärungen des Frühabortes. Geller et al. (2010) bemerkten, je mehr Interventionen an der Frau durchgeführt werden, desto höher sei ihre Zufriedenheit mit der Betreuung. Diese Aussage gilt es kritisch zu hinterfragen. Einerseits wünschten sich viele betroffene Frauen vor allem Informationen bezüglich möglichen Ursachen von Frühabort (Beutel, 2002; Stratton & Lloyd, 2008). Andererseits hat jede Frau/jedes Paar unterschiedliche Bedürfnisse, welchen Rechnung getragen werden sollte (RCOG, 2006). Frühabort ist ein selbstregulierender Prozess (Fleuren, Van der Meulen, Grol, De Haan, & Wijkel, 1998). Um diesen Prozess nicht zu stören, sollten nur so viele Interventionen wie nötig vorgenommen werden. Vor allem wenn man bedenkt, dass sich Frauen mit Frühabort in einer sensiblen, vulnerablen Phase befinden. So lange Interventionen die Bewältigung der Situation von Seiten des Paares fördern – wie z.B. der Einbezug in die Wahl Behandlungsoptionen, was zu einem besseren Outcome führen kann (RCOG, 2006; Thorstensen, 2000) - erscheinen diese Handlungen als sinnvoll.

Ausgehend vom Konzept der Salutogenese gilt es den Prozess des Frühabortes, in dem sich das Paar befindet, in ein Gleichgewicht zu bringen – die Homöostase zu för-

dern. Die Handhabbarkeit, die Verstehbarkeit und die Sinnhaftigkeit sollten angesprochen werden, damit eine konstruktive Bewältigung mit der mehrheitlich von Stressoren geprägten Situation, erreicht werden kann.

*Privacy*, wie Odent (2006) sie propagiert, spielt auch bei Frühabort eine Rolle. Frauen, die einen Frühabort erleben, gebären ihr Kind genauso wie eine Frau am Geburtstermin, einfach zu einem anderen Zeitpunkt. Der Schmerz beim Frühabort ist nebst physischer, vor allem auch psychischer Natur, wie aus Erlebnisberichten von Betroffenen herausgelesen werden kann. Frauen, die mit Verdacht auf Frühabort in die Klinik kommen, brauchen mehr *Privacy* als andere Patientinnen (Beutel, 2002; Abboud & Liamputtong, 2005). Die Blutung bedeutet für sie eine Bedrohung ihrer Schwangerschaft (Thorstensen, 2000). *Privacy* bedeutet „nicht beobachtet werden“ oder „sich nicht beobachtet fühlen“ (Odent, 2006). Befindet sich das Wartezimmer, bzw. die Sitzgelegenheit auf dem Gang können sich betroffene Paare regelrecht ausgestellt fühlen. *Privacy* existiert nur bei einem Gefühl von Sicherheit (Odent, 2006). Wie können sich werdende Eltern, welche mit der Angst vor einem drohenden Frühabort in die Klinik kommen und auf einem häufig frequentierten Gang auf den Arzt warten, sicher fühlen? Der Aspekt des Wartezimmers im Gang als mangelnde Intimsphäre wurde von vielen befragten Fachpersonen als Störfaktor in der Betreuung genannt. Erwähnt wurde dabei, dass andere Notfallstationen der Praxisinstitution über ein abgetrenntes Wartezimmer mit separaten Abteilungen verfügen. Aufgrund von rigiden strukturellen Vorgaben bezüglich der Nutzung der Infrastruktur der Frauenklinik von Seiten der Klinikleitung kann sich jedoch eine mögliche Umgestaltung der Wartezone als schwierig erweisen.

*Nachbetreuung*: Die Gewährleistung einer Nachbetreuung, welche sich auf das physische und psychische Wohl der Frau fokussiert, wie es in Geller et al. (2010) beschrieben wurde, wird auch vom Klinikpersonal als Notwendig erachtet. Sie wünschen den Frauen mehr Informationen bezüglich einer möglichen Weiterbetreuung abzugeben zu können. Die Praxisinstitution bietet nebst der gynäkologischen Nachkontrolle keine psychische Weiterbetreuung an.

Thorstensen (2000) beschreibt eine Nachbetreuung durch Hebammen, welche den Fokus auf den ganzheitlichen Prozess von Frühabort richtet. Der Trauerprozess sollte mit der Frau auch in der Nachbetreuung besprochen werden, da viele Frauen von der Intensität der Gefühle überrascht werden.

Aus Sicht der Salutogenese bietet sich eine Weiterbetreuung durch Fachpersonen als Ressource an. Eine kompetente, empathische Nachbetreuung kann sich positiv auf

das Kohärenzgefühl sowie auf die Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit des Paares auswirken. Die Bewältigung der Trauer kann dadurch handhabbar gemacht werden.

Zur Sicherung der physischen und vor allem auch der psychischen Nachbetreuung von Frauen mit Frühaborten, empfiehlt RCOG (2006) den Aufbau eines Netzwerks. Das Netzwerk sollte einem System angegliedert werden, welches das Involvieren von wichtigen Fachpersonen, inklusive freipraktizierenden Hebammen ermöglicht. In der Praxisinstitution besteht bereits ein ähnliches System für die Gewährleistung der Nachbetreuung von Wöchnerinnen. Als Netzwerk fungiert die regionale Hebammenzentrale. Ausserdem besteht eine Liste mit Adressen von freipraktizierenden Hebammen. Eine Zusammenarbeit mit der Hebammenzentrale sowie die Anpassung der Liste unter Einbezug von freipraktizierenden Hebammen, welche auf Trauerarbeit spezialisiert sind, wären zu prüfen. Wären freipraktizierende Hebammen zu einer Zusammenarbeit bereit müsste jedoch abgeklärt werden, ob diese Leistungen nach Klinikaustritt durch die Krankenkasse bezahlt würden. Zukünftige Möglichkeiten zur Gestaltung einer Nachbetreuung durch die Klinik wären, eine klinikinterne psychosomatische Sprechstunde für Frauen mit Aborten und Interruptio anzubieten oder die telefonische Kontaktaufnahme mit der Frau innerhalb des ersten Monats nach Klinikaustritt (Stratton & Lloyd, 2008). Konkrete Umsetzungen wären auch hier zu prüfen.

*Hindernisse in der Betreuung:* Hinderliche Faktoren für die Betreuung von Frauen mit Frühabort bestehen in der hohen Arbeitsbelastung und der aufgrund dessen erschweren interdisziplinären Kommunikation.

Die Kommunikation ist ein komplexes Konstrukt mit multiplen Einflussfaktoren. Interpersonelle Angespanntheit, die Arbeitslast sowie die Arbeitsbedingungen können die Kommunikation im Team erschweren. Veränderungen in diesem Bereich sind unerlässlich. Dies vor allem in Anbetracht der Abhängigkeit der Patientinnen-/Patientensicherheit von der interprofessionellen Kommunikation. Möglichkeiten zu Veränderungen bestehen in der Effektivität und der Standardisierung der Kommunikation sowie im Erarbeiten von Kommunikationsstrategien (Berridge, Mackintosh, & Freeth, 2010).

Zeitliche und personelle Ressourcen scheinen auf der gynäkologischen Abteilung ein Thema zu sein, zumal Zeit und die Teamkapazität im Notfalldienst oft als gewünschte Veränderung angegeben wurden. Die knappe Personalbesetzung in Spitälern, vor allem bei Pflegefachpersonen, ist eine in der Öffentlichkeit allgegenwärtige Thematik. Das Team in der Praxis wurde als motiviert und interessiert gegenüber Erneuerungen

erlebt. Sind jedoch keine zeitlichen Ressourcen und Kapazitäten vorhanden, können Veränderungen nur bedingt bis gar nicht umgesetzt werden.

Tatsache ist, dass das gesundheitliche Outcome von Patientinnen/Patienten in direktem Einfluss zur Personalbesetzung steht. Die Personalknappheit der Pflege kann mit höheren Komplikationsraten assoziiert werden. Die einzige Möglichkeit zur Veränderung dieser Gegebenheiten ist die Personalkapazität zu erhöhen (Stanton, 2004).

Dadurch ergibt sich ein finanzieller Mehraufwand für die Klinik, der durch verminderte Komplikationsraten wiederum eingespart werden kann.

Vom salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky (1997) her betrachtet, ist es für Fachpersonen ausserordentlich wichtig, dass sie in ihrer Arbeit unterstützt, bzw. ihnen Ressourcen geboten werden. Das Kohärenzgefühl der Fachpersonen ist ein wichtiger Aspekt, der den Umgang mit den Patientinnen wesentlich beeinflusst. Demnach sollten auch Fachpersonen in der Praxis Instrumente zur Verfügung haben, welche die Bewältigung von Stressoren, wie eine hohe Arbeitsbelastung oder erschwerte Kommunikation, fördern. Diese Instrumente sollten an den Prinzipien der Salutogenese Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit orientiert sein und eine befähigende Wirkung auf die Fachpersonen haben.

### Massnahmen

Massnahmen, welche aus dem Veränderungsbedarf herauskristallisierten, können Tabelle 9 entnommen werden. Die Umsetzung und Implementierung des Projektes beschränkt sich jedoch auf die grundlegendsten Massnahmen (vgl. Kapitel 6.3 *Projektplan*). Die restlichen Massnahmen zeigen den Veränderungsbedarf auf und sind Vorschläge für mögliche Folgeprojekte der Klinik.

Tab. 9: Massnahmenkatalog

Massnahmen	Beschreibung
<b>Fortbildung</b>	Medizinisches Fachwissen zu Frühabort vermitteln
Ziel: Aktuelles, einheitliches Fachwissen vermitteln. Einheitlichkeit im Vorgehen fördern.	Schwerpunkte der psychischen Betreuung bei Frühabort vermitteln: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologisches Fachwissen in Zusammenhang mit Frühabort</li> <li>- Fachwissen zu Trauerprozess</li> <li>- Bedeutung und Erleben von Frühabort aus Sicht von Betroffenen</li> <li>- Auswirkungen der Betreuung</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empathisches Verhalten</li> <li>- Förderung der Selbstbestimmung</li> <li>- Vollumfängliche Information</li> <li>- Zuspruch</li> <li>- Aufmerksamkeit gegenüber Empfindungen der Frau</li> <li>- Trauer-, Ritualarbeit</li> </ul> <p>Interprofessionelle Kommunikationsstrategien reflektieren und Standards erarbeiten</p>
<p><b>Zusammenarbeit mit Hebammen</b></p> <p>Ziel: Sinnvolle Nutzung der Ressourcen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Austausch im Rahmen einer Fortbildung</li> <li>- Einbezug von Hebammen vom Schwangerenambulatorium oder der Pränatalabteilung</li> </ul>
<p><b>Einheitliche Information</b></p> <p>Ziel: Einheitliche mündliche und schriftliche Information</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mappe für Frühabort (<i>vgl. Anhang, 14.1 Arbeitsinstrument zur Implementierung</i>)</li> <li>- FAQ-Blatt</li> </ul>
<p><b>Interventionen</b></p> <p>Ziel: So wenig Interventionen wie möglich, so viele wie nötig. Einheitliches Vorgehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kein routinemässiges Vorgehen</li> <li>- Individuelle Betreuung</li> <li>- Schema zur medizinischen und psychischen Betreuung</li> <li>- Einbezug in die Wahl der Behandlungsmethoden</li> <li>- Geschützter Raum für die Betreuung: Gewährleistung eines geschlossenen Wartezimmers</li> </ul>
<p><b>Organisation der Nachbetreuung</b></p> <p>Ziel: Routinemässiges Angebot von Nachbetreuung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Austrittsbericht</li> <li>- Zusammenarbeit mit der Hebammenzentrale</li> <li>- Hebammenliste</li> <li>- Adressen für weiterführende Betreuung</li> </ul>
<p><b>Professionelle Nachbetreuung</b></p> <p>Ziel: Medizinische und psychische Nachbetreuung orientiert an den individuellen Bedürfnissen der Frau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telefonische Kontaktaufnahme durch klinikinterne Fachperson innerhalb vier Wochen nach Austritt</li> <li>- Obligatorisches Nachgespräch in der Klinik fokussierend auf psychisches Wohlergehen (Beutel, S. 152)</li> <li>- Möglichkeit der klinikinternen Nachbetreuung durch Hebammen vom Schwangerenambulatorium</li> <li>- Psychosomatische Sprechstunde</li> <li>- Ambulante Hebammenbetreuung zuhause</li> </ul>

<b>Arbeitsbedingungen</b>	- Teamkapazität erhöhen
Ziel: Sicherheit gewährleisten	- Standardisierung der Kommunikation, bzw. kommunikative Prozessoptimierung  Z.B.: Welche Information wird von welchem Dienst abgegeben? Welche Informationen werden von welchem Dienst benötigt?

### Weiterführende Aspekte

Während der Bearbeitung der Ergebnisse sind Aspekte aufgetaucht, die nicht oder nur teilweise in der Literatur oder in der Erhebung der Betreuungssituation vorkamen. So zum Beispiel ein Assessments zu Risikofaktoren psychischer Erkrankungen, der Bedeutung der Schwangerschaft und deren Verlust (Stratton & Lloyd, 2008). In der aktuellen Praxis ist wenig bekannt über eine Erhebung eines Assessments. Es wäre sinnvoll, bei allen betroffenen Frauen eine Erhebung durchzuführen um frühzeitig zu erkennen, wenn eine Frau mit der Situation nicht umgehen kann oder starke Symptome von Trauer zeigt. Somit könnte diesen Frauen präventiv mehr Unterstützung als gewöhnlich zugesichert werden.

Besonders hervorzuheben ist in der aktuellen Betreuungssituation, dass viele Pflegefachpersonen aus der Praxis bemüht sind, Vertrauenspersonen aus dem Umfeld der Frau zur Unterstützung für zu Hause zu organisieren. In der bearbeiteten Literatur wurden hierzu keine Angaben gemacht. Diese Betreuungsmassnahme sollte unbedingt beibehalten werden und von allen Fachpersonen erfragt werden, um den Frauen den Übergang zu erleichtern.

Hemcke (2010) befasst sich in seiner Arbeit mit dem betroffenen Vater, der mit seiner Frau zusammen eine Fehlgeburt erleidet. Darin äusserte er, dass die pränatale Forschung sich in der Regel nur auf die Mutter-Kind-Verbindung bezieht. Der Vater und seine Gefühle bleiben oft aussen vor. Doch auch ein Mann wird mit Beginn einer Schwangerschaft zum Vater. In einer guten Betreuung sollte der Vater mit einbezogen und auf seine Bedürfnisse eingegangen werden. So wünscht sich auch der Vater mehr Gesprächsangebote, mehr Informationen über das weitere Prozedere, Selbsthilfegruppe, Hinweise zu psychologischer Betreuung sowie eine vermehrte Einbindung in das Geschehen. Bezogen auf die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis könnte dies bedeuten, dass in der Mappe für Frühabort extra noch Informationen für den Mann beigelegt sind.

### Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Empfehlungen bestehen aus Literatur mit hohem Evidenzniveau, welche die Aussagekraft der Ergebnisse sowie eine möglich Umsetzung in der Praxis stützt. Die Lite-

ratur zeigt eine brauchbare Bandbreite an Empfehlungen auf, deren Umsetzung realistisch erscheinen. Zur Erhebung der aktuellen Betreuungssituation wurde eine sinnvolle Anzahl Personen im Vergleich zur Gesamtpopulation befragt. Die gewählte Anzahl befragten Personen ermöglichten aussagekräftige Ergebnisse. Die aktuelle Betreuungssituation entspricht den Empfehlungen aus der Literatur bereits teilweise, ein weiterer Veränderungsbedarf ist jedoch ersichtlich. Die Ergebnisse zeigen die positive Einstellung der interviewten Fachpersonen und der Leitung der Abteilung gegenüber Veränderungen auf - das ist eine klare Stärke, welche die Ergebnisse massgeblich beeinflusst haben und eine mögliche Umsetzung begünstigen.

Eine Schwäche der Erhebung der aktuellen Praxissituation ist, dass für ärztliche wie für Pflegefachfrauen, dieselben Interviewfragebögen verwendet wurden. Dies kann zu Verzerrungen führen.

Eine klare Grenze der Arbeit ist, dass nur der Sichtweise von Fachpersonen aus der Praxis Beachtung geschenkt werden konnte. Für die Ergebnisse der Arbeit wäre es relevant gewesen, die Stimmen von Betroffenen einzubeziehen. Dies ist jedoch nicht Teil einer Bachelorarbeit und hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt.

## **6.2 Bedeutung der Veränderungen**

### **Bedeutung für die Frau**

Die Ergebnisse bedeuten für die Frauen, dass sich eine positive Veränderung in der Betreuung von Frühabort abzeichnet. Die Bedürfnisse und Ansprüche der Frauen und ihrer Partner an die involvierten Fachpersonen, wie sie in der Literatur darlegt werden, sind angebracht und sollten in Zukunft offen thematisiert werden. Diese Arbeit soll bewirken, dass die Emotionen und Bedürfnisse der Frauen bei Frühabort vermehrt wahrgenommen werden und in die Betreuung einfließen. Die Legitimation zu Trauern soll den Paaren zugesprochen werden (Gassmann & Maurer, 2006). Es gilt ein Tabuthema der Gesellschaft zu brechen.

Dem Ereignis Frühabort sollte im Gesundheitssystem eine angemessene Bedeutung zu gesprochen werden. Dies verlangt von betroffenen Frauen, dass sie sich autonom für ihre Rechte einsetzen und ihre Eigenverantwortung wahrnehmen, wenn es um die Betreuung von Frühabort oder auch um die Wahl der Behandlungsmethode geht.

Ein Frühabort ist ein Geschehnis von individueller Bedeutung (Beutel, 2002). Die Annahme ein Frühabort sei für jede Frau ein traumatisches Ereignis ist falsch (Wong et al., 2003). Auf keinen Fall sollten Frauen aufgrund des nicht Vorhandenseins von Trauer Schuldgefühle durchleben (Wong et al., 2003).

### **Bedeutung für die Hebamme und den Berufsstand**

Die ganzheitliche Begleitung einer Schwangerschaft gehört in das Arbeitsfeld der Hebammen (Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc, 2007). Der Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums weist darauf hin, dass die kontinuierliche Betreuung in der Schwangerschaft durch Hebammen nachgewiesene positive Effekte aufweist (Künzi & Detzel, 2007). Auch in komplexen Schwangerschaften - wie es z.B. der frühe Verlust einer Schwangerschaft sein könnte - ist die substitutive Betreuung durch Hebammen möglich (Künzi & Detzel, 2007). Für eine längerfristige intensive Betreuung der Frauen durch das gesamte Wochenbett fehlen Gynäkologinnen/Gynäkologen die Ressourcen (Künzi & Detzel, 2007). Diese Tatsache kann auf den Frühabort übertragen werden. Aufgrund der hohen Arbeitslast des ärztlichen Dienstes in der Praxis könnte die Zusammenarbeit der Pflegefachfrauen mit Hebammen in Betracht gezogen werden. Keineswegs wird hier die Arbeitsqualität der Pflegefachfrauen oder Ärztinnen/Ärzte in Frage gestellt. Ein Austausch und eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit Hebammen werden jedoch als vorteilhaft erachtet. Die Hebammenbetreuung in einer Verlustsituation, wie z.B. Frühaborte gilt als wichtig (Stratton & Lloyd, 2008; Thorstensen, 2000). Der Einbezug von Hebammen bei Frühabort kann als Chance angesehen werden. Hebammen könnten auf diese Weise vermehrt in ihrem Kompetenzbereich der Schwangerschaft tätig sein. Die Schwangeren bekämen die Chance von der Frühschwangerschaft an kompetent begleitet und beraten zu werden. Häufig sieht eine Schwangere die Hebamme erst wenige Wochen vor der Geburt. Dies ist dadurch bedingt, dass in der Gesellschaft der Eindruck herrscht, dass Schwangerschaften nur von Gynäkologinnen/Gynäkologen betreut werden. Der aktuelle Slogan 2011 vom Schweizerischen Hebammenverband [SHV] (2010) „Zu jeder Schwangerschaft gehört eine Hebamme“, macht darauf aufmerksam, dass dem nicht so ist. Dieser Slogan bestätigt, dass die Hebamme über die Kompetenz verfügt in jeder Phase der Schwangerschaft involviert zu sein. Es stellt sich die Frage, wieso die Hebammen in der Klinik zunehmend ihre Kompetenzen an andere Berufsgruppen abgeben.

### **Bedeutung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit**

In der Diskussion der Ergebnisse wurde die Hebamme als mögliche Betreuungsperson genannt. Aufgrund der klinikinternen Strukturen werden aber auch weiterhin hauptsächlich die Pflegefachfrauen in die Betreuung von Frauen mit Frühabort involviert sein. Grundsätzlich geht es nicht darum, wer die Betreuung macht sondern wie deren Qualität ist. Gegenseitige Unterstützung, Toleranz und Offenheit ist dabei unabdingbar.

### **Einflussfaktoren (Chancen und Risiken)**

*Chancen:* Eine gute Betreuung in der Klinik und zu Hause hat Präventivcharakter. Mit der Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden Betreuung kann die Klinik einen erheblichen Gewinn erzielen. Der Profit liegt in der erhöhten Kundenzufriedenheit und im positiven Image. Aus Sicht der Berufsethik ist eine Verbesserung der Betreuungssituation von Frauen mit Frühabort wesentlich, zumal die Qualität der Betreuung weitreichende Folgen haben kann. Durch eine qualitativ gute Betreuung können Folgeschäden, wie Traumatisierungen und Depressionen vermindert werden. Dies hat Einfluss auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung sowie auf die Kosten des Gesundheitssystems, welche dadurch gesenkt werden könnten.

*Risiken:* Mit der Einführung der DRG (Diagnose Related Groups) ab dem 1. Januar 2012 wird der Trend zunehmen, dass die Mütter nach der Geburt immer früher nach Hause entlassen werden (SHV, 2010). Das bedingt, dass es mehr Hebammen braucht, um die Wochenbettbetreuung zu Hause zu übernehmen. Zu beachten ist, dass in den letzten Jahren zunehmend mehr Frauen von einer Wochenbettbetreuung zu Hause profitiert haben. Bereits an vielen Orten besteht bereits ein Hebammenmangel (SHV, 2010). Wie oben diskutiert, wäre es denkbar, dass Hebammen eine wichtigere Rolle in der Nachbetreuung von Frühabort einnehmen. Die zukünftigen Gegebenheiten im Gesundheitssystem könnten sich jedoch erschwerend auf die Betreuung durch freipraktizierende Hebammen auswirken. Es könnte sein, dass es den Hebammen aufgrund der hohen Arbeitsauslastung nicht mehr möglich sein wird, zusätzlich noch Frauen mit Frühabort zu betreuen.

Tatsache ist, dass Frauen mit Frühabort zusätzliche Kosten von der Krankenkasse übernehmen müssen. Hierbei wird kritisiert, dass Frauen nach einem Abort zusätzlich gestraft werden, wenn sie noch tief in die Tasche greifen müssen. Allgemein gilt, dass auf Mutterschaftsleistungen keine Kostenbeteiligungen, also weder Franchise noch Selbstbehalt, erhoben werden. Das Gesetz definiert die Leistungen bei Mutterschaft: Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft, Entbindung und Geburtshilfe, Stillberatung sowie die Pflege des gesunden Neugeborenen in der Klinik. Zur Entbindung und Geburtshilfe gehören medizinische Leistungen bei termingerechter Geburt oder bei einer Frühgeburt. Frühaborte sind davon ausgeschlossen und werden dem Begriff Krankheit zugeordnet. Deshalb muss für die Behandlung Franchise und Selbstbehalt entrichtet werden (Beobachter, 2004). Das kann bedeuten, dass schnell bis zu tausend Franken oder mehr für die Leistungen, inkl. der Curettage in der Klinik bezahlt werden müssen. Im Falle einer wirtschaftlich schlecht gestellten Familie kann dies eine zusätzliche Belastung bedeuten.

### 6.3 Projektplan

Aus dem Massnahmenkatalog wurden drei Massnahmen ausgewählt und deren Durchführung als Projekt geplant. Die entwickelten Arbeitsinstrumente sollen einen Leitfaden und eine Erleichterung für die Implementierung darstellen.

#### Projektdurchführung

Die Grundlage der Veränderung in der Betreuungssituation bildet eine Fortbildung. Die Vermittlung von Fachwissen schafft die Grundlage für die nachfolgenden Massnahmen, wie eine individuelle, ganzheitliche Betreuung und vollständige Information der Frau. Der erste Schritt der Praxisimplementierung ist die Bewilligung des Projektes. Als zweiter Schritt wird die Fortbildung geplant. Sie soll in folgende zwei Themenschwerpunkte gegliedert werden: Medizinisches Fachwissen und Schwerpunkte der psychischen Betreuung von Frühabort (*Themen vgl. 6.1, Tab. 9, Fortbildung*). Die Schulung findet im Rahmen einer interdisziplinären, klinikinternen Fortbildung an zwei Halbtagen zu je vier Stunden statt.

Geeignete Personen für die Organisation einer solchen Fortbildung sind die Fort- und Weiterbildungsverantwortliche Oberärztin und die Pflegeexpertin. Beide Personen verfügen über fundiertes Fachwissen zu Frühabort in den zwei genannten Disziplinen. Die Spezialisierungen dieser Fachpersonen ermöglicht eine erfolgreiche Durchführung dieser Fortbildung. Die Zeit für die Vorbereitung wird in Rücksprache mit der Leitung, während den Arbeitszeiten eingeplant.

Anschliessend an die beiden Kurshalbtage werden im Team zwei Arbeitsgruppen gebildet, welche folgenden Arbeitsinstrumente entwickeln:

- Ein Schema für medizinische und psychische Betreuung bei Frühabort (*Themen psychischer Betreuung vgl. 5.2, 5.3 und 6.1*)
- Eine Informationsmappe für Frühabort (*vgl. Anhang, 14.1 Arbeitsinstrument zur Implementierung*)

Die Arbeitsgruppen bestehen aus freiwilligen interessierten und erfahrenen Mitarbeitenden aus den verschiedenen Disziplinen. Nach Möglichkeit sollte die Pflegeexpertin und der leitende Arzt oder die Oberärztin die Entwicklung dieser Arbeitsinstrumente koordinieren und beaufsichtigen. Die Entwicklung der Arbeitsinstrumente wird in separat geplanten Zeiträumen während der Arbeitszeit stattfinden. Einen Überblick zur Zeitplanung findet sich in Tabelle 10.

Tab. 10: Zeitplan der Projektdurchführung

<b>Meilensteine</b>	<b>Dauer</b>	<b>Monat</b>
Projektpräsentation durch die Studierenden	1h	0
Übergabe des Projektes an die Leitung und die Pflegeexpertin	2h	0
Schritte zur Projektbewilligung durch die Pflegedienst-, Bereichs- und Klinikleitung	1 Monat	0-1
Planungsphase der Fortbildung	2 Monate	1-3
Durchführung der Fortbildung	2 x 4h	3
Planungsphase		
- Rekrutierung der Arbeitsgruppen	1 Monat	3-4
- Vorbereitungen (Arbeitsplan erstellen, Literatur konsultieren, etc.)	2 Monate	4-6
- Entwicklung der Arbeitsinstrumente	3 Monate	6-9
- Vorstellen der Arbeitsinstrumente an einer Teamsitzung, Einbezug von weiteren Ideen, Meinungen aus dem Team	2h	9
- Fertigstellung der Arbeitsinstrumente	1 Monat	9-10
Projektdurchführung: Implementierung der Arbeitsinstrumente	6 Monate	10-16
Fortlaufende Feedbackmöglichkeiten der Massnahmen	6 Monate	10-16
- Frühabortstatistik führen		
- an Teamsitzung		
Projektelevaluation, inklusive Auswertung der Daten	3 Monate	16-19
Überprüfung der Ziele und Anpassung der Massnahmen	1 Monat	19-20
<b>Gesamtdauer</b>	<b>20 Monate</b>	

### **Kosten**

Die Umsetzung des Projektes erfordert ein gewisser Mehraufwand an personellen Ressourcen. Die Arbeitseinsätze der Fachpersonen, welche im Projektteam integriert sind, müssen teilweise anderweitig abgedeckt werden. Die Anwesenheit der Projektmitwirkenden ist an die Eckdaten des Projektplans gebunden. Die Projektplanung und -durchführung findet während den Arbeitszeiten statt. Infrastrukturen, wie Computer- und Internetzugang, Fachliteratur sowie Büroverbrauchsmaterialien sind vorhanden. Räumlichkeiten sowie deren Fixkosten sind durch den Klinikbetrieb abgedeckt.

## **Ressourcen**

Ressourcen für die Umsetzung des Projektes bilden die Stationsleitung und das Team der Gynäkologieabteilung (Pflegefachfrauen, Ärztinnen/Ärzte) und deren Offenheit gegenüber Erneuerungen. Weitere Ressourcen sind erfahrene Pflegefachfrauen und Ärztinnen/Ärzte, die Zusammenarbeit im Team, der Leitungsstil sowie Konzepte der Abteilung, wie die personenzentrierte Pflege und die gelebte Feedbackkultur.

## **Stakeholder**

Stakeholder des Projektes sind: die Klinik, die Fachstelle FpK, freipraktizierende Hebammen, die regionale Sektion des Schweizerischen Hebammenverbandes und die Santésuisse.

## **Evaluation**

In der vorliegenden Arbeit werden ab der Implementierung der Massnahmen fortlaufend Rückmeldungen zum Projektstand beim Team eingeholt. Einerseits durch eine Frühabortstatistik, andererseits durch Rückmeldungen an den Teamsitzungen.

Die Frühabortstatistik wird im Anschluss an die Betreuung einer betroffenen Frau durch die Pflegefachfrau und die/den behandelnden Ärztin/Arzt ausgefüllt. Sie beinhaltet folgende Aspekte: Abortform, SSW, medizinische Behandlung, Einbezug in die Wahl der Behandlungsmethode ja/nein, psychisches Befinden der Frau, Bewältigung, Risikofaktoren psychischer Erkrankungen ja/nein, angewendete Betreuung, Informationsmappe abgegeben ja/nein, Nachbetreuung angeboten ja/nein und die Arbeitsbelastung.

Sechs Monate nach Beginn der Projektdurchführung wird die Wirksamkeit der Massnahmen anhand 15 Patientinnen- und 13 Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterbefragungen überprüft (vgl. Fragebogen im Anhang). Die Befragung beruht auf freiwilliger Basis. Die Daten werden anonymisiert. Die Ethikkommission wird aufgrund der Patientinnenbefragungen in die Evaluationsarbeit involviert. Die Evaluation findet in Zusammenarbeit mit der Pflegeexpertin und der internen Projektmanagerin der Klinik statt.

## 7 SCHLUSSFOLGERUNG

Der Schwerpunkt der vorliegenden Bachelorthesis liegt darin, evidenzbasierte Empfehlungen bezüglich der Betreuung von Frauen mit Frühabort zu formulieren. Es geht darum die Fachpersonen zu befähigen, betroffene Frauen in ihrem Prozess zu unterstützen und zu empowern. Die Bedeutung von Frühabort für die Betroffenen soll anerkannt werden. Eine ganzheitliche, individuelle und doch auf einheitliche Grundsätze ausgerichtete psychische Betreuung der Frauen und ihrer Partner soll erreicht werden. Interventionen werden in einem sinnvollen Mass angewendet und auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen ausgerichtet. Ziel ist, die Bewältigung des Ereignisses zu fördern. Aus diesen Erkenntnissen können für die Praxis umsetzbare und realistische Massnahmen abgeleitet werden.

Eine Fortbildung soll als Basis die Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit der Fachpersonen fördern. Das Bewusstsein der Fachpersonen für das Erleben einer Frau mit Frühabort soll sensibilisiert werden. Zusätzlich wird die Entwicklung von Arbeitsinstrumenten, wie ein Schema zu Frühabort und eine Mappe mit Informationsmaterialien durch das interdisziplinäre Team empfohlen (*vgl. Anhang, 14.1 Arbeitsinstrument zur Implementierung*). Diese Massnahmen sollen den Weg weisen für eine ganzheitliche physische und psychische Betreuung.

Die Veränderung bedarf anfänglich eines Mehraufwands, der sich schlussendlich als gewinnbringend erweisen kann. Auswirkungen, wie eine erhöhte Patientinnenzufriedenheit, welche die Reputation der Klinik sowie deren Konkurrenzfähigkeit steigert, können erwartet werden. Die Planung und Umsetzung dieser Massnahmen bedingt vermehrt personelle und zeitliche Ressourcen. Dies könnte ein Hindernis für die Implementierung darstellen. Gründe dafür sind die hohe Arbeitslast sowie die Personalknappheit auf der Abteilung.

Nebst den hiergenannten Empfehlungen resultieren aus der Diskussion noch andere Massnahmen zur Optimierung der Betreuung, wie der Einbezug von Frauen in die Wahl der Behandlungsmethode, die standardisierte Organisation und Gestaltung der Nachbetreuung sowie Veränderungen in den Arbeitsbedingungen.

Ein Vorteil für die Implementierung stellen die Kompetenzen und Qualifikationen der Fachpersonen dar. Die fortwährende Unterstützung durch das Team und die Stationsleitung der Gynäkologie sowie das entgegengebrachte Interesse für dieses Projekt, zeugt von Offenheit gegenüber Veränderungen. Die Prognose für eine erfolgreiche Durchführung des Projekts ist günstig. Eine längerfristige Prognose ist hauptsächlich

abhängig von der Motivation sämtlicher involvierter Fachpersonen und klinikinternen Prioritäten.

Die Ergebnisse dienen der Praxis Fachwissen teamintern zu vertiefen. Ausserdem stellen sie eine Erleichterung für das Fachpersonal dar, damit diese sich professionell und kompetent der herausfordernden Aufgabe stellen können.

Es bedarf an weiterführenden wissenschaftlichen Arbeiten und Forschungsprojekten zu diversen Themen bezüglich der Begleitung des Paares bei Frühabort. Ausgehend von der Praxisinstitution wäre es aufschlussreich, die Perspektive von Betroffenen, welche auf der Gynäkologieabteilung betreut wurden, zu untersuchen. Im Zusammenhang mit Frühabort ist meist die Rede von einer Curettage. Eine kritische Betrachtung einer routinemässigen Curettage ist angemessen und soll diskutiert werden (Stratton & Lloyd, 2008; Thorstensen, 2000). Ein Folgeprojekt der vorliegenden Arbeit könnte die Ausarbeitung der Nachbetreuung von betroffenen Frauen darstellen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen sowie auf die Arbeitsauslastung von freipraktizierenden Hebammen gelegt werden. Dazu soll eine Bedarfsabklärung zur Bereitschaft der Hebammen durchgeführt werden. Weiter ist der Einbezug des Vaters bei Frühabort eine ausserordentlich wichtige, aber wenig behandelte Thematik in der Forschung. In der Praxis ist diese Thematik oft mit grossen Unsicherheiten verbunden. Forschungs- oder gar Implementierungsprojekte mit konkret ausgearbeiteten Massnahmen zum Einbezug des Vaters werden als sinnvoll erachtet.

Die Kompetenzen von Hebammen liegen in der kontinuierlichen Betreuung von Frauen in der gesamten Reproduktionsphase. Die vertrauensvolle Beziehung zwischen der Frau und der Hebamme eröffnet Möglichkeiten, die sich stetig verändernden Prozessen der Mutterschaft wachsam zu begleiten. Künftig sollte der Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen mehr Gewicht beigemessen werden. In der Gesellschaft sollte ein Bewusstsein für die Kompetenzen der Hebamme in der Schwangerschaft geschaffen werden, was die Betreuung von Frühabort einschliesst. Rahmenbedingungen sollten geschaffen werden, damit Hebammen in der Nachsorge bei Frühabort routinemässig involviert werden.

Eine ganzheitliche Betreuung in der Klinik und zuhause kann einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Frau, ihr Kohärenzgefühl und die Bewältigung der Situation haben. Eine qualitativ hochstehende Betreuung kann viele präventive Auswirkungen haben. Klar ist, dass jede Frau, abhängig von ihren Ressourcen, einen frühen Verlust individuell erlebt und damit umgehen kann.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

- Abboud, L. & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of reproductive and infant psychology*, 23(1), 3-18.
- Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., & Bertero, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 36 (3), 37-62.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Aufl.). Oxford: University Press.
- Beckermann, M.J., & Perl, F.M. (2004). *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*. Basel: Schwabe AG.
- Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. Bern: Huber.
- Berridge, J.E., Mackintosh, N.J., & Freeth, D.S. (2010). Supporting patient safety: Examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. *Midwifery*, 26, 512-519.
- Beutel, M. E. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod*. Göttingen: Hoegrefe-Verlag.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A Review of the Empirical Literature and Implications for Clinical Practice. *Birth*, 31, 138-142.
- Das Leitlinien-Manual vom AWMF und ÄZQ. (2001). München: Urban & Fischer.
- Fachstelle für Fehlgeburt und perinataler Kindstod*. (2003). Retrieved December 3, 2010, from <http://www.fpk.ch>
- Feige, A., Rempen, A., Würfel, W., Jawny, J. & Caffier, H. (2001). *Frauenheilkunde. Fortpflanzungsmedizin, Geburtshilfe, Onkologie* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Fleuren, M., Van der Meulen, M., Grol, R., De Haan, M., & Wijkel, D. (1998). Does the care given by general practioners and midwives to patients with (imminent) miscarriage meet the wishes and expectations of the patients? *International Journal for Quality in Health Care*, 10(3), 213-220.
- Für Fehlgeburt zahlen?* (2004). Retrieved June 28, 2011, from [http://www.beobachter.ch/geld-sicherheit/artikel/schwangerschaft\\_fuer-fehlgeburt-zahlen/](http://www.beobachter.ch/geld-sicherheit/artikel/schwangerschaft_fuer-fehlgeburt-zahlen/)

- Gassmann, M.C., & Maurer, F. (2006). Der perinatale Kindstod – Hebammenarbeit in Verlustsituationen. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen* (S. 143-171). Bern: Huber.
- Geist, C., Harder, U., & Stiefel, A. (2007). *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. Stuttgart: Hippokrates.
- Geller, P.A., Psaros, C., & Kornfield, L. S. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? Review article. *Arch Womens Ment Health*, 13, 111-124.
- Goerke, K., & Junginger, C. (2010). *Pflege konkret. Gynäkologie, Geburtshilfe*. München: Urban & Fischer.
- Hemcke, C. (2010). *Väter und Trauer nach Fehl- und Totgeburt. Entwicklung eines Leitfadens zum Umgang mit den Vätern mittels einer Online-Umfrage*. Inaugural-Dissertation, Dortmund.
- Künzi, K., & Detzel, P. (2007). *Innovation in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kraus, G. & Westermann, R. (2001). *Projektmanagement mit System, Organisation, Methoden, Steuerung* (3. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Lothrop, H. (2010). *Gute Hoffnung - jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern*. München: Kösel.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse* (8. Aufl.). Weinheim: Bertelsmann.
- McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege. Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen*. Bern: Huber.
- Moulder, C. (2001). *Miscarriage. Women's experiences and needs*. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Nijs, M. (1999). Begleitung von trauernden Familien als Aufgabe für das geburtshilfliche Team und andere professionelle Helfende. In M. Nijs (Hrsg.), *Trauern hat seine Zeit: Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kinde* ( S. 146-157). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Odent, M. (2006). *Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen*. München: C.H. Beck.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Huber.

- Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH, Kompetenzprofil  
Diplomierte Hebamme BSc, Berufsdefinition der Hebamme.* (2007).  
Retrieved June 22, 2011, from  
[https://studium.wgs.bfh.ch/gesundheit/home/heb/Dokumente/Austrittsprofil\\_Berufskonf\\_HEB\\_2007\\_web.pdf](https://studium.wgs.bfh.ch/gesundheit/home/heb/Dokumente/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web.pdf)
- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists [RCOG]. (2006). *The management of early pregnancy loss. Green-top Guideline No. 25.* Retrieved October 22, 2010, from: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-copr/uploaded/files/GT25ManagementofEarlyPregnancyLoss2006.pdf>
- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists [RCOG]. (2008). *Early miscarriage: Information for you.* Retrieved May 28, 2011, from:  
[http://www.rcog.org.uk/files/rcog-copr/uploaded-files/PIEarlyMiscarriage2008.pdf](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-copr/uploaded/files/PIEarlyMiscarriage2008.pdf)
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS – Bezugsrahmen. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 105-124). Bern: Huber.
- Schweizerischer Hebammenverband [SHV]. (2010). *Diagnose Related Groups DRG. Positionspapier des Schweizerischen Hebammenverbandes.* Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Schweizerischer Hebammenverband [SHV]. (2010). *Medienmitteilung: Internationaler Tag der Hebamme.* Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Stanton, M. W. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. *Research in action*, 14, 1-12.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung : Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung.* Weinheim: Juventa Verlag.
- Stratton, K., & Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 5-11.
- Thorstensen, K. A. (2000). Midwifery management of first trimester bleeding and early pregnancy loss. *Journal of Midwifery & Women's health*, 45(6), 481-497.
- Warland, J. (2000). *The Midwife and the Bereaved Family.* Sydney: Ausmed Publications.
- Wong, M., Crawford, J.K., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.

## 9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Gewünschte Themen für eine Fortbildung zu Frühabort.....35

**Es konnten keine Einträge für ein Abbildungsverzeichnis gefunden werden.**

## 10 TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Einteilung der Aborte (Beckermann & Perl, 2004).....7

Tab. 2: Übersicht der verwendeten Literatur.....18

Tab. 3: Faktoren, die zu einer negativ erlebten Betreuung führen können.....21

Tab. 4: Förderliche Faktoren in der Betreuung von Frauen mit Frühaborten.....22

Tab. 5: Übersicht der Hauptkategorien und Kategorien.....30

Tab. 6: Gewünschtes Informationsmaterial der Befragten.....35

Tab. 7: Gewünschte Veränderung in der Betreuung.....36

Tab. 8: Vergleich der Evidenzen mit der aktuellen Betreuungssituation und  
der daraus resultierende Veränderungsbedarf.....38

Tab. 9: Massnahmenkatalog.....51

Tab. 10: Zeitplan der Projektdurchführung.....58

## 11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft d. Wissenschaftlichen Med. Fachgesellschaften
DRG	Diagnose Related Groups
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
FAQ	Frequently asked questions
FpK	Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod
IVF	In-Vitro-Fertilisation
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SSW	Schwangerschaftswoche

WHO World Health Organization

## 12 GLOSSAR

<b>Begriff</b>	<b>Synonym, Erklärung</b>
Abort	Fehlgeburt
Abortmaterial	Restgewebe in der Gebärmutter des Embryos und der Plazenta
Abortus completus	Kompletter Abort
Abortus immines	Drohender Abort
Abortus incipiens	In Gang befindlicher, unaufhaltsamer Abort
Abortus incompletus	Inkompletter Abort
Anamnese	Erhebung der medizinischen Vorgeschichte einer Person
Assessment	Erfassung von psychologischen Merkmalen, Begutachtung
Ätiologie	Ursache einer Krankheit
Ausstossung	Frühzeitige Geburt des Embryo oder Feten
Bezugspflege	Pflege durch dieselben Pflegefachpersonen, in verschiedenen Diensten
Curettage	Ausschabung der Gebärmutter
Curette	Medizinisches Instrument, Löffel
Embryo	Ungeborenes Kind in den ersten acht Schwangerschaftswochen
Endokrinologie; endokrin	Lehre der Hormone
Empathie	Reaktionen auf die Gefühle von anderen Menschen
Empowerment; empowern	Befähigen, Ermutigen
Evidenz; evidenzbasiert	Massnahmen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist
Federmappe	Klinikinterne Mappe mit Informationsmaterial für betroffene Frauen
Fetus	Ungeborenes Kind ab der neunten Schwangerschaftswoche bis zur Geburt
Fertilität	Fruchtbarkeit

Frucht	Leibesfrucht / Embryo / Fetus
Frühabort	Frühe Fehlgeburt < 12.SSW
Gestation	Schwangerschaft
Habituellder Abort	Wiederholt auftretender Abort
Hägarstiften	Metallstifte zur Dehnung des Muttermundes
Histologie; histologisch	Lehre von den Geweben des Körpers
Homöostase	Selbstregulation
Immunologie, immunologisch	Lehre der körperlichen Abwehrreaktionen
Implementierung	Einführung von aktuellen Forschungsergebnissen in die Praxis
Interruptio	Schwangerschaftsabbruch
Intrauterin	In der Gebärmutter
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankten
IVF; In-vitro-Fertilisation	Befruchtung im Reagenzglas
Kognition, kognitiv	Informationsverarbeitung vom Menschen
Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997)	Gefühl der Lebensorientierung, abhängig von persönlichen Einstellungen und Erfahrungen, geprägt von äusseren Einflüssen
Kontinuum (Antonovsky, 1997)	Fließender Übergang
Kontraktionen	Wehen
Konzeption	Empfängnis, Befruchtung
Missed abortion	verhaltender Abort, nicht ausgestossener Abort
Morbidität	Krankheitszahl
Neonatal	Neugeborenenperiode, Zeit nach der Geburt
Outcome	Ergebnis aus einer medizinischen Behandlung
Pathogenese	Krankheitsentstehung
Pathophysiologie	Funktionsweise krankhafter Veränderungen
Physiologie	Lehre der normalen Vorgängen im Körper
Perinatal	Vor, während und nach der Geburt
Plazenta	Mutterkuchen
Postoperativ	Nach der Operation
Posttraumatische Belastungsstörung	Langzeitfolgen eines Traumas
Pränatalstation	Klinikabteilung für Frauen in der Schwangerschaft

Privacy (Odent, 2006)	Privatsphäre, nicht beobachtet werden, sich nicht beobachtet fühlen
Prostaglandine	Gruppe von Gewebshormonen; Medikament
Protrahiert	Verzögert
Psychosomatik; Psychosomatisch	Psychiatrisch-Internistische Lehre von den Beziehungen zwischen Leib und Seele
Randomisierung, randomisiert	Zufällige Zuordnung von Versuchspersonen zu einer Gruppe
Reproduktionsmedizin	Künstliche Befruchtung
Santésuisse	Gesamtschweizerisch agierender Verband der Krankenversicherer
Salutogenese (Antonovsky, 1997)	Gesundheitsentwicklung
Soziodemographisch	Bevölkerungsmerkmale wie Geschlecht, Alter usw.
Spätabort	Späte Fehlgeburt >12.SSW
Stakeholder	Interessenten und Betroffene
Trimenon	Einteilung der Schwangerschaft drei Drittel
Totgeburt	Geburt eines Feten ohne Lebenszeichen und einem Gewicht von 500g
Uterus	Gebärmutter
Vaginale Einstellung	Vaginale Untersuchung
Vitalzeichen	Atmung, Blutdruck, Puls, Temperatur, Bewusstsein
Vulnerabel	Verletzlich
Wochenbett	Abteilung in der Klinik für Mütter nach der Geburt, Zeitraum nach der Geburt
Zervix	Muttermund
Zervixkanal	Öffnung des Muttermundes, Kanal zur Gebärmutter
Zyklus	Synonym: Menstruationszyklus Beginn mit dem ersten Tag der Periodenblutung Dauer +/- 28 Tage

## 13 ANHANG

### 13.1 Arbeitsinstrument zur Implementierung

#### Empfohlener Inhalt einer Informationsmappe für Frauen mit Frühabort

Das vorliegende Arbeitsinstrument wurde anhand Empfehlungen aktueller Literatur und der aktuellen Praxissituation entwickelt. Es soll eine Erleichterung für die Umsetzung der Informationsmappe darstellen.

---

Beschreibung von möglichen Ursachen (inkl. Mangel an Präventivmassnahmen)  
(Beutel, 2002; Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd; Wong et al., 2003)

---

Beschreibung der Pathogenese/Krankheitslehre (Stratton & Lloyd, 2008)

---

Aufklärung über körperliche Symptomatik, wie Schmerzen und vaginale Blutungen  
(Geller et al., 2010)

---

Aufklärung über physische Reaktionen, wie individuelle Reaktionen und Bewältigung, Normalität von Trauergefühlen (Geller et al., 2010)

---

Informationen zum Umgang mit der Frucht/dem Embryo während und nach der Ausstossung (Beutel, 2002; Geller et al., 2010)

---

Information über Unverschulden der Frau an Abort  
(Beutel, 2002; Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008)

---

Trauerprozess, inklusive den möglichen Unterschieden zwischen Frau und Mann  
(Geller et al., 2010; Stratton & Lloyd, 2008)

---

FAQ-Blatt (vgl. *Early miscarriage: information for you* ; RCOG, 2008)

---

Informationen für den Partner (Beutel, 2002; Hemcke, 2010)

---

Informationen zur Nachbetreuung (Stratton & Lloyd, 2008),  
inklusive Hebammenliste von auf Trauerarbeit spezialisierten Hebammen

---

Informationen über Zyklus, Fertilität und Sexualität

- Zeitpunkt der nächsten Menstruation (Geller et al., 2010)
  - Fruchtbarkeit (Geller et al., 2010)
  - Zeitpunkt der nächst möglichen Konzeption (Warland, 2000)
  - Sexualität (Hemcke, 2010)
-

---

Informationen zu Folgeschwangerschaften (Beutel, 2002; Geller et al., 2010)

---

Adressen von Fachstellen (Stratton & Lloyd, 2008)

---

Adressen von Selbsthilfegruppen (Stratton & Lloyd, 2008)

---

Adressen von Sozialdienst (Stratton & Lloyd, 2008)

---

Adressen der Seelsorge (Stratton & Lloyd, 2008)

---

Erinnerungsgeschenk, in Form einer Karte, einem Gedicht oder eines Gegenstandes,  
das die Bedeutung von Frühabort widerspiegelt (Stratton & Lloyd, 2008)

---