

Wenn ein Kind kommt

Schätzungsweise jede dritte Schwangerschaft endet in den ersten drei Monaten.

Wie kommt es, dass eine Fehlgeburt als Fehler der Natur interpretiert wird, der korrigiert werden muss? [Franziska Maurer](#) zeigt auf, welche Auswirkungen solche Haltungen haben und wie Hebammen Beistand leisten können.

– und wieder geht

Frauen werden nie, einmal oder mehrmals in ihrem Leben schwanger. Fehlgeburt ist eine mögliche Form der weiblichen Fruchtbarkeit. Es kommt zum Absterben des Embryos, zu Anpassungsreaktionen im Körper der Schwangeren und zu einer Geburt. Das Wort „Fehlgeburt“ deutet auf das Fehlen des lebenden Kindes hin. Die Fehlgeburt ordnet sich ein zwischen Menstruation und Geburt und folgt den körperlogischen Gesetzmäßigkeiten von Monatszyklus, Schwangerschaft und Geburt. Die meisten Fehlgeburtsgeschehen verlaufen spontan und ohne Komplikationen, wenn genügend Zeit eingeräumt wird.

Wie kommt es, dass ein Geschehen, das täglich unzählige Frauen auf der ganzen Welt selber regeln, ausgerechnet in Breitengraden mit der bestmöglichen medizinischen Versorgung – im Falle von seltenen Komplikationen – als grundsätzlich behandlungsbedürftig eingestuft wird?

Kommen und gehen

Bei der Geburt eines Mädchens sind bereits alle Eizellen, die im Laufe seines Lebens Monat für Monat heranreifen werden, in den Ovarien enthalten. Während rund 30 Jahren besteht für die meisten Frauen jeden Monat die Möglichkeit, schwanger zu werden. Eine Eizelle reift heran, die Gebärmutter Schleimhaut baut sich auf, alles richtet sich auf eine beginnende Schwangerschaft aus. Kommt es nicht zur Verschmelzung zweier Keimzellen, resorbiert sich die Eizelle, die Hormonlage ändert sich und leitet die Abbruchblutung ein. Der Frauenkörper organisiert sich zyklisch und lässt sich nicht beeindrucken, wenn das Vorbereitete in den allermeisten Zyklen nicht „genutzt“ wird. Kommt es zur Befruchtung, beginnt die Entwicklung des kindlichen Organismus, und die Frau passt sich auf allen Ebenen dem Schwangersein an.

Die ersten drei Monate sind eine Phase der äußerst sensiblen Vorgänge von Einnistung, Organbildung und Zusammenspiel von mütterlichem und kindlichem Organismus. Ist eine Weiterentwicklung nicht möglich, stirbt der Embryo. Die schwangerschaftserhaltende Wirkung des Progesterons sinkt, es kommt wie bei der Menstruation zur Schleimhautablösung und zu einer Blutung (Maurer 2017). Damit ist noch nichts gesagt zu den Empfindungen der Frau, die am Anfang ihres

Mutterwerdens eine Fehlgeburt erlebt. Diese Betrachtungsweise hilft, eine Fehlgeburt einzuordnen als eine mögliche Variation von Fruchtbarkeit und Mutterschaft – ein Ereignis, das in vielen Frauenbiografien vorkommt.

Was geschieht?

Nach Absterben des Embryos erfordert die Adaptation bis zum Beginn der Blutung in der Regel mindestens ca. 2 Wochen (Thorstensen 2000). In dieser Zeit kann die Schwangere Ahnungen oder ein „ungutes Gefühl“ haben, oder sie nimmt einen Rückgang der Schwangerschaftszeichen wahr. Vielleicht ist das Einsetzen der Blutung ihre erste Wahrnehmung, und sie wird davon überrascht. Im körpereigenen Rhythmus dauert es einige Tage bis mehrere Wochen, bis die Fehlgeburt in Gang und zum Abschluss kommt. Die Zeitspanne, die dem Ablauf der Fehlgeburt eingeräumt wird, ist zentral: in **28 - 94%** der untersuchten Fälle kam es zu einem spontanen Verlauf und Abschluss der Fehlgeburt ohne Interventionen und ohne Komplikationen (Ankum 2010). Bei abwartendem Verhalten zwischen zwei bis sechs Wochen stieg die Zahl der spontanen Verläufe deutlich (Butler 2005).

Infektion und Blutung

Der abgestorbene Embryo ist kein Infektionsherd, er ist nicht gefährlich. Bei Fehlgeburt im ersten Trimenon kommt es äußerst selten zu einer Infektion (Nanda 2012).

Aufmerksamkeit bei der Fehlgeburt im ersten Trimenon erfordert die Blutung. Die Fehlgeburtblutung ist – wie die Menstruation – eine Abbruchblutung. Es blutet so lange, bis der Embryo und die gesamte Dezidua geboren sind. Die Stärke der Blutung ist sehr individuell und hat in der Regel ein für die Frau verträgliches Maß, da sich das Blutvolumen bereits in der Frühschwangerschaft aufbaut. Das Symptom Blutung allein ist kein Grund zum Intervenieren. Erst der Zusammenhang mit mindestens zwei weiteren klinischen Kriterien führt zu einer differenzierten Einschätzung, worauf bei Bedarf gezielt notwendige Handlungen eingeleitet werden. Die Vitalzeichen, der Allgemeinzustand der Frau sowie Quantität und Qualität der Blutung ergeben ein differenziertes Bild. Handlungsleitend ist immer die Einschätzung, ob die Frau akut gefährdet ist (Maurer 2017). Lebensbe-

drohliche Blutungen sind bei spontanem Verlauf sehr selten (Nanda 2012).

Neue und alte Wege

Der spontane Verlauf einer Fehlgeburt hat sich vermutlich kaum verändert, jedoch die Deutungen des Geschehens und die Vorstellungen, wie damit umzugehen ist.

Die Häufigkeit lässt darauf schließen, dass es sich bei Fehlgeburten im ersten Trimenon um einen natürlichen Vorgang handelt. Sie haben lange Zeit im Verborgenen stattgefunden, meist ohne Eingriffe und Kontrollen. Es war ein Geschehen, das die Frau, evtl. unter Beistand und Sachkenntnis anderer Frauen oder Hebammen, allein zu Ende brachte. Frauen waren „guter Hoffnung“, in „anderen Umständen“. Sie wussten um die Ungewissheit und die eigenen Gesetzmäßigkeiten von Leben und Tod. „Es ist abgegangen, ist halt nichts geworden“ war eine gängige Bezeichnung für das Geschehen.

In der klassischen Geburtshilfe war „nil nocere“ handlungsweisend. Darin ist eine gewisse Zurückhaltung und Sorgfalt erkennbar, gut abzuwägen, was hilft und was allenfalls mehr schaden als nützen könnte. Im Zuge von Risikodenken, Kontrolle und Optimierung von Schwangerschaft und Geburt ist diese Zurückhaltung aktivem, vorgeifendem Intervenieren gewichen.

Der Einzug der Sonografie in die Geburtshilfe in den 1970er Jahren spielt dabei eine zentrale Rolle. Das „Durchleuchten des Verborgenen“ führte zur kompletten Veränderung von Wahrnehmung, Einschätzung und Handeln. Aus guter Hoffnung wurde ein kalkulierter Ablauf. Heute gelten sonografische Diagnostik, medikamentöse Beschleunigung oder vorzeitige Beendigung der Fehlgeburt durch Curettage als notwendige Eingriffe.

Nach sonografischer Todesfeststellung des Embryos leitet die Diagnose „missed abortion“, resp. „Verhaltene Fehlgeburt“ das weitere medizinische Vorgehen. Diese Begriffe implizieren, dass etwas nicht rechtzeitig geschieht. Ausgehend von den physiologischen Gegebenheiten kann jedoch von verhaltener Fehlgeburt erst gesprochen werden, wenn es innerhalb von 4-8 Wochen (zwei Menstruationszyklen) nicht spontan zur Geburt des toten Embryos kommt (Ankum 2010; Butler 2005).

Verschärfung der Krise

Das vorzeitige Wissen löst einen Handlungsdrang bei allen Beteiligten aus und verführt zu fragmentierter „Problemlösung“. Die Gesamtsituation gerät aus dem Blick. Die Körperwirklichkeit wird ignoriert, die Selbstregulation ausgeschaltet und Langzeit-Auswirkungen von Interventionen kaum berücksichtigt. Allein das Angebot einer Intervention verändert die Bewältigungsstrategien der Betroffenen. Es lenkt von den eigenen Kräften und Möglichkeiten ab, schwächt und macht abhängig.

Der Tod des Embryos führt zu einem Bruch im Kontinuum von Schwangergehen und Mutterwerden. Die Frau ist mehr oder weniger stark überwältigt und schockiert. Insbesondere wenn sie unvorbereitet mit der Todesnachricht konfrontiert wird, kann sie vorübergehend überfordert sein und verzweifelt Wege suchen, dem Schlimmen möglichst rasch zu entkommen. In diesem Zustand stimmt sie jedem Angebot von Beschleunigung zu, ohne die Auswirkungen für ihr weiteres Leben zu kennen.

Der Drang, der Enge und der Überforderung entkommen zu wollen, ist Teil der Notreaktionen des autonomen Nervensystems in bedrohlichen Situationen. Jede Form von äußerer Beschleunigung oder Verunsicherung verstärken diese Notreaktionen. So kann beschleunigendes Handeln von Fachpersonen zu einer Verschärfung der akuten Krise führen. Erfährt die Frau hingegen einen sicherheitsspendenden, vertrauensvollen Beistand in der akuten Not, kann sie sich langsam beruhigen und wieder ganz zu sich zu kommen, um nach einem gangbaren Weg statt einem „Ausweg“ zu suchen. Innehalten und sich für die bevorstehende Herausforderung vorbereiten sind Teile des selbstwirksamen Bewältigens (Porges 2010, Rotschild 2002).

In den aktuellen Empfehlungen zur intrapartalen Betreuung weist die WHO auf die Auswirkungen von Beschleunigung und Regulierung der physiologischen Prozesse hin: „Diese zunehmende Medikalisation des Geburtsvorgangs untergräbt tendenziell die eigenen Fähigkeiten der Frau zu gebären und wirkt sich negativ auf ihre Entbindungserfahrung aus.“ (WHO 2018).

Die Schwangerschaft bereitet die Frau auf ihr Muttersein vor. Als Mutter wird sie ein Höchstmaß an Selbstwirksamkeit, Flexi-



bilität und Vertrauen brauchen, dass sie selbst „Unmögliches“ aus eigenen Kräften und mit hilfreichem Beistand bewältigen kann. Die erfahrene Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt an Stelle einer raschen „externen Lösung“ hat deshalb eine weitreichende Bedeutung.

Hebammenarbeit bei Fehlgeburt

Die gesellschaftspolitischen Ausgangslagen zur Ausübung der Hebammenarbeit unterliegen großen nationalen Unterschieden. In Deutschland ist gesetzlich vorgesehen, dass Hebammen Frauen bei Fehlgeburt begleiten und dafür von den Kassen bezahlt werden, was im Hebammenhilfvertrag geregelt ist (GKV 2020). Auch in der Schweiz ist die Betreuung bei Fehlgeburt Teil der Hebammenkompetenzen. Die Leistungsbezahlung ist jedoch unklar geregelt, Fehlgeburt im ersten Trimenon gilt als Krankheitsgeschehen und nicht als Mutterschaftsereignis (KVG 2020).

In Österreich herrschen kontroverse Vorschriften. Frauen haben eine Beizie-

hungspflicht einer Hebamme zur Geburt (§ 3(1) Hebammengesetz). Unter § 2(1) ist der Tätigkeitsbereich der Hebammen geregelt: „Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.“ Fehlgeburt wird nicht explizit ein- oder ausgeschlossen, sie wird lediglich unter Grenzen der eigenverantwortlichen Ausübung des Hebammenberufes unter §4(9) – kommentarlos – aufgeführt. Die Leistungen von außerklinisch tätigen Hebammen rund um eine Fehlgeburt werden von den Kassen nicht vergütet. Dies lässt Schwangeren keine echte Wahl der Gesundheitsversorgung und bringt Hebammen ins Dilemma von Betreuungspflichten ohne klaren Auftrag und ohne geregelte Bezahlung.

Das aktuelle Interesse an Fachwissen und Fortbildung zum Geschehen Fehlgeburt in Österreich ist groß. Pflegende in Kliniken sind in Not. Sie und auch Hebammen innerhalb und außerhalb der Kliniken



betreuen Frauen rund um die medikamentösen Beschleunigungen oder operativen Eingriffe oder kümmern sich um Schwangere, die eine Alternative zu diesem Vorgehen suchen.

Sie sind Ausführerinnen in einem kalkulierten Ablauf, haben zu wenig Zeit für Beziehungsgestaltung und erkennen die Unzulänglichkeit der Betreuung, die sich auf medizinische Überwachung reduziert. Sie versuchen mit großem persönlichem Engagement „die kalte Medizin zu wärmen“, wie es die Historikerin Prof. Barbara Duden anlässlich eines Fachvortrags pränant auf den Punkt brachte (Duden 2019).

Sachkundig beistehen

Begleiten bei Fehlgeburt heißt originäre Hebammenarbeit leisten. Zum Ersten ist das die fundierte Einschätzung der aktuellen Situation mit Beurteilung und Prognostik und gekonnt zuwartendem Nichteingreifen. Das heißt, genau zu beobachten, wie die Frau zurechtkommt mit der Herausforderung und wie es ihrem Körper gelingt, sich an die veränderten

Umstände zu adaptieren. Wachsam zu sein für Aufmerksamkeits- oder Alarmzeichen und gleichzeitig die Adaptationsvorgänge nicht zu stören.

Als zweites gilt es, Beistand durch die Enge zu leisten, also der Frau ermutigend beizustehen, wo sie selber noch nicht erkennt, wie sie das Ganze bewältigen kann. Originäre Geburtshilfe ist bestärkende Beziehungsarbeit. Der Mediziner Prof. Giovanni Maio nennt diese Arbeit Beziehungsmedizin (Maio 2020). Es ist ein motivations- und integritätsstiftendes Wirken mit dem Ziel, Menschen wieder zu ihren eigenen Kräften zu führen und sie darin zu bestärken, ihr Leben selber meistern zu können. Durch das vorwiegend intervenierende Vorgehen in den letzten 60 bis 70 Jahren fehlt heute vielen Frauen und vielen geburtshilflich Tätigen das Wissen über den natürlichen Ablauf einer Fehlgeburt. Entsprechend wichtig sind Erfahrungen von Frauen und Hebammen im physiologischen Verlauf einer Fehlgeburt. Das systematische Sammeln von Erfahrungsberichten und die gemeinsame Reflexion aktueller Begleitsituationen könnten dazu beitragen, altes und neues Wissen breiter abzustützen und weiterzugeben (siehe „Hinweis“). So könnte es gelingen, dass Frauen und Hebammen sich wieder zutrauen, was in ihren eigenen Zuständigkeiten und Kräften liegt.

Quellen

- Anjum, WM (2010). Management of pregnancy loss. In: Farquharson G, Stephenson MD (Hrsg.). Early Pregnancy, 53-58. Cambridge: University Press.
- Butler, C, Kelsberg, G, Leilani, A (2005). How long is expectant management safe in first-trimester miscarriage? The Journal of Family Practice. 54(10):889-890
- Duden, Barbara (2019). Vortrag an Fachtagung Perinataler Kindstod am 31.10.2019 in Brugg/Schweiz.
- GKV, Hebammenhilfvertrags Deutschland: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammenhilfvertrags/hebammenhilfvertrags.jsp Zugriff: 10.10.2020
- Österr. Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG) <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804> Zugriff: 18.10.2020
- KVG, Krankenversicherungsgesetz Schweiz; <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html#a13> Zugriff: 25.10.2020
- Maio, Giovanni (2015). Für eine Medizin der Zuwendung. Fachbuchjournal Medizin, Gesundheit, Psychologie 4/2015, 22-28.

- Maurer, Franziska (2017). Fehlgeburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln. Hannover: Elvin Staude Verlag.
- Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Pelligia A, Nanda G (2012). Expectant care versus surgical treatment für miscarriage. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3: CD003518
- Porges, Stephen W. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation & ihre Entstehung. Paderborn: Junfermann.
- Rotschild, Babette (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- Thorstensen, KA. (2000). Midwifery management of first trimester bleeding and early pregnancy loss. Journal of Midwifery & Women's Health. 45(6):481-497.
- World Health Organization (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Franziska Maurer, Hebamme MSc



arbeitet mit Schwerpunkt Krisenbegleitung und Fachpersonen-Coaching in eigener Praxis in Bern/Schweiz. Seit vielen Jahren widmet sie sich dem Thema Kindstod in der Perinatalzeit. In Seminaren und Lehrgängen bietet sie Fachleuten Zugang zu Fachwissen, Reflexion und Vorbereitung, damit sie Familien in Krisen beistehen und Geburtshilfe praktizieren können.

Der Lehrgang „In Krisen beistehen & Geburtshilfe praktizieren“ startet am 26.01.2021 in Berlin (oder online!).

Kontakt & Info: www.franziskamaurer.ch



Ihr Buch „Fehlgeburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln“ ist 2017 im Staude Verlag erschienen.

HINWEIS

Elisabeth Candussi, freiberuflich tätige Hebamme und Mitglied des Redaktionsteams der Österreichischen Hebammenzeitung, organisiert eine Arbeitsgruppe für ein gezieltes Engagement zur Verbesserung der Rahmenbedingungen und zur Förderung einer gesundheitsorientierten Begleitung bei Fehlgeburt. Kontakt: eli.candussi@gmx.at