



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Trauer der Väter

Erlebnisse, Bedürfnisse und Erwartungen von Vätern, die ihre Kinder kurz vor, während oder kurz nach der Geburt verloren haben (Totgeburt oder Säuglingssterben).

Verfasserin

Claudia Jäger, 8700776

angestrebter akademischer Grad

Magistra

Wien, Mai 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

*Meine Trauer zittert in den Ästen der Bäume,
sie hängt still an den Fingern des Winters,
wie ein gefrorener Blitz
mit schwarzer Kreide auf die Leinwand
der Abenddämmerung gezeichnet,
kämpft sie in der Luft, die nicht mehr rein ist.
Jeden Abend gehe ich mit ihr spazieren,
verstrickt mit jedem nebeligen Atemzug,
ein immer fester werdender Knoten*

Louis Allen-Cerulli

(aus: Elisabeth Levang (1998) Männer trauern anders. S. 21)

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den fünf Vätern bedanken, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben, mit mir über dieses emotionale Thema zu sprechen. Die Gespräche mit Ihnen waren für mich eine unglaublich große Bereicherung und es ist mir eine wirkliche Ehre, dass sie mir Einblick in Ihre Trauer gewährt haben und mir so große Offenheit entgegen gebracht haben.

Weiters gilt mein Dank Frau Professor Elisabeth Seidl, die mich vor vier Jahren in diesem Studium herzlich willkommen geheißen hat und mich auch am Ende bei dieser Diplomarbeit geduldig und mit großer Erfahrung betreut hat.

Ich danke ihr für das Vertrauen in mich und die sichere Hand, die mich im Laufe des letzten Jahres durch diese herausfordernde Arbeit leitete, besonders in den letzten Wochen.

Claudia Jäger

Zusammenfassung

Optimale Vorsorge während der Schwangerschaft und modernste Unterstützung bei der Geburt können leider nicht alle perinatalen Todesfälle verhindern. Dieses Ereignis stürzt die Eltern in eine tiefe Krise. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Vätern totgeborener Kinder. Im Rahmen der Literaturrecherche wurden Studien, die sich mit Vätertrauer auseinandersetzten dargestellt und spezifischen Themen wie das unterschiedliche Trauerverhalten von Frauen und Männern, die Trauer - Eigenschaften und Bewältigungsstrategien von Vätern, sowie die Empfehlungen der Literatur an Pflegepersonen zusammengefasst.

Methodisch wurde in der Empirie der qualitative Ansatz gewählt. Es wurden fünf narrative Interviews geführt, die den Fragen nach dem Erleben, den Einflüssen und den Bewältigungsstrategien von Vätern, deren Kinder tot geboren wurden, nachgehen. Weiters wurde nach ihren Erlebnissen im Krankenhaus gefragt und welche Unterstützung Pflegepersonen leisten konnten.

Die Interviewdaten wurden in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet, wobei der Schritt des selektiven Kodierens nicht umgesetzt wurde.

Die Ergebnisse stellen das Erleben der Trauer, angefangen vom Schock und der totalen Verzweiflung, die beim Feststellen des Todes den Vater erfassen, den Schmerz der als offene Wunde beschrieben wird, bis zur Trauer, die in Wellen oder auch als konstant erlebt wird, dar. Weiters werden die Faktoren, die im und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf die Trauer wirken, beschrieben. Als wichtige Strategien zur Bewältigung werden die direkte Begegnung mit dem toten Kind und die Kommunikation mit anderen identifiziert. Der letzte Teil richtet sich direkt an Pflegepersonen und Menschen, die trauernde Väter begleiten und unterstützen wollen.

Summary

Best precautions during pregnancy and modern support during birth cannot prevent all perinatal death. The death of their child takes parents into a deep crisis. This study deals with fathers of stillborn children. Studies, which deal with the fathers' grief and with specific topics, such as the different grieving of men and women, the different coping strategies of fathers' and the recommendations for professionals are summarized.

A qualitative approach was chosen for the empirical study. Five narrative interviews asked fathers' of stillborn children about their personal experiences, influences and coping strategies. Especially experiences in hospitals and support by professionals were investigated.

Interviews were analysed according to Grounded Theory, without the step of selective coding.

Results describe the experience of grief, starting with shock and total despair, which encompasses the father by realizing his child's death, described as "the open wound". Later grief is experienced constant or cyclic. The factors influencing grief after hospital release are described. Important coping strategies like direct physical contact with the dead child and communication with others are identified.

The last part gives advice to professionals and others, who support and accompany grieving fathers.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
1.1	Warum dieses Thema?	8
1.2	Zielsetzung und Forschungsfragen	9
1.3	Gang der Arbeit	9
2	Theoretischer Teil	11
2.1	Methodik der Literaturanalyse	11
2.2	Trauer	15
2.2.1	Trauerphasen:	15
2.2.2	Trauer als Prozess:	17
2.2.3	Trauer bei Kindesverlust	18
2.3	Vätertrauer in der Literatur	19
2.3.1	Geschlechtsspezifisches Trauverhalten	20
2.3.2	Beginn der Vaterrolle	21
2.3.3	Emotionen der Vätertrauer	24
2.3.4	Die versteckte Vätertrauer sichtbar machen	26
2.4	Empfehlungen für die Praxis	29
2.4.1	Trauernde Väter im Krankenhaus	29
2.4.2	Unterstützung durch Pflegepersonen	31
2.4.3	Exkurs „Theory of Caring“	33
3	Methode und methodisches Vorgehen	36
3.1	Qualitatives Forschungsdesign	36
3.2	Narrative Interviews	37
3.2.1	Kriterien für das narrative Interview	37
3.2.2	Eingangsstimulus	38
3.2.3	Ablauf des narrativen Interviews	38
3.3	Grounded Theory	39
3.3.1	Offenes Kodieren	40
3.3.2	Axiales Kodieren	41
3.3.3	Selektives Kodieren	41
3.4	Stichprobe	41
3.4.1	Feldzugang	42
3.4.2	Beschreibung des Samples	42

3.5	Datenerhebung	43
3.6	Datenanalyse	44
3.6.1	Offenes Kodieren	44
3.6.2	Axiales Kodieren	45
4	Ergebnisse	51
4.1	Erleben der Trauer	51
4.1.1	Schock erleben	51
4.1.2	Totale Verzweiflung	51
4.1.3	Schlimmster Tag	52
4.1.4	Trauer als offene Wunde erleben	52
4.1.5	Trauer in Wellen erleben	53
4.1.6	Trauer als konstant erleben	53
4.2	Was beeinflusst die Trauer der Väter?	54
4.2.1	Sich im Krankenhaus als Vater angenommen fühlen	54
4.2.2	Erfahren der Todesnachricht	55
4.2.3	Erwarten der Totgeburt	55
4.2.4	Kaiserschnitt - in die Entscheidungen eingebunden sein	56
4.2.5	Betreuung und Ruhe	57
4.2.6	Ruhe wird nicht gewährt	59
4.2.7	Betreuung nach dem Klinikaufenthalt	60
4.2.8	Gemeinsam die Last tragen	60
4.2.9	Das Gemeinsame in der Familie	62
4.2.10	Das Gemeinsame mit den Freunden	64
4.2.11	Das berufliche Umfeld	65
4.3	Strategien zur Bewältigung der Trauer	65
4.3.1	Begegnung mit dem toten Kind	65
4.3.2	Verarbeiten der Trauer	68
4.3.3	Bewältigung durch Kommunikation	71
4.4	Konsequenzen:	74
4.4.1	Angst um die Folgeschwangerschaft	74
4.4.2	Neuanfang erleben	75
4.5	Zusammenfassung:	76
5	Diskussion	77
5.1	Bezug zur Literatur	77

5.2	Implikationen für die Praxis	78
5.3	Persönliches Resümee	81
6	Literaturverzeichnis	83
	Anhang I: Informationsbrief für Interviewpartner	87
	Anhang II: Einverständniserklärung	89
	Anhang III: Lebenslauf	90
	Anhang IV: Eidesstattliche Erklärung	93

1 Einleitung

1.1 Warum dieses Thema?

Das Überleben von sehr früh geborenen Kindern mit weniger als 500 Gramm Gewicht und die Fortschritte der medizinischen Versorgung schwangerer Frauen verhindern leider nicht alle Todesfälle kurz vor, während oder nach der Geburt. In absoluten Zahlen ausgedrückt betrug in Österreich 2008 die perinatale¹ Sterblichkeit 416 (Statistik Austria abgefragt am 29.05.2009). Daher werden immer wieder Eltern mit dem Schicksal konfrontiert, kurz vor, während oder kurz nach der Geburt, ihr Kind zu verlieren.

Dieses dramatische Ereignis stürzt die betroffenen Eltern in eine tiefe Krise. Gerade noch Schulter an Schulter voll der Freude über das bevorstehende „glückliche“ Ereignis ändert sich das ganze Leben mit dem Tod des Kindes.

Leiterinnen von Selbsthilfegruppen für verwaiste Eltern berichteten mir vom Fehlen der „Väter“ in Trauerrunden. Pflegepersonen, die in neonatologischen Stationen beschäftigt sind, bemerkten auch die unterschiedlichen Reaktionen von Vätern und Müttern. Sie selbst sprachen von „anderen Bedürfnissen“ von Männern, denen schwierig zu begegnen sei, weil die Aufmerksamkeit zum Hauptteil auf die Mütter gerichtet ist.

In Österreichs größtem Internetforum für Eltern „www.parents.at“ wurde ein eigenes Unterforum für verwaiste Eltern eingerichtet. Dort tauschen sich seit fast 11 Jahren Eltern über den Verlust ihrer Kinder aus, besprechen Gefühle und Erwartungen und berichten aus ihrem Leben.

Selten schreibt ein Vater über seine Erfahrungen. Die wenigen, die Austausch suchen, um das Erlebte zu bewältigen, geben Zeugnis darüber, wie schwierig es für Männer ist, ihre Trauer auszuleben. Beginnend mit Erlebnissen beim Gynäkologen, der das Paar zum ersten Mal mit dem Tod des Kindes im Mutterleib konfrontiert und den Vater mit den Worten „Sie müssen nun stark sein für Ihre Frau“ verabschiedet; die Familie, die automatisch der Mutter emotionale Zuwendung und dem Vater ein trauriges: „Du musst ihr jetzt beistehen“ entge-

¹ Perinatalperiode: Zeitraum zwischen der 24. Schwangerschaftswoche und 7 Lebenstagen nach der Geburt (Pschyrembel (2004), S. 1393)

gen bringt, berichten sie auch von Gefühlen der Ausgrenzung während der Krankenhausaufenthalte.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zum Verständnis für das Trauerverhalten von Vätern leisten, deren Kind während der perinatalen Phase starb. Mittels pflegewissenschaftlicher Literaturanalyse und der Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden die zentralen Themen der Trauer identifiziert und beschrieben.

Pflegepersonen spielen für Eltern, deren Kind tot zur Welt kommt, eine zentrale Rolle. Sowohl die Literatur, als auch die empirische Studie bezieht sich auf die Pflege und deren Herausforderungen und Aufgaben. Diese Arbeit nimmt dazu ganz konkret Stellung und beschreibt die Herausforderungen an die Profession. Sie fasst im letzten Kapitel die wichtigsten Ergebnisse als Resümee für Pflegepersonen zusammen.

Folgende Forschungsfragen werden in dieser Arbeit behandelt:

- Wie erleben Väter ihre Trauer?
- Was beeinflusst ihre Trauer?
- Wie wird diese Trauer bewältigt?
- Welche Erlebnisse haben Väter verstorbener Kinder im Krankenhaus?
- Welche Unterstützung können Pflegepersonen im Zusammenhang mit Totgeburten leisten?

1.3 Gang der Arbeit

Diese Arbeit teilt sich in drei Teile: einen theoretischen Teil, einen empirischen Teil und einen Diskussionsteil, der spezifische Ergebnisse für die Pflege ableitet und beschreibt.

Im theoretischen Teil werden zentrale Begriffe und Themen mit Hilfe des aktuellen pflegewissenschaftlichen Forschungsstandes bearbeitet. Hierzu wurden einerseits Standardwerke zum Thema Trauer und Umgang mit Totgeburt bearbeitet, andererseits eine Literaturrecherche in pflegewissenschaftlichen

Datenbanken mit den Suchbegriffen: „father“, „parents“, „grief“, „mourning“, „perinatal death“ und „neonatal death“ durchgeführt und ausgewertet. Da die Anzahl der pflegewissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema nicht sehr groß ist, wurde auf weitere Einschränkungen verzichtet. Der theoretische Teil beginnt mit einer allgemeinen Begriffsdefinition der Trauer und geht weiter über Trauerphasen zum Kernthema Trauer bei Kindesverlust.

Vätertrauer wird zuerst geschlechtsspezifisch beleuchtet, um dann auf die gesellschaftliche Vaterrolle überzuleiten. Vor allem der Beginn der „emotionalen Vaterschaft“ und seine Verschiebung durch die moderne bildgebende Untersuchungsmethode Ultraschall werden diskutiert. Auch im sozialen Umfeld der Vaterrolle ist die subjektive Bewertung von positiven und negativen Emotionen zu sehen, die in mehreren Untersuchungen identifiziert wurden.

Ein Kernpunkt ist das Versteckt-Sein dieser Vätertrauer, weil sich sowohl Forschung als auch die Pflegepraxis bisher stark auf die Unterstützung der Mutter fokussiert haben. Die Ursachen dafür, aber auch die Optionen mit einem offeneren Umgang mit der belasteten Person werden durch Studien belegt.

Empfehlungen aus der Literatur an die Profession fokussieren auf den trauernden Vater im Krankenhaus und geben Unterstützungsvorschläge an das Pflegepersonal. Am Ende zeigt ein Exkurs über die Middle Range Theory of Caring einen theoretischen Ansatz für den Umgang mit trauernden Eltern.

Der empirische Teil besteht aus 5 Interviews, die mit Vätern, die eine Totgeburt nach der 25. Schwangerschaftswoche miterlebt haben, geführt wurden. Diese Interviews wurden alle mit der gleichen Eingangsfrage „Erzählen Sie mir bitte die Geschichte Ihrer Trauer“ eröffnet. Die Interviews wurden anschließend sofort transkribiert und danach in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory analysiert. Die Methode selbst wird in einem eigenen Kapitel näher erläutert.

Im letzten Teil der Arbeit - der Diskussion - werden mögliche Anregungen und Implikationen für die Praxis diskutiert und weitere mögliche Forschungsfelder beleuchtet.

2 Theoretischer Teil

2.1 Methodik der Literaturanalyse

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden deutsch- und englischsprachige wissenschaftliche Studien über die Datenbanken PubMed und CINAHL abgefragt.

Die Suchbegriffe um die Ergebnisse einzuschränken lauteten: „father“, „parents“ „grief“, „mourning“, „perinatal death“ und „neonatal death“. Zusätzlich wurden Recherchen in der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien durchgeführt. Die Studien wurden über das Dokumentenliefer-service Subito bestellt, gelesen und zusammengefasst. Besonderes Augenmerk wurde auf die Ergebnisse empirischer Studien gelegt, die sich ganz spezifisch mit der Trauer von Vätern befassen bzw. Väter in ihrem Sample befragten. Betont medizinische oder psychologische Studien wurden ausgeschlossen, einzig die Arbeiten von Anette Kersting, einer deutschen Wissenschaftlerin und Fachärztin für Psychiatrie, wurden aufgenommen, da sie aktuell einige der wenigen deutschsprachigen Arbeiten zu geschlechtsspezifischem Trauerverhalten publiziert und sich darin auf pflegewissenschaftliche Forschung bezieht.

Überblick

Autor/In	Jahr	Titel	Art d. Studie	Stichprobe
Armentrout Debra	2009	Living with Grief Following Removal of Infant Life Support: Parents' Perspectives	Qualitative Studie	15 Eltern – 4 Paare und 7 Mütter
Cacciatore Joanne, De Frain John, Jones Kara, Jones Hawk	2008	Stillbirth and the Couple: A Gender Based Exploration	Qualitative Studie	16 Paare
Kersting Anette	2008	Die Verarbeitung von Trauer nach einer Totgeburt	Literaturarbeit	
Kersting Anette	2007	Geschlechts-spezifische Unterschiede im Trauerverlauf	Literaturarbeit	
Aho Anna Lisa, Tarkka Marja-Terttu	2007	Fathers' Experience of Social Support After the Death of a Child	Qualitative Studie	8 Väter
Schott Judith, Henley Alix	2007	Pregnancy loss and death of a baby: the new Sands Guidelines 2007	Richtlinien	
Aho Anna Lisa; Marja-Terttu, Astedt-Kurki, Paivi, Kaunonen Marja	2006	Fathers' grief after the death of a child	Fragebogen – dann Interviews	8 Väter, die Kinder unter drei Jahren verloren hatten
O'Leary Joann,	2005	Fathers'	Literaturarbeit	10 Väter,

Autor/In	Jahr	Titel	Art d. Studie	Stichprobe
Thorwick Clare		Perspectives During Pregnancy Postperinatal Loss	Qualitative Studie Interviews	die ihre Kinder innerhalb eines Jahres verloren hatten.
Clements Paul T., De Raniere, Joseph, Vigil Gloria J., Benasutti Kathleen	2004	Life after Death: Grief Therapy After the Sudden Traumatic Death of a Family Member	Case Study	
Hutti Marianne	2004	Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss	Literaturarbeit	
McCreight Susan Bernadette	2004	A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective	Qualitative Studie Interviews	14 Männer, 32 Hebammen und Kranken- schwestern
Rowa- Dewar Neneh	2002	Do interventions make a difference to bereaved parents?	Literaturarbeit	
Samuelsson Margaret, Radestand Ingela, Segesten Kerstin	2001	A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth	Phänomenologie	11 Väter

Autor/In	Jahr	Titel	Art d. Studie	Stichprobe
Armstrong Deborah	2001	Exploring Fathers` Experiences of Pregnancy After a Prior Perinatal Loss	Phänomenologie	4 Väter
Kimble David	2001	Neonatal Death: A Descriptive Study of Fathers` Experience	Qualitative Studie - Interviews	8 Väter
Worth Nancy	1997	Becoming the father to a stillborn child	Literaturanalyse & Qualitative Studie – Tiefen-interviews	8 Väter die eine Totgeburt ihres Kindes erlebt haben.
Wallerstedt Cheryl, Higgins Patricia	1996	Facilitating Perinatal Grieving Between the Mother and the Father	Literaturarbeit	
Page-Lieberman Judith, Hughes Cynthia	1990	How Fathers Perceive Perinatal Death	Zusammenfassung der Studie aus 1989	51 Väter
Page-Lieberman Judith, Hughes Cynthia	1989	Fathers experiencing a perinatal loss	Qualitative Studie & Datensammlung durch Grief-experience inventory mit scores	51 Väter – Interviews Author-developed Interview & Grief-experience inventory by Catherine

Autor/In	Jahr	Titel	Art d. Studie	Stichprobe
				sanders, et.al - Auswertung mit Inhalts - analyse
Wilson, Ann L. et al.	1985	Parental Response to Perinatal Death	Quantitative Studie	Fragebögen an 58 verheiratete Paare

Tabelle 1: Übersicht der bearbeiteten Literatur nach Jahreszahlen

2.2 Trauer

Karin Lammer wählt in ihrem Buch „Trauer verstehen“ auf Basis der Trauerdefinition Sigmund Freunds eine vereinfachte Begriffsbestimmung:

Trauer ist die normale Reaktion auf einen bedeutenden Verlust (Lammer (2004), S.9).

Sie sieht den Vorzug dieser Begriffsbestimmung darin, dass Trauer eine positive und sinnvolle Funktion hat, da sie zur Bewältigung von Verlusterfahrungen dient (Ebd. S.9).

Weiters zeigt diese Bestimmung der Trauer, dass Trauer etwas durchaus Normales, keine Krankheit, keine Katastrophe oder Fehlfunktion, kein Zeichen von psychischer oder charakterlicher Schwäche ist. Karin Lammer zeigt auf, dass Trauer einen normalen, gesunden und psychohygienisch notwendigen Prozess der Verarbeitung von einschneidenden Verlusten und Veränderungen bedeutet (Ebd. S. 10).

2.2.1 Trauerphasen:

In der Literatur werden Phasen beschrieben, die Menschen durchleben, wenn sie Trauer erleben. Das bekannteste Modell wurde von Verena Kast entwickelt,

die ein Vier-Phasen-Modell aus den Sterbephasen von Elisabeth Kübler Ross und einem Trauermodell von John Bowlby entwickelte.

Sie beschreibt vier Phasen, die den Trauerverlauf beschreiben.

1. Die Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens

Die Nachricht des Todes löst „Schock“ aus. Der Verlust wird kaum realisiert und lässt sich als Empfindungslosigkeit charakterisieren und fühlt sich oft selbst „wie tot“. Körperlichen Reaktionen können Symptome des Schocks (Pulserhöhung, Schwitzen, Übelkeit, Unruhe) zeigen. Die Phase dieses Zustandes kann von einigen Stunden bis zu etwa einer Woche andauern (vgl. Kast (1990), S. 14).

2. Die Phase der aufbrechenden Emotionen

In dieser Phase brechen Emotionen über den Trauernden herein: Wut, Trauer, Angst, Zorn, Schmerz, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle, u.v.m. stellen sich ein. Die Emotionen wechseln sich ab, es gibt Phasen voller Wut und Zorn und Phasen tiefer Niedergeschlagenheit. Dieser Zorn kann auch in zwei Richtungen geleitet sein – in die Richtung der Person, die für den Tod des geliebten Menschen verantwortlich gemacht wird, sei es ein Arzt, oder andere Personen, die etwas unterlassen hatten oder aber gegen die Person, die gestorben ist und damit den Trauernden zurücklässt. Dieser Zorn entlastet für einige Zeit, da wird uns die Ohnmacht gegenüber dem Tod schwer eingestehen können (Ebd. S. 19).

3. Die Phase des Suchens und Sich-Trennens

Dieses Suchen kann ganz real sein. Die trauernde Person sucht in der Wohnung nach Zeichen des Verstorbenen, es wird Geräuschen nachgegangen. Im Allgemeinen richtet sich die Suche nach Orten oder Tätigkeiten, die man gemeinsam erlebt hat, oder die der Verstorbene geliebt hat. Dieses Suchen kann als Widerstand gegen die Veränderung gesehen werden. Doch das vermeintliche Finden stürzt erneut in tiefe Verzweiflung, da dann Verlust erneut erlitten wird. Kast sieht dieses Suchverhalten als Vorbereitung der Menschen den Verlust wirklich zu akzeptieren (Ebd. S. 25).

4. Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezuges

Die Such- und Trennphase muss in einer Phase sein, in der nicht mehr die ganze Denken und Fühlen des Trauernden einnimmt. Dann kann es zum neuen Selbst- und Weltbezug kommen. Hierfür ist es wichtig, dass die verstorbene Person zu einer „inneren Figur“ wurde, bedeutet, als „innerer Begleiter“ erlebt wird, der sich aber auch verändern darf. Damit ist laut Kast ein erster Teil der Trauerarbeit abgeschlossen und der Trauernde kann wieder Selbstbewusstsein und Selbstachtung gewinnen (Ebd. S. 30).

2.2.2 Trauer als Prozess:

Trauer ist ein Prozess, kein Endpunkt. Dieses manchmal irreführende Ziel eines Endpunktes trägt zu großer Verwirrung unter den Hinterbliebenen bei. Das Ziel von Trauer ist es weder den Verlust zu vergessen noch über ihn „hinwegzukommen“ - ein verbreitet erklärtes Ziel der Hinterbliebenen. Vielmehr ist das Ziel der Trauer, sich an den Verstorbenen zu erinnern, die Veränderungen, die durch den Tod entstanden sind, zu verstehen und zu bestimmen, wie das Leben weitergehen soll. Es gibt viele Arten, den Fortschritt in der funktionalen Trauer zu identifizieren. Die Hinterbliebenen können die Fähigkeit zeigen über den Verstorbenen zu sprechen, ohne von Gefühlen übermannt zu werden oder in Tränen auszubrechen. Der Grad an Energie steigt und die Teilnahme an verschiedenen Aktivitäten (inkl. Arbeit, Schule oder soziale Aktivitäten) erhöht sich. Schlaf und Essstörungen stellen verbreitet Symptome unter Hinterbliebenen dar und normalisieren sich wieder. Die Hinterbliebenen beginnen ein Gefühl von Neuorganisation in ihrem Leben zu beschreiben und es fällt ihnen leichter, Entscheidungen zu fällen. Psychosoziale Reintegration wird so beschrieben, dass sie sich zunehmend wohler fühlen, wenn sie unter Menschen sind (vgl. Clements et al. (2004), S. 153).

Diesen Aspekt greift auch Karin Lammer auf, indem sie von einem „ganz normalen Chaos der Trauer“ (Lammer (2004), S. 30) spricht. Sie weist darauf hin, dass Studien immer neuere Formen der Trauer beschreiben und Trauer

kein abgrenzbares Syndrom ist, sondern viele verschiedene Trauersymptome zu beobachten sind. Sie spricht von Vielfalt bzw. „Diversität“, die das einheitliche Bild des Trauerprozesses ablöst. Sie selbst erkennt in dieser Diversität einen wichtigen Befund der empirischen Trauerforschung, da hier die Reichweite der Trauer und ihre psychosozialen und psychosomatischen Auswirkungen deutlich größer sind, als bisher angenommen wurden (vgl. Lammer (2004), S. 32).

Clements et al. stellen fest, dass es normal ist, dass Reaktionen auf Trauer unter den Familienmitgliedern unterschiedlich sind, auch wenn sie als (eine) Einheit gemeinsam trauern. Trauerreaktionen sind nicht „falsch“ oder „schlecht“; im Gegenteil, kulturell sensible Einschätzung kann unnötige Sorgen oder Konflikte unter den Familienmitgliedern verhindern, die ohnehin schon mit großen Gefühlen belastet sind (vgl. Clements et al. (2004), S. 151).

Dieses unterschiedliche Verhalten bei Trauer führt zum Dilemma, das Eltern erleben, wenn sie um ihr gemeinsames Kind trauern.

2.2.3 Trauer bei Kindesverlust

Im Leben eines Erwachsenen gibt es kein dramatischeres Ereignis als das eigene Kind zu verlieren (vgl. Chamber & Chan (2004); Harmanen (1997); Wallerstredt (1996); zitiert in Aho, et. al. (2007), S. 1).

Das Ereignis stürzt die Familie in eine tiefe Krise. Nichts bleibt so wie es ist.

Perinatale Trauer fühlt sich für Eltern an, wie das Warten auf eine Amputation. Eltern fühlen sich danach nicht mehr ganz, sie verlieren einen Teil von sich selbst (vgl. Wallerstredt (1996), S. 390).

Ein plötzlicher traumatischer Tod bringt oft drastische Änderungen in einem Familiensystem und löst das unerwartete Verlangen nach Evaluation und Neuordnung der Rollen und Strukturen aus. Plötzlicher und traumatischer Tod erlaubt keine Vorausahnung oder Vorbereitung auf den Verlust, der oft in impul-

siven und unorganisierten Versuchen endet, die Selbstorganisation der Einzelpersonen und des Familiensystems wiederzuerlangen (vgl. Clements et al. (2003); zitiert in Clements et al. (2004), S. 151).

2.3 Vätertrauer in der Literatur

Cynthia Bach Hughes und Judith Page-Lieberman beforschten bereits 1989 in ihrer Studie „Fathers experiencing a perinatal loss“ spezifisch die Trauer von Vätern.

Das Ziel der Studie ist das Erleben möglichst umfassend aus der Sicht der Väter darzustellen, besonders die Vorstellung über Möglichkeit des Verhütens des Verlustes, die Bindung zum ungeborenen Kind und die Erfahrungen mit anderen während der Trauer werden beleuchtet um die Art und Weise, die Intensität und die Dauer des Trauerprozesses zu beschreiben. Page-Lieberman und Hughes beschreiben vierzehn Hauptkategorien, die in der pflegewissenschaftlichen Literatur in Folge weiter aufgegriffen und beforscht werden. Sie legten damit bereits vor über 20 Jahren einen der pflegewissenschaftlichen Grundsteine zur spezifischen Väterforschung im Zusammenhang mit Trauer und Kindestod.

Die Hauptkategorien stellen sich wie folgt dar:

1. Gesundheit in der Schwangerschaft
2. Bedeutung des ungeborenen Kindes
3. eingetretener Tod
4. vermeidbarer Tod
5. Gefühle des Schocks
6. Trauer und Verlust
7. Wut
8. Einfluss der Familie
9. Unterschiede zwischen Mann und Frau
10. Verhältnis zum Arzt

11. Verhältnis zur Pflegeperson
12. Auswirkung auf die eheliche Beziehung
13. Schuld
14. Job-performance

(vgl. Page-Lieberman, Hughes (1989), S. 542)

2.3.1 Geschlechtsspezifisches Trauerverhalten

Studien über geschlechtsspezifisches Trauerverhalten finden erst seit einigen Jahren Eingang in die Wissenschaft. Annette Kersting zeigt in ihrer Forschung deutlich den Bedarf an Interventionsprogrammen für trauernde Eltern, die sich an den speziellen Bedürfnissen für Mütter und Vätern orientieren.

Anette Kersting beschreibt in ihrer Studie „Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverlauf“ unterschiedliche Reaktionen von Männern und Frauen, wenn es um Bewältigungsmöglichkeiten und dem Bearbeiten von Verlusten geht. Frauen neigen, wenn es um das Bearbeiten kritischer Ereignisse geht, häufiger dazu ihre negativen Gefühle auszudrücken und scheuen auch nicht davor zurück, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Kersting verweist auf Studien, die beschreiben, dass Frauen das Bedürfnis haben über den Tod ihres Kindes zu sprechen, Männern fällt es sehr schwer ihre Gefühle auszudrücken, sie neigen dazu den Verlust zu verleugnen oder sich durch erhöhtes Arbeitsengagement abzulenken. Dies wiederum führt oft zu Fehlinterpretationen der Frauen, wenn sie die Zurückhaltung ihrer Partner als Ausdruck mangelnder Emotionalität und Empathie interpretieren (vgl. Kersting (2008), S.2).

Eine aktuelle Studie von Debra Armentrout aus dem Jahr 2009 weist aus, dass das präventive Hinweisen auf unterschiedliche Trauerreaktionen von Frau und Mann sehr hilfreich für die partnerschaftliche Beziehung sein kann. In dieser Studie wurden 15 Eltern (4 Paare und 7 Mütter) zu ihrer Lebenssituation nach dem Tod ihres Kindes befragt. Einige Eltern wurden seitens des Krankenhauses informiert, dass es zu unterschiedlichen Trauerverläufen kommen könnte, einige bekamen diese Information nicht. Den Wert dieser Information drückt eine Studienteilnehmerin wie folgt aus: „Diese Information habe geholfen, ihre

Ehe zu retten, weil ihr Mann nicht gleich weit war wie sie und das fühlte sich fast wie Betrug an.“ Eine andere Studienteilnehmerin stellte fest, dass obwohl ihr Mann „definitiv schneller durch seine Trauer gegangen ist als ich, gab er mir nie das Gefühl, dass ich nicht trauern dürfte und wann immer ich darüber sprechen wollte, hörte er sofort mit dem auf, was er gerade tat und schenkte mir seine volle Aufmerksamkeit... erlaubte mir, zu reden.“

Die Studie zeigt aber auch die Grenzen, die manche Frauen nur schwer überwinden können. Obwohl die befragten Eltern sich der Unterschiede in der Art, wie sie ihre Trauer zeigten, bewusst waren, seufzte eine Mutter leise, als sie sagte: „Es ist jetzt 6 Jahre her und ich weiß, dass er trauert ... ich wünschte immer noch, er würde so trauern wie ich“ (vgl. Armentrout (2009), S. 259).

2.3.2 Beginn der Vaterrolle

Die Frage, „bin ich überhaupt Vater, wenn ich kein lebendes Kind habe?“, stellten sich Väter in der Studie von Susan Bernadette McCreight: „A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective“. Die Männer der Studie stellten auch ihre Identität als Väter in Frage, unsicher, ob ihnen der Begriff „Vater“ zustehen würde und ebenso nicht sicher, ob der Ausgang einer Schwangerschaft immer ein Baby sein müsste. Der Schwangerschaftsverlust hatte Einfluss auf die Zukunft der Männer; manche fühlten, dass ihre Visionen von Familienleben sich aufgelöst hatten. Wenn eine Schwangerschaft endet, ist da nicht nur der Verlust des Babys, sondern auch ein Verlust von Zukunftshoffnungen und Träumen. Ein Vater, dessen Baby fünf Jahre vor der Studie tot geboren wurde, sagte: „Ich habe das Gefühl, meine Zukunft verloren zu haben, keine Vatertagsfeierlichkeiten, keine Weihnachtsgeschenke, keine Geburtstagskarten“ (vgl. McCreight (2004), S. 336).

Aber auch Männer, die noch andere Kinder hatten, empfanden ambivalent im Hinblick auf ihre Identität; ein Teilnehmer erklärte sein Dilemma, wenn er gefragt wurde, wie viele Kinder er habe. Er wusste nicht, ob er sich als Vater von 4 Kindern bezeichnen sollte oder als Vater eines Kindes, da 3 totgeboren wurden (Ebd. S 336).

Intensität der Vätertrauer und Alter des Ungeborenen

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Trauerintensität schließt die Herausforderung Trauer „zu messen“ mit ein. Timothy Wagner et. al befragten 1999 sieben Väter zu ihren Erfahrungen mit perinatalem Tod und ließen sie ihre Trauer auf einer zehnstelligen Skala bewerten (1 keine Trauer - 10 schwere Trauer). Sieben Väter bewerteten ihre Trauer mit 10 zum Zeitpunkt des Todes, je höher das Fortschreiten der Schwangerschaft, desto höher die Werte (2. und 3. Schwangerschaftsdrittel immer Werte der schweren Trauer) (vgl. Wagner, et. al. (1999), S. 88).

Das wesentlich höhere Sample von Puddifoot und Johnson, die 1999 eine psychologische Studie mit 323 männlichen Partnern von Frauen veröffentlichte, die eine glücklose Schwangerschaft hinter sich hatten, zeigt, dass Männer zwar den gleichen generellen Schmerz verspürten, aber weniger aktive Trauer zeigten, dafür mehr Verzweiflung und mehr Schwierigkeiten hatten, sich mit der Situation abzufinden. Ihre Trauer wurde stärker je länger die Schwangerschaft dauerte und wenn sie das Kind im Ultraschall gesehen hatten (vgl. Puddifoot (1999), S. 92).

Perinatale Bindung durch Ultraschallbilder

Das Ausmaß des Trauerverhaltens von Männern wird in der Literatur mit der Bindung des Vaters an das ungeborene Kind in Zusammenhang gebracht. Zahlreiche Studien (siehe oben) bringen den Fortschritt der Schwangerschaft direkt in Zusammenhang mit der Möglichkeit des werdenden Vaters Bindung mit dem Kind aufzubauen und damit auch den Verlust des Kindes zu erfassen und den Trauerprozess zu beginnen.

Diese Bindung wird durch den Einsatz von Ultraschalluntersuchungen verstärkt. Ultraschallbilder und die Möglichkeit Ultraschallaufnahmen auf Datenträger aufzunehmen und sie daheim abspielen zu können, geben Vätern die Möglichkeit Beziehungen zu ihren ungeborenen Kindern aufzubauen.

Susan McCraight beschreibt den Aspekt der visuellen Bilder 2004. Sie weist darauf hin, dass die Einführung des Ultraschalls Eltern ermöglichte, ihre Kinder zu sehen und eine Bindung zu dem ungeborenen Baby aufzubauen. Es ist als ob das Bild, das der Ultraschall bietet, für eine besondere Verbindung sorgt, von der ausgehend sich eine Beziehung entwickeln kann. Alle Männer in der Studie, die eine Totgeburt erlebt hatten; zwei, die sowohl eine Fehl- als auch eine Totgeburt erlitten hatten und zwei, die eine Fehlgeburt erlitten hatten (10 Männer) sahen ein Ultraschallbild ihres ungeborenen Kindes. Diese Väter berichteten über eine Entwicklung des Bewusstseins, das Kind als reale lebende Person gesehen zu haben und beschrieben vor allem physische Merkmale wie Finger und Zehen, die sie gesehen hatten oder glaubten, gesehen zu haben.

McCraight deutet es dahingehend, dass die Darstellung eines Bildes vom Kind eine starke emotionale Reaktion beim Vater auslöst, der dann einen starken visuellen Fokus für seine Gefühle hat. Beispielsweise hat in ihrer Studie ein Vater – Martin - das Bild seines Babys als Bildschirmschoner auf seinen Computer gespielt, welches drei Wochen später tot zur Welt kam. Die Präsenz des Bildes, das ständig verfügbar war, war für Martin zuerst eine wichtige Trostquelle, wurde aber nach und nach zur schrecklichen Erinnerung an den Tag, an dem die tragische Nachricht des Trauerfalles gekommen war. Dieser Bericht zeigt die Möglichkeiten des Befragten auf, verschiedene Arten von Emotionen hervorzurufen und auszudrücken, wenn er sich dieses Bild in verschiedenen Zusammenhängen ins Gedächtnis ruft (vgl. McCraight (2004), S. 334).

O`Leary nimmt diesen Aspekt im Literaturteil ihrer Studie „Fathers’ Perspectives During Pregnancy Postperinatal Loss” auf und verweist ebenfalls auf Studien, die sich mit dem Stellenwert des Ultraschalls auseinandergesetzt haben. Der Moment, in dem Väter am Ultraschall ihr Baby sehen, ist laut Studien der Moment, in dem Väter ihr Kind bewusst annehmen und als das „Ihre“ wahrnehmen (vgl. O`Leary (2005), S. 78).

2.3.3 Emotionen der Vätertrauer

Emotionale Phasen der Vätertrauer

Nancy Worth bezieht sich auf die Arbeiten von Hughes & Page-Lieberman und identifiziert in ihrer Studie „Becoming the father to a stillborn child“ 13 Phasen der Vätertrauer, die sie in einer zeitlichen Abfolge darstellt:

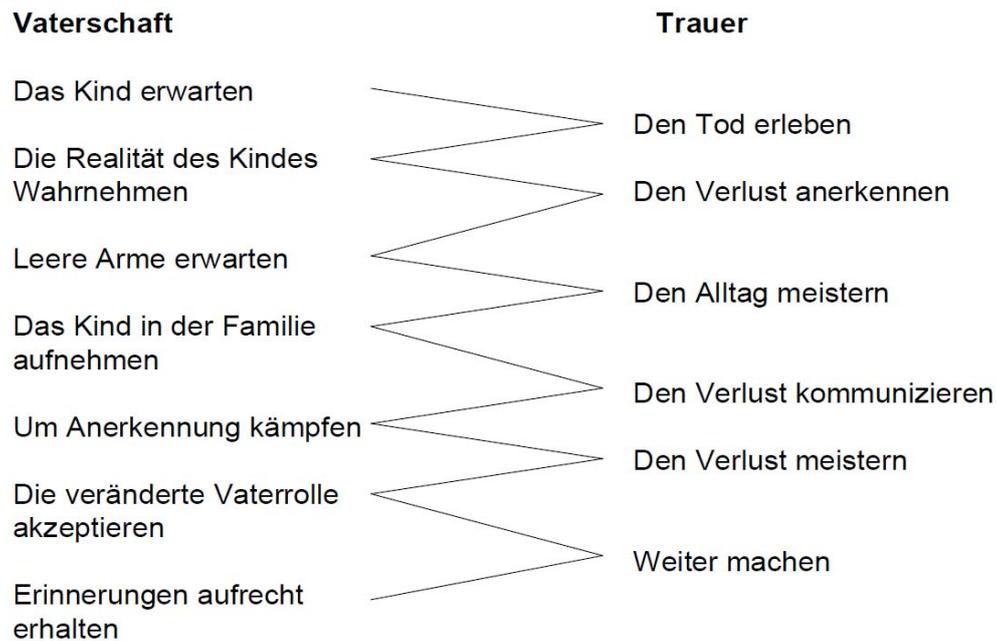


Abbildung 1: aus Worth (1997), S. 78

Dieser Ablauf zeigt deutlich die speziellen Abschnitte, die der Vater während seiner Trauerzeit durchlebt, eingeordnet in den Ablauf eines Trauerprozesses.

Worth bezieht sich in ihrem dargestellten Trauerprozess auf die Arbeiten von Kübler Ross aus 1969. Kübler Ross formuliert die Phasen der Trauer: „Nicht wahrhaben wollen“, „Aufbrechen chaotischer Reaktionen“, „Suchen, Finden und sich trennen“ und schließlich „Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs“ (vgl. Worth (1997), S. 78).

Anna Liisa Aho et al. kommen 2006 in ihrer Studie „Father’s Grief After The Death Of A Child“ zum Ergebnis, dass das Erleben der Trauergefühle von Vätern mit physischem und sozialem Verhalten zusammenhängt. Väter

beschrieben ihre Empfindungen, den Tod des Kindes erwartend, als schwankend und widersprüchlich. Sie befanden sich in einem Zustand zwischen Hoffnung und Verzweiflung, je nach Verbesserung oder Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Kindes (vgl. Aho et al. (2006), S. 653).

Das Gefühl des Kummers nach dem Tod des Kindes wurde sowohl von positiven als auch von negativen Emotionen begleitet. Das Erstarren von Freundschaften bzw. die Vertiefung der Bindung zum Partner wurden positiv empfunden (vgl. Aho et al. (2006), S. 654).

Physische Zeichen der Emotion Trauer

Die Studie von Anna Liisa Aho befasst sich in weiterer Folge mit körperlichen Reaktionen auf Trauer.

Die physischen Reaktionen und Versuche des Körpers damit umzugehen wurden als „zittern“, „das starke Gefühl von Druck“, „Migräne“, „Herzrhythmusstörungen“, „körperliche Schmerzen“ und „Müdigkeit“ beschrieben. Die Väter berichteten davon, dass sie aktiv Schmerzen und Gefühle von Höllenqualen in der Zeit nach dem Tod des Kindes empfanden (vgl. Aho et al. (2006), S. 655).

Unmittelbare Emotionen

Die unmittelbaren Emotionen des Vaters nach dem Tod des Kindes waren Schock, Verleugnung und Betäubung. Diese (Selbst-)Verteidigungsmechanismen wirkten besonders intensiv bei Vätern, wenn der Tod des Kindes plötzlich eintrat. Es war schwierig für sie, die Realität des Todes anzunehmen. Unmittelbar nach dem Verlust dominierten Ungläubigkeit und Verzweiflung. Das Gefühl der Unwirklichkeit wird als sehr lang anhaltend beschrieben (vgl. Aho et al. (2006), S. 652).

Länger wirkende negative Emotionen

Väter gaben sich selbst die Schuld, nicht fähig gewesen zu sein, den Tod des Kindes zu verhindern. Sie dachten an einen Defekt in ihren eigenen Genen oder an eine von ihnen selbst ausgelöste andere Ursache. Das führte dazu,

dass sie das Gefühl entwickelten, durch den Tod des Kindes bestraft zu werden. Permanente Selbstbeschuldigung, Verbitterung und Wut über den Tod des Kindes weiteten sich zu einem autarken Teufelskreis aus und endeten in einer Depression des Vaters (vgl. Aho, et al. (2006), S. 655).

Die negativen Auswirkungen nach der Erfahrung des Verlustes und der Veränderungen danach, wie z.B. der Bruch von sozialen Beziehungen mit Freunden, machten es schwieriger für die betroffenen Väter, den Tod ihres Kindes zu verkraften und verursachten dauerhafte Veränderungen in ihrem Leben. Der lange Krankenstand eines Vaters nach dem Tod seines Kindes führte zu sekundären Effekten wie zu finanziellen Problemen und sogar zur Arbeitslosigkeit. Die belastende Erfahrung führte darüber hinaus zu lang anhaltender Depression und psychischer Krankheit (vgl. Aho, et al. (2006), S. 659).

Positive Emotionen

Es gab auch positive Erlebnisse im Kummer der Väter. Die Väter erfuhren Dankbarkeit, Freude und Erleichterung, besonders, wenn die Schmerzen und das Leiden des Kindes vorbei waren. Andererseits führten diese positiven Gefühle dazu, dass die Väter sich später schuldig fühlten.

Die Erfahrung des positiven Wachstums als Persönlichkeit wurde von den Vätern mit dem Gefühl verbunden sich stärker und reifer zu fühlen als davor. Die Wertigkeiten der Väter änderten sich. Bestimmte Gewohnheiten wurden verstärkt. Die Väter fühlten einerseits, dass Gesundheit und Familie nun wichtiger wurden und andererseits weltliche, materielle Dinge an Wert verloren hatten. Die Paarbeziehung wurde nach dem Tod eines Kindes gestärkt erlebt (vgl. Aho, et al. (2006), S. 658).

2.3.4 Die versteckte Vätertrauer sichtbar machen

Joann O' Leary geht in ihrer Studie: „Fathers' Perspectives During Pregnancy Postperinatal Loss” auf den Zusammenhang zwischen sozialen Rollen und der Trauer ein. Sie zitiert einen Studienteilnehmer, der deutlich machte, dass die Gesellschaft Emotionen von Vätern beeinflusst. „*Society...they more gear is*

(pregnancy) toward, what the mother and the baby are (doing). The father's just I don't want to say pushed aside, but you gotta be men, you gotta be strong. You can't cry. You can't cry. You can't show your emotions. You gotta hide it. And they don't realize that, we don't have to do this, just stuff it" (O`Leary (2005), S. 80).

O`Leary beschreibt das Verhalten der Väter als „stoisch“ – sie lassen sich nichts anmerken und versuchen in der Öffentlichkeit stark zu sein. Ihr Verhalten nach außen stimmt aber nicht mit ihrer inneren Verletzlichkeit überein. Verstärkt wurde dieses Verhalten dadurch, dass sie keinerlei Kontrolle über den Ausgang des Schicksal des Kindes hatten (vgl. O`Leary (2005), S. 81).

Auch Carol Staudacher beschreibt Väter, die als Trauernde versuchen ihre Gefühle regelrecht unter Schichten von Verantwortlichkeit und Entschlossenheit zu verstecken. Das Bedürfnis, die Familie zu beschützen und zu erhalten wird aufrechterhalten, obwohl die Trauer den Vätern fast das Herz bricht (vgl. Staudacher (1991), S. 124).

Daneben spricht Hannah Lothrop in ihrem Buch „Gute Hoffnung – jähes Ende“ von der „vergessenen Trauer des Vaters“. Sie verweist auf die Schwierigkeiten mit dem Thema Kindestod umzugehen und stellt fest, dass die Begegnung mit trauernden Vätern meist vermieden wird. Sie stellt die Frage, ob Männer möglicherweise nicht die „kulturelle Erlaubnis“ haben zu trauern (vgl. Lothrop, (1998), S. 134).

Fehlende Unterstützung im Umfeld der Väter

Lothrop stellt fest, dass Männern oft die Quelle fehlt, aus der sie Kraft und Unterstützung schöpfen können. Sie neigen dazu, seltener als Frauen intime Freundschaften zu schließen und erfahren daher weniger emotionale Zuwendung. Daraus folgt, dass das Risiko, langfristig von einem solchen Verlust verdeckt Schaden davon zu tragen, bei Männern höher einzuschätzen ist, als bei Frauen (vgl. Lothrop (1998), S. 135).

Sie fordert die verwaisten Väter auf, sich ihrer Trauer zu stellen und die Chance zu nützen, durch Zulassen von verletzlichen Gefühlen, neue Verhaltensweisen

zu entdecken. Sie sieht das Zulassen von Trauer als Zeichen von Stärke und als Möglichkeit des Lernens, neue Beziehungswege einzuschlagen (ebd. S 136).

Mangelnde soziale Akzeptanz der Vätertrauer

Trotz des Trends eine frühe Bindung zwischen Vätern und Babys herzustellen, sind die kulturellen Erwartungen an Männer sehr konservativ.

Die Gesellschaft geht immer noch davon aus, dass Kindesverlust für Mütter und Väter nicht das Gleiche bedeutet. Der Großteil der Fachliteratur richtet nach wie vor den Fokus auf die trauernden Mütter. Oft wird Männertrauer immer noch nicht anerkannt, mehr noch, Männern werden nicht gelehrt, dass es wichtig ist zu trauern und vor allem Zeichen der Trauer offen zu zeigen. Männer fühlen sich oft als vergessene Trauernde, sie werden oft als „Trauernde zweiter Klasse“ bezeichnet (vgl. Horchler (1994), S. 72).

Unterstützung durch Familie und enge Freunde

Familie und enge Freunde sind die wichtigsten Ansprechpartner und Unterstützer der trauernden Eltern. Die Befragten merkten positiv an, dass sie Hilfe von Freunden und Verwandten bei der Betreuung der anderen Kinder in der Familie erhielten. Ebenfalls bekamen sie aktiven Beistand bei den Begräbnisvorbereitungen und Unterstützung bei der Haushaltsführung. Konkrete Hilfe wurde nur von Personen angeboten, die den Vätern sehr nahe standen, wie Großeltern und Geschwister (vgl. Aho, et al. (2007), S. 5).

Doch nicht immer funktionierte diese Unterstützung. Ausweichendes Verhalten von nahen Verwandten und Freunden wurde negativ bewertet, die befragten Väter brachten diese Haltung mit „oberflächlicher“ Lebenseinstellung in Zusammenhang (Ebd. S. 6).

Eltern hatten das Gefühl, dass Freunde und Familie helfen und unterstützen wollten, aber oft nicht wussten, was sie sagen sollten (vgl. Armentrout (2009), S. 260).

Das unterstützende Netzwerk der Väter war unterschiedlich. Es hing vom sozialen Netzwerk des Mannes ab und von der Zeit, die seit dem Tod des Kindes vergangen war. Es konnte ausgedehnt sein und mehrere Personen umfassen oder sich nur auf die Ehefrau des Vaters beschränken. Soziale Beziehungen, die früher als wichtig erachtet worden sind, wurden nach dem Tod des Kindes abgebrochen und die Väter haben an deren Stelle neue Kontakte mit Gleichgesinnten geknüpft (vgl. Aho et al. (2007), S.3).

Unterstützung durch Austausch mit Betroffenen

Der Austausch mit Betroffenen wurde als positiv empfunden. Dieser Austausch beinhaltete das gemeinsame Trauern und Zusammensein, die eigenen Gefühle teilen, über Erfahrungen sprechen und zuhören, Information über Wege der Verarbeitung und konkrete Themen zu bekommen und dabei die ganze Familie zu unterstützen (vgl. Aho et al. (2007), S. 6).

Doch nicht immer besuchen Väter Selbsthilfegruppen und bekommen damit Gelegenheit sich mit Betroffenen auszutauschen.

O`Leary beschreibt, dass Väter, obwohl sie angaben, Selbsthilfegruppen für Männer als hilfreich einzustufen, nie solche Gruppen besuchten. Sie gaben als Grund dafür an, dass es keine Gruppen ausschließlich für Väter gäbe und sie sich nicht vorstellen könnten, in der Gruppe ihr Herz zu öffnen oder zu weinen (vgl. O`Leary (2005), S. 82).

Wenn es um das Thema Selbsthilfegruppen geht, verweisen Väter auf ihre Freunde, mit denen sie reden können und sehen die Teilnehmer der Selbsthilfegruppen als „Fremde“ an, mit denen sie sich nicht austauschen wollen (vgl. Armstrong (2001), S. 151).

2.4 Empfehlungen für die Praxis

2.4.1 Trauernde Väter im Krankenhaus

Väter brauchen Information und Unterstützung vor, während und nach der Geburt eines toten Kindes.

Aho et al. baten die Väter mit ihren eigenen Worten anzugeben, was ihrer

Meinung nach das Krankenhauspersonal im Zusammenhang mit dem Tod des Kindes beachten sollte. Die Väter gaben an, das Krankenhauspersonal sowohl positiv als auch negativ empfunden zu haben.

Positiv wurde die Unterstützung des Personals zum Todeszeitpunkt des Kindes empfunden, besonders das Schaffen einer friedvollen Atmosphäre, das Ermöglichen von Verabschiedungsritualen und den direkten Kontakt zu den Vätern selbst (Aho et al. (2007), S. 6).

Die Väter bemerkten positiv, dass das Personal die „furchterregende“ Stille vor und während der Feststellung des Todes des Babys durchbrachen, Fachbegriffe vermieden und mit beiden Elternteilen gemeinsam sprachen. Die Ermutigung der Eltern, nach der Geburt Zeit mit ihrem Kind zu verbringen, wurde als sehr hilfreich bemerkt (vgl. Samuelsson (2001), S. 128).

Besonders wichtig ist es, Väter zu informieren und aufzuklären, wenn ihre Kinder bei der Geburt Hautschäden oder andere körperliche Versehrtheiten erlitten hatten (vgl. McCreight (2004), S. 339).

Besonders geschätzt wurde, dass Erinnerungsstücke des Kindes vom Personal gesammelt wurden. Die Väter gaben an, nicht in der psychischen Verfassung gewesen zu sein, es selbst zu tun und auch nicht in der Lage gewesen wären, die zukünftige Bedeutung dieser Erinnerungsstücke abzuschätzen (vgl. Samuelsson (2001), S. 127).

Die Väter fanden es besonders wichtig, wenn sie Informationen über die unterschiedlichen Wege bekamen, damit fertig zu werden und die Unterschiede in der Trauer zwischen den Ehepartnern angesprochen wurden. Zusätzliche professionelle Unterstützung, wie Kontaktinformationen für unterstützende Personen und Selbsthilfegruppen wurden auch gewünscht. Hilfe bei der Organisation konkreter Dinge wie dem Begräbnis des Kindes wurden dankbar angenommen. Die Informationen sollten sowohl mündlich, als auch schriftlich gegeben werden. Die Väter hatten das Gefühl, konkrete Unterstützung vom Pflegepersonal zu bekommen, wenn es um Themen wie Krankenstand ging

oder ihnen Medikamente angeboten wurden. Die Väter fanden es wichtig, dass das Pflegepersonal, solange der Kontakt aufrechterhalten wurde, einschätzen konnte, wie der Trauerprozess der Eltern fortgeschritten war und wenn nötig die Beziehung des Paares unterstützte (vgl. Aho et al. (2007), S. 6).

Die Väter drückten aus, dass sie praktisch nicht auf den Kindestod vorbereitet waren. Für einige Männer war es die erste Erfahrung mit dem Tod und die meisten beschrieben ein Gefühl der Hilflosigkeit und Verzweiflung, auch wegen der Ungewissheit bezüglich des Arrangements des Begräbnisses für das tot- oder fehlgeborene Kind (vgl. McCreight (2004), 337).

Als negativ wurde fehlende emotionale Unterstützung benannt. Väter hatten das Gefühl, das Krankenhauspersonal wäre unfähig, den trauernden Eltern gefühlsmäßig zu begegnen. Beispiele wie das Vermeiden des Ansprechens der Väter, das Herunterspielen der Trauer, künstliches Mitgefühl, Schweigsamkeit von Seiten des Personals wurden in der Studie angeführt. Der Mangel an Information und wenig Informationstransfer zwischen den Organisationen wurde ebenfalls kritisiert, sowie das Fehlen von professioneller Unterstützung. Einige Väter verlangten aktiv mehr Unterstützung, aber es war nicht möglich sie zu bekommen oder die Unterstützung wurde ihnen zu spät angeboten. Es war wichtig für die Väter ständig Informationen zu erhalten. Besonders negativ wurde empfunden, dass nach dem Verlassen des Krankenhauses kein Kontakt mehr zum Pflegepersonal bestand oder der Kontakt zu spät aufgenommen wurde. Sehr belastend war das Warten auf Erkenntnisse bezüglich der Todesursache (vgl. Aho et al. (2007), S. 8).

2.4.2 Unterstützung durch Pflegepersonen

Väter brauchen in den meisten Fällen zusätzliche Unterstützung und Ermutigung vom Pflegepersonal, ihren Verlust und ihre Trauer ausdrücken zu können (vgl. Samuelsson (2001), S. 129).

Väter dürfen nicht ignoriert werden, wenn es um ihre Rolle als Beschützer der

Familie geht. Aktives Miteinbeziehen und Entwickeln persönlicher Gefühle könnte die Tür zu neuer Art von Stärkung des Vaters öffnen (vgl. O`Leary (2006), S. 83).

Es ist wichtig, seitens der Pflege auf Sätze zu verzichten, die in irgendeiner Form offene Trauer verhindern. Weiters muss sich das Pflegepersonal vor Augen halten, dass die Wut eines Vaters oft ein Gemisch aus Angst und Traurigkeit ist (vgl. O`Leary (2006), S. 83).

Wichtig ist es, den Vater direkt zu fragen: „Wie geht es Ihnen?“ – wenn die Mutter im Raum ist, das entlastet die Eltern. Wenn sie als Paar angesprochen werden, wird alles sofort auf den Verlust des Kindes projiziert und die Kommunikation wird eher wie ein Interventionsgespräch empfunden. Es ist aber sehr wichtig, die Kommunikation in der Familie zu verbessern, weil sie, wenn sie gut gelingt, Depressionen und Erschöpfung mildert (vgl. May (1996), S. 244).

Krankenschwestern können den Eltern fachliche Unterstützung geben, indem sie als Hilfe für die Verwandten, die Geschwister des toten Babys und enge Freunde, die bei den Eltern sind und eventuell das tote Baby sehen wollten, agieren. Die zeitliche Abstimmung der Information ist hier sehr wichtig. Eltern wollen nicht mit Entscheidungen über ein Begräbnis oder einen Gedenkgottesdienst belastet werden, bevor das Baby nicht geboren ist. Wenn das Pflegepersonal die Eltern schon früher über Begräbnisvorbereitungen befragt, haben die Familien das Gefühl, dass das den Schmerz für sie nur größer macht (vgl. Hutti (2004), S. 632).

Die SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Charity) Guidelines for Professionals bieten medizinischem Personal bereits in der dritten Auflage Anleitung und Informationen über die emotionale und praktische Betreuung von Eltern, die einen Schwangerschaftsverlust und Totgeburt erlitten haben und gehen in den Richtlinien von 2007 auch erstmals auf die besonderen Bedürfnisse von Vätern ein. Sie betonen die Wichtigkeit, den Vater wahrzunehmen und in die Betreuung einzuschließen und betonen die Notwendigkeit ihn als trauernden Partner der

Mutter zu umsorgen (vgl. Schott (2007), S. 197).

2.4.3 Exkurs „Theory of Caring“

Kristen M. Swanson entwickelt 1991 basierend auf drei wissenschaftlichen Untersuchungen aus dem perinatalen Forschungsfeld ihren auf 5 Subdimensionen aufgebauten „Caring Prozess“.

In dieser Arbeit definiert sie den Begriff „Caring“ und nennt zudem Subdimensionen zu den Caring-Prozessen.

Swanson spricht bei ihrer Theorie von einer Faktoren benennenden, empirisch gewonnenen Theorie mittlerer Reichweite, die die Charakteristiken eines bestimmten Phänomens beschreibt (vgl. Swanson (1991), S. 161).

Swanson definiert Caring wie folgt:

„Caring is a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility“ (Ebd. S. 162). Eine mögliche Übersetzung wäre: „Caring ist die umsorgende Weise sich einem wertgeschätzten Anderen zuzuwenden für den man ein persönliches Gefühl der Verpflichtung und Verantwortung empfindet“ (eigene Übersetzung).

Swanson baut folgende Prozessschritte darauf auf:

Zu wissen (knowing)

Sich darum zu bemühen zu verstehen, welche Bedeutung ein Ereignis im Leben des Anderen hat (vgl. Swanson (2001), S. 162).

Subkategorien:

- Annahmen vermeiden
- Sich auf den zu Betreuenden einzustellen
- Eine gründliche Einschätzung vornehmen
- Nach Zeichen zu suchen
- Selbsteinbringung der Pflegeperson und des zu Pflegenden

(Ebd. S. 163)

Mit ihr/ihm sein (being with)

Emotionale Präsenz zeigen (Ebd. S. 162)

Subkategorien:

- Da sein
- Verfügbarkeit ausdrücken
- Gefühle teilen
- Nicht belasten

(Ebd. S.163)

Für sie/ihn tun (doing for)

Für den Anderen tun, was man für sich selbst tun würde, wenn es möglich wäre

(Ebd. S. 162).

Subkategorien:

- Behaglichkeit
- Vorwegnehmen / Vorausschauen
- Kompetent und geschickt agieren
- Schützen
- Würde bewahren

(Ebd. S. 163)

Ermöglichen (enabling)

Den Anderen bei Lebensübergängen und dem Durchleben fremder Ereignisse unterstützen (Ebd. S. 162).

Subkategorien:

- Informieren / Erklären
- Unterstützen / Erlauben
- Konzentrieren auf
- Alternativen entwickeln / durchdenken
- Bestätigen / Rückmeldung geben

(vgl. Ebd. S. 163)

Glauben erhalten (maintaining believe)

Den Glauben an die Fähigkeiten des Anderen aufrechterhalten, ein Ereignis zu überwinden und einer hoffnungsvollen Zukunft entgegenzusehen (Ebd. S. 162).

Subkategorien:

- Daran glauben / Achtung behalten
- Eine hoffnungsvolle Haltung bewahren
- Realistischen Optimismus zeigen
- Gemeinsam den Weg beschreiten

(Ebd. S. 163)

Marianne Hutti bezieht sich in ihrer Studie: „Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss“ direkt auf Swansons Caring Modell. Sie wendet den fünfstufigen Prozess auf die Bedürfnisse der trauernden Eltern an.

„**Den Glauben behalten**“ heißt, das Vertrauen zu vermitteln, dass das Paar auf lange Sicht fähig ist, den schweren Verlust zu verkraften.

„**Zu Wissen**“ ist das Bemühen, den Verlust aus der Sicht der Paare zu verstehen, indem man es vermeidet, Annahmen zu treffen oder die Standpunkte der Partner zu werten und diese Information zur Bestimmung der notwendigen und Erfolg versprechenden Maßnahmen zum Wohlbefinden zu verwenden.

„**Da sein**“ heißt, emotionale Präsenz und Verbundenheit anzubieten und zu zeigen, dass der Patient für das Pflegepersonal wichtig ist und dieses den Verlust gemeinsam mit ihm tragen wird. Das kann auch die Weitergabe der Pager Nummer beinhalten, wodurch den Patienten ermöglicht wird, jederzeit bei Bedarf mit dem Pflegepersonal Kontakt aufzunehmen.

„**Für ihn/sie tun**“ vereint das Bemühen, den Eltern Wohlbefinden und Geborgenheit zu vermitteln, ihre Bedürfnisse zu erkennen und sie vor Schaden zu beschützen.

„**Ermöglichen**“ bedeutet die Aufgabe der Pflege die Eltern zu informieren, sie zu unterstützen und zu betreuen, ihnen aber zu erlauben, ihre eigenen Lebenserfahrungen zu machen. Dazu gehört, den Paaren zu helfen sich auf wichtige Themen zu konzentrieren, Feedback zu geben und mit den Eltern Alternativen zu entwickeln (vgl. Hutti (2004), S. 636).

Professionelle Unterstützung sollte so nahe wie möglich an den Wünschen der Eltern sein, nachdem der Pflegeprozess des „Wissens“ begonnen hat (vgl. Swanson (1991), S. 163). Ein theoretischer Ansatz kann das Pflegepersonal anleiten, Familien, die einen perinatalen Verlust zu beklagen haben, effektive und angemessene Unterstützung zu bieten (vgl. Hutti (2004), S. 636).

3 Methode und methodisches Vorgehen

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem wissenschaftlichen Zugang und der Wahl der Methode um die Forschungsfragen zu bearbeiten. Weiters werden das Sample der Studie und die Form der Datenerhebung beschrieben.

3.1 Qualitatives Forschungsdesign

Qualitative Forschungsdesigns eignen sich als systematische Methode, die Lebenserfahrungen beschreibt und die die Bedeutungen dieser Erfahrungen erfassen. Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen (vgl. Mayer (2007), S. 66).

Diese Arbeit befasst sich mit dem Erleben von Vätern, deren Kinder tot geboren wurden. Qualitative Befragungen arbeiten mit offenen Fragen, die den Befragten viel Spielraum beim Antworten geben und berücksichtigen die Interaktion zwischen den Befragten und dem Interviewer, sowie die Eindrücke, die der Interviewer während des Gesprächs aufnimmt (vgl. Bortz, Döring (2005), S. 308).

Die Auswertung erfolgte nach der Grounded Theory. Im Unterschied zur qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, die im Ergebnis eine Reihe von nur

locker verbundenen Kategorien durch die Zusammenfassung von zugeordneten Textstellen beschreibt, zielt der Grounded Theory Ansatz stärker auf eine feine Vernetzung von Kategorien und Subkategorien ab. Der Grounded Theory Ansatz geht davon aus, dass hinter den empirischen Indikatoren (Verhaltensweisen, Ereignissen), die im Text manifest sind, latente Kategorien (konzeptionelle Codes, Konstrukte) stehen. Mehrere Indikatoren spezifizieren ein Konstrukt. Je mehr Indikatoren man findet, die gemeinsam in dieselbe Richtung weisen bzw. auf dasselbe Konstrukt hindeuten, desto höher ist der Sättigungsgrad des Konstrukts für die sich entwickelnde Theorie (vgl. Bortz, Döring (2005), S. 333).

3.2 Narrative Interviews

Das narrative Interview wurde von Schütze 1976 entwickelt. Beim narrativen Interview möchte der Forscher nicht die spezifische Reaktion auf einen Stimulus, sondern Erlebnisse und Episoden aus der Lebensgeschichte des Interviewpartners erfahren (vgl. Bortz, Döring (2005), S. 317).

3.2.1 Kriterien für das narrative Interview

Die Entscheidung, ob sich der Gegenstand, den es zu untersuchen gilt, für ein narratives Interview eignet, muss erst überprüft werden.

Voraussetzung für das narrative Interview sind drei Kriterien:

- Der Informant ist selbst handelnd oder erleidend in den Vorgang involviert
- Er muss dem Geschehen eine gewisse Aufmerksamkeit gewidmet haben
- Das untersuchte soziale Phänomen muss Prozesscharakter haben

(vgl. Küsters (2009), S. 30).

Weiters ist zu bedenken, dass sich narrative Interviews immer mit Geschehen aus der Vergangenheit befassen, das heißt sich in der Zeitebene der Retrospektive bewegen (vgl. Küsters (2009), S. 40).

In dieser Arbeit sollten die Männer, die interviewt wurden, von ihrer Trauer erzählen, die sie durch die Totgeburt ihrer Kinder erlebten, von ihren Erlebnissen im Krankenhaus und ihren Bedürfnissen bei der Trauerarbeit berichten. Da Trauer ein Prozess ist, die Männer alle bei der Geburt anwesend waren und damit selbst handelnd und erleidend am Vorgang beteiligt waren, erfüllte das Thema die Kriterien für ein narratives Interview.

3.2.2 Eingangsstimulus

Die Einstiegsfrage in ein narratives Interview bedarf guter Vorbereitung und Überlegungen. Hier ist es wichtig den „Eingangsstimulus“ bzw. den „Erzählstimulus“ so zu wählen, dass er den Impuls für das Gespräch geben kann. Dieser Impuls soll das Interview gut in Gang setzen und das Prozessgeschehen lenken, ohne zu sehr zu beeinflussen. Interviewpartner nehmen diesen Eingangsstimulus auf und versuchen ihre Erzählung für gewöhnlich sehr genau darauf abzustimmen (vgl. Küsters (2009), S. 44).

Als Eingangsstimulus wurden alle Interviewpartner noch einmal kurz mündlich über das Forschungsprojekt informiert. Es wurde betont, dass in dieser Form des Interviews das „Erzählen“ im Vordergrund steht und daher dem Befragten keine gezielten kurzen Fragen gestellt werden, es daher auch keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten geben kann. Weiters wurde die Anonymität betont und erklärt, warum das Gespräch auf Tonband aufgenommen wird und auch Notizen gemacht werden.

Als Eingangsstimulus wurde allen Männern die gleiche Einstiegsfrage gestellt: „Erzählen Sie mir bitte die Geschichte Ihrer Trauer.“

3.2.3 Ablauf des narrativen Interviews

Vorgespräch

Die sensible und intime Thematik des Kindstodes und des Erzählens über persönliche Trauer wurde im Vorgespräch besprochen. Alle Interviewpartner interessierten sich dafür, warum ich dieses Thema gewählt habe und nutzten

das Vorgespräch, um sich auf mich als Interviewende einzustellen. Ich versuchte eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, indem ich von meinen Beweggründen berichtete und die Wichtigkeit dieses bisher in Österreich unerforschte Thema hervorzuheben. Ich bedankte mich bereits im Voraus für das Vertrauen, das mir entgegengebracht wurde und erläuterte nochmals die Wahrung der Anonymität und der Datensicherheit.

Erzählstimulus

Die Eingangsfrage: „Erzählen Sie mir bitte die Geschichte Ihrer Trauer“ eröffnete das Interview und gab den Männern den Impuls die Geschichte der Totgeburt ihres Kindes zu erzählen. Die darauf folgende Haupterzählung führte vom Moment der Erkenntnis, dass das Kind nicht mehr lebte bis zur Geburt des toten Kindes im Krankenhaus und der Zeit der Trauer danach.

Nachfragephasen

Nach Beendigung der Haupterzählung wurden die Notizen benutzt, um Nachfragen zur Haupterzählung zu stellen. Die Nachfragen wurden wieder sehr offen gestellt, um den Erzählcharakter weiter aufrecht zu erhalten.

Erhebung soziodemographischer Daten

Am Ende des Interviews wurden wenige biographische Daten abgefragt, falls sie nicht bereits im Interview erwähnt wurden. Das Alter des Vaters, das Alter des Kindes, als es starb, die Zeitspanne, die seit der Totgeburt vergangen war.

Nachgespräch

Im Nachgespräch stand der Dank an den Interviewpartner im Vordergrund. Die Männer wirkten nach dem Interview durchwegs erschöpft und sehr emotionalisiert und ich hatte das persönliche Gefühl, dass hier eine Mischung aus Erleichterung, dass das Gespräch zu Ende war und aus Stolz, über das Kind zu sprechen dürfen im Raum standen. Kein Gespräch musste abgebrochen werden, alle Interviews konnten zu dem Zeitpunkt, für den sie geplant waren, geführt und beendet werden.

3.3 Grounded Theory

Der Grounded Theory Ansatz wurde in den 60er Jahren von den durch die Chicagoer Schule beeinflussten Medizinsoziologen Glaser und Strauß vorgelegt

und in weiterer Folge vor allem von Strauß weiterentwickelt (vgl. Bortz, Döring (2005), S. 333).

Eine Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung (vgl. Strauß (1996), S. 8).

Die systematischen Techniken und Analysenverfahren befähigen den Forscher eine bereichsbezogene Theorie zu entwickeln, die die Kriterien Signifikanz, Vereinbarkeit von Theorie und Beobachtung, Verallgemeinerbarkeit, Reproduzierbarkeit, Präzision, Regelgeleitetheit und Verifizierbarkeit erfüllt (vgl. Strauß (1996), S. 18).

Die drei Analyseschritte der Grounded Theory sind das offene, axiale und selektive Kodieren. Die Schritte des offenen und axialen Kodierens werden bei den einzelnen Arbeitsschritten näher beleuchtet. Durch die eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten bei der Datenanalyse und der Datenerhebung (Größe der Stichprobe) im Rahmen einer Diplomarbeit wird auf den Schritt des selektiven Kodierens verzichtet – daher wird die Arbeit in „Anlehnung“ an die Grounded Theory durchgeführt.

3.3.1 Offenes Kodieren

Der erste Schritt - nachdem schriftliche Texte vorliegen - ist das offene Kodieren. Es bedeutet, den Indikatoren (das können Sätze, Satzteile oder Wörter sein) Konstrukte (abstraktere Ideen) zuzuweisen. Diese Indikatoren werden selbst miteinander in Beziehung gesetzt. Entscheidend bei diesem Schritt ist, dass nicht einfach nur ein Name für das Konstrukt gefunden wird, sondern das Zielkonstrukt genau definiert wird (vgl. Bortz, Döring (2005), S. 333).

Strauß selbst verwendet hier statt des Begriffes Konstrukt den Begriff Konzept. Für ihn sind die Konzepte die grundlegenden Bausteine der Theorie. Offenes Kodieren stellt in der Grounded Theory den analytischen Prozess dar, durch den Konzepte identifiziert und in Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt werden (vgl. Strauß (1996), S. 54).

3.3.2 Axiales Kodieren

Unter axialem Kodieren werden eine Reihe von Verfahren beschrieben, mit denen durch das Entstehen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch den Einsatz des Kodierparadigmas erreicht. Das Kodierparadigma besteht aus Kontext, handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen (vgl. Strauß (1996), S. 75).

3.3.3 Selektives Kodieren

Der letzte Schritt erfolgt durch das Integrieren der Kategorien zu einer Grounded Theory. Hier steht der Prozess zur Auswahl der Kernkategorie und des systematischen In-Beziehung-Setzen der Kernkategorie mit anderen Kategorien im Vordergrund. Weiters werden diese Beziehungen validiert und Kategorien, die eine weitere Verfeinerung und Entwicklung bedürfen, aufgefüllt (vgl. Strauß (1996), S. 94).

3.4 Stichprobe

Als perinatalen Kindstod bezeichnet man den Tod, der von der 24. Schwangerschaftswoche bis einschließlich des 7. Lebensstages des Kindes eintritt (vgl. Pschyrembel, 2004; S 1393). Daher wurden ausschließlich Väter gesucht, deren Kinder in diesem Zeitraum starben. Weiters wurde die Stichprobe dahingehend eingeschränkt, dass alle Kinder bereits im Mutterleib gestorben und tot zur Welt kamen.

Weiteres Einschlusskriterium war die Anwesenheit des Vaters bei der Totgeburt

und der Aufenthalt während der Geburt in einem Krankenhaus um die Informationen über Interaktion mit dem Pflegepersonal zu erhalten.

3.4.1 Feldzugang

Der Feldzugang wurde durch das Veröffentlichen eines Briefes (siehe Anlage) im Internetforum www.parents.at im Unterforum „verwaiste Eltern“ begonnen. Parents.at ist das größte österreichische Elternforum, welches mit 40.236 Benutzern (aktive Benutzer: 21.528) seit mehr als 10 Jahren Eltern im deutschsprachigen Raum Möglichkeit zur Informationsgewinnung und Austausch bietet (Abfrage der Userdaten am 18.3.2010). Weiters wurde persönlicher Kontakt zu den Leiterinnen der österreichischen Selbsthilfegruppen „Verwaiste Eltern“ und „Regenbogen“ hergestellt, das Expose präsentiert und der Brief in den Treffen der Gruppen verteilt. (Anhang 1)

3.4.2 Beschreibung des Samples

Das Sample setzt sich aus 5 Vätern zusammen, die bei den Totgeburten ihrer Kinder in einem Krankenhaus anwesend waren. Ein kurzer Überblick über die statistischen Daten, die Namen sind aus Gründen der Anonymität frei erfunden und alphabetisch geordnet um der besseren Lesbarkeit zu dienen.

Name	Alter des Vaters bei der Totgeburt [Jahre]	Schwangerschaftswoche bei Totgeburt [SSW]
Herr Anton	55	28. SSW
Herr Berthold	35	38. SSW
Herr Cäsar	36	27. SSW
Herr Dietrich	34	40. SSW
Herr Emil	48	40. SSW

Tabelle 2: „Interviewpartner“

Auf Grund der hohen Sensibilität des Themas und des großen Bedürfnis der Interviewpartner nach Anonymität, wurde bewusst auf die Darstellung der biographischen Daten der interviewten Männer verzichtet. Durch die geringe

geographische Verteilung der Fälle könnte durch eine detaillierte Falldarstellung die Anonymität der Betroffenen gefährdet werden.

3.5 Datenerhebung

Um einen möglichst offenen Zugang der Interviewten zu dem Thema zu ermöglichen, wurde die Methode des narrativen Interviews gewählt. Die Interviews fanden an einem Ort und zu einer Zeit statt, die die Interviewpartner wählten, da bei diesem Thema die Sicherheit und die Wahrung der Intimsphäre der Väter oberste Priorität hatte. Zwei Interviews wurden im Extrazimmer eines Cafes, eines in der Wohnung und zwei am Arbeitsplatz der Interviewpartner geführt.

Allen Interviewpartnern wurde eine Einverständniserklärung (Anhang 2) vorgelegt und vor Beginn des Interviews das Expose präsentiert und Fragen zur Forschung beantwortet.

Die Interviews dauerten alle ca. 90 Minuten, wobei die reinen Sprechzeiten zwischen 33 und 64 Minuten lagen und wurden im Zeitraum zwischen November 2009 und Jänner 2010 geführt.

Name	Dauer Interview [min]	Zeitpunkt Interview
Herr Anton	33 min.	November 2009
Herr Berthold	64 min.	Dezember 2009
Herr Cäsar	52 min.	Dezember 2009
Herr Dietrich	47 min.	Dezember 2009
Herr Emil	35 min.	Jänner 2010

Tabelle 3: Länge der Interviews – reine Sprechzeit

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Nach dem Interview fertigte ich Memos hinsichtlich des subjektiven Empfindens und der Eindrücke an. Im Anschluss wurden die Interviews transkribiert.

Die Interviews wurden mit der offenen Eingangsfrage: „Erzählen Sie mir bitte die Geschichte Ihrer Trauer“ eröffnet, um damit den Männern die Möglichkeit zu geben zu Beginn über selbst gewählte Themen zu sprechen und offen über ihr

Erleben zu berichten. Da es sich hierbei um ein sehr sensibles Thema handelte, war es wichtig ein Vertrauensverhältnis entstehen zu lassen. Ein Leitfaden mit Stichworten wurde von der Interviewerin benützt um Inhalte aus der zuvor bearbeiteten Literatur zu vergleichen bzw. bei Nachfragen ansprechen zu können.

3.6 Datenanalyse

3.6.1 Offenes Kodieren

Die auf Tonband aufgenommenen Gespräche wurden transkribiert und in die Software MAXQDA 2007 importiert und nach den Auswertungsschritten der Grounded Theory kodiert.

Als erster Schritt wird das offene Kodieren angewandt. Dieser Schritt ist der Analyseteil, der sich insbesondere mit dem Benennen und Kategorisieren der Phänomene mittels eingehender Untersuchung der Daten bezieht. Während dieses Prozesses werden die Daten aufgebrochen und auf Ähnlichkeiten und Unterschiede verglichen (vgl. Strauß (1996), S. 44).

Die Texte wurden nach der ersten Lesung nach den Kriterien: „Erleben der Trauer“, „Bedürfnisse bei der Trauer“ und „Erleben im Krankenhaus“ überprüft, relevante Textstellen markiert und offen kodiert. (siehe Abbildung 2)

143 Zeitpunkt habe ich mit meinem Vater	<p>Unterstützung durch die Familie (1)</p> <p>den Alltag meistern (1)</p> <p>Unterstützung durch die Familie (1)</p> <p>Hineingenommen fühlen (3)</p> <p>Abschied nehmen (2)</p> <p>die Paarbeziehung schützen (2)</p>
144 schon am Friedhof ein Grab ausgesucht -	
145 lacht – ganz verrückt eigentlich – also	
146 meine Art der Trauer und da kommen wir	
147 jetzt eh darauf hin, war um die Dinge zu	
148 kümmern, die halt für mich irgendwie	
149 machbar sind, die Agnes hat nicht raus	
150 können, hat halt ihre Eltern um sich	
151 gehabt, ich zum Glück meine auch – ich	
152 hab meine Mutter, meinen Vater und	
153 meine Schwester angerufen und die sind	
154 sofort alle gekommen und die kommen	
155 alle von weit – meine Schwester lebt in X,	
156 und die sind alle gleich gekommen und	
157 das war das schöne daran zu sehen, dass	
158 die Familie, auch wenn sie weiter verstreut	
159 ist, trotzdem gut funktioniert und ja – an	
160 diesen beiden Tagen habe ich auch nicht	
161 sehr – aber doch wahrgenommen fühlt,	
162 also ich hatte das Gefühl, es wird nicht auf	
163 mich vergessen – und jetzt weiß ich auch	
164 wieder, was ich sagen wollte, weil die	
165 Agnes hat dann die Nacht im	
166 Krankenhaus verbracht und wir haben halt	
167 ausgemacht, wir schreiben Briefe und	
168 geben den halt mit und sie hat dann den	
169 Laptop mitgebracht und hat dann	
170 rumrecherchiert und für uns war relativ	
171 schnell klar, weil wir haben das auch oft	
172 gelesen, dass man aufeinander Rücksicht	
173 nehmen muss, in der Art und Weise, wie	
174 man trauert und das machen wir bis heute	
175 so, also ich weiß, dass sie öfters traurig	
176 ist, als ich, sie weiß, dass ich meine	
177 Trauer immer noch ein bisschen	
178 unterdrücke, wahrscheinlich nach dem	

Abbildung 2: eigene Darstellung des Textes und den offenen Codes

3.6.2 Axiales Kodieren

Axiales Kodieren ist der Prozess des In-Beziehung-Setzen der Subkategorie zu einer Kategorie. Beim axialen Kodieren geht es um das Entwickeln und In-

Beziehung-Setzen von Kategorien nach dem paradigmatischen Modell ausgerichtet (vgl. Strauß (1996), S. 92f).

Das paradigmatische Modell des axialen Kodierens legt kausale Beziehungen (Der Abschied vom Kind, der zur Trauer führt) unter spezifischen Rahmenbedingungen zugrunde. Die Wirksamkeit der gesetzten Strategien in Bezug auf die entsprechenden Konsequenzen wird überprüft. Stark vereinfacht stellt sich das Modell im Folgenden dar:

(A) Ursächliche Bedingungen → (B) Phänomen → (C) Kontext → (D) Intervenierende Bedingungen → (E) Handlungs- und interaktionale Strategien → (F) Konsequenzen

(vgl. Strauß (1996), S. 78)

Alle Codes aller Interviews wurden überprüft und den Modellschritten mittels Overcodes zugewiesen.

Das Phänomen „Männertrauer“ wurde in folgende Kategorien gemäß Forschungsfragen und Methodik unterteilt. Den einzelnen Kategorien wurden wiederum ähnliche Codes zugewiesen und geordnet. Der Kontext wurde in dieser Arbeit nicht beleuchtet.

Kategorien:

- (A) Ursächliche Bedingungen
- (B) Phänomen: Trauer der Väter
- (B1) Eigenschaften der Trauer
- (D) Was beeinflusst die Trauer
- (E) Strategien zur Bewältigung der Trauer
- (F) Konsequenzen

Zugewiesene Codes im Detail:

Obercode	Code
Trauer erleben	Schock erleben
Trauer erleben	Totale Verzweiflung
Trauer erleben	schlimmster Tag erleben
Trauer erleben	Trauer als offene Wunde
Trauer erleben	Trauer in Wellen erleben
Trauer erleben	Angst haben
Trauer erleben	Trauer als konstant erleben
Trauer erleben	Trauer für „sich alleine“ haben
Beeinflusst Trauer	Von der Technik abhängig sein
Beeinflusst Trauer	Schutzraum bekommen / nicht bekommen
Beeinflusst Trauer	Gute / Schlechte Betreuung im Krankenhaus
Beeinflusst Trauer	Pflege soll Hilfestellung zur Vernetzung geben
Beeinflusst Trauer	Wechsel der Hebamme während der Totgeburt
Beeinflusst Trauer	Drängen zu Entscheidung
Beeinflusst Trauer	Betreuung durch MOKI
Beeinflusst Trauer	Umsorgt fühlen
Beeinflusst Trauer	Hineingenommen fühlen
Beeinflusst Trauer	Störung erfahren
Beeinflusst Trauer	Schock durch Behandlungsvorschlag

Obercode	Code
Beeinflusst Trauer	Unsicherheit der Ärzte überträgt sich
Beeinflusst Trauer	Arzt als „kalt“ erlebt
Beeinflusst Trauer	Zeit für Verabschiedung definieren
Beeinflusst Trauer	Als Vater ausgeschlossen werden
Beeinflusst Trauer	Erst spät darüber sprechen können
Beeinflusst Trauer	Unterstützung im Freundeskreis
Beeinflusst Trauer	Angst vor finanziellen Belastungen (Grabstelle kaufen)
Beeinflusst Trauer	Einschränkungen im Beruf erleben
Beeinflusst Trauer	Unterstützung der Familie
Beeinflusst Trauer	große Emotionen nicht leben können
Bewältigungsstrategie Trauer	Das Kind nackt sehen wollen
Bewältigungsstrategie Trauer	Das Kind der Familie vorstellen
Bewältigungsstrategie Trauer	Zwiesprache mit dem toten Kind
Bewältigungsstrategie Trauer	Abschied nehmen
Bewältigungsstrategie Trauer	Antworten auf das Warum finden
Bewältigungsstrategie Trauer	Gemeinsam weinen
Bewältigungsstrategie Trauer	Den Alltag meistern
Bewältigungsstrategie Trauer	Ruhe finden im Chaos

Obercode	Code
Bewältigungsstrategie Trauer	Nähe zu lebendem Kind suchen
Bewältigungsstrategie Trauer	Fokus auf lebendes Kind
Bewältigungsstrategie Trauer	Dem Kind am Friedhof nahe sein
Bewältigungsstrategie Trauer	Entlastung am Grab erfahren
Bewältigungsstrategie Trauer	Trauer zulassen
Bewältigungsstrategie Trauer	Fotografie als Hilfe in der Trauer
Bewältigungsstrategie Trauer	Weinen als Befreiung
Bewältigungsstrategie Trauer	Bewusst trauern wollen
Bewältigungsstrategie Trauer	Auszeit nehmen
Bewältigungsstrategie Trauer	Priester holen
Bewältigungsstrategie Trauer	Trauer in den Alltag einbinden
Bewältigungsstrategie Trauer	Nicht alleine sein wollen
Bewältigungsstrategie Trauer	Geschwisterkind einbinden
Bewältigungsstrategie Trauer	Die Geburt bewusst erleben
Bewältigungsstrategie Trauer	Toter Körper als Beweis
Bewältigungsstrategie Trauer	Auf den Tod vorbereiten
Bewältigungsstrategie Trauer	Kind begraben können
Bewältigungsstrategie Trauer	Sarg selbst zum Grab tragen
Bewältigungsstrategie Trauer	Erinnerungen behalten
Bewältigungsstrategie Trauer	Trauer mitteilen – positive / negative Reaktion
Bewältigungsstrategie Trauer	Information holen / bekommen
Bewältigungsstrategie Trauer	Entlastung durch

Obercode	Code
	Selbsthilfegruppe
Bewältigungsstrategie Trauer	Suche nach Betroffenen
Bewältigungsstrategie Trauer	Darüber reden als Entlastung
Bewältigungsstrategie Trauer	Trauer verdrängen
Bewältigungsstrategie Trauer	Trauer nicht „rankommen“ lassen
Bewältigungsstrategie Trauer	Durch Administratives ablenken können
Bewältigungsstrategie Trauer	Nur kurze Erklärungen geben wollen
Konsequenz	Angst um die Folgeschwangerschaft
Konsequenz	Nachher war nichts mehr so wie vorher
Konsequenz	Neuanfang erleben

Tabelle 4: Codes und Obercodes

4 Ergebnisse

4.1 Erleben der Trauer

4.1.1 Schock erleben

Die Tatsache, mit dem Tod des Kindes konfrontiert zu sein, löst in den Vätern einen tiefen Schock aus. Vier Väter wurden völlig unvorbereitet damit konfrontiert, drei der Männer erfuhren bei einer Routineuntersuchung vom Tod des Kindes. Ein Paar, dessen Schwangerschaft bereits sehr problematisch war, konnte sich durch sehr schlechte körperliche Werte des Kindes auf den nahenden Tod vorbereiten. Der fünfte Interviewpartner wurde während einer Autofahrt durch den Anruf seiner Frau vom Tod des Kindes informiert und fuhr dann sofort ins Krankenhaus.

„... von dem Zeitpunkt an, war es ein einziger Schock. Besonders natürlich die erste Woche, ich bin dann gleich ins Spital gefahren...“ (Int. 2 / Abs. 4)

„...ich weiß gar nicht, wie es A. (der Mutter) gegangen ist, aber da waren wir beide unter Schock irgendwie...“ (Int. 2 / Abs. 41)

Dieser Schockzustand lähmt die Eltern, er macht sie völlig hilf- und planlos. Sie wurden mit dem Tod ihres ungeborenen Kindes konfrontiert und erwarten die Geburt eines toten Kindes. Alle Wünsche und Vorstellungen, die während der Schwangerschaft in den Köpfen der Eltern entstanden, werden mit einem Schlag beendet.

4.1.2 Totale Verzweiflung

Das Ereignis löst bei einigen Eltern totale Verzweiflung aus, sie wurden mit dem Tod des ungeborenen Kindes konfrontiert, sie empfinden Verzweiflung, gepaart mit dem Gefühl des „Nicht wahrhaben Wollen“.

„Eigentlich zuerst die totale Verzweiflung, dieses „Nicht wahrhaben wollen“ –

immer wieso, - wieso trifft es uns? (Int. 4 / Abs. 34)

Dieser Vater verbalisiert „Wieso trifft es uns?“ in Kombination mit totaler Verzweiflung – er erlebte die Geburt sehr traumatisch, seine Frau und er hatten sehr schlechte Erfahrungen im Krankenhaus und wurden nach der Geburt nicht unterstützt.

4.1.3 Schlimmster Tag

Alle fünf befragten Männer beschreiben den Tag, an dem das Kind tot geboren wurde, als den schlimmsten Tag – es ist der Tag an dem Ängste und Vorerwartungen eintreffen und durch die Geburt des Kindes wahr werden.

„...das war der schlimmste Tag, wo ich Trauer empfunden habe...“ (Int. 1 / Abs. 8)

„Sie (die Angst) hat sich gesteigert, dann wie sie auf der Welt war, dann war natürlich alles los, dann haben wir geheult, ich mein, wir haben vorher auch geheult, aber dann war es natürlich am schlimmsten. (Int. 2 / Abs. 89)

An diesem schlimmsten Tag steht alles still – ein Vater erlebt die Totgeburt und bezeichnet alles, was er kurz nach der Geburt tat als Vorgang des „Funktionierens“ – nicht als „bewusste Handlung“.

„Ja, man steht ja irgendwie neben sich, man macht zwar was, aber man macht es nicht bewusst, man funktioniert zwar, man macht eigentlich nix bewusst, so wie man es sonst macht.“ (Int. 4 / 32)

4.1.4 Trauer als offene Wunde erleben

Trauer dringt tief in den Körper der Väter und wird als „*offene Wunde*“ beschrieben. Diese Beschreibung birgt aber auch eine zeitliche Dimension. Wunden sollen heilen – wenn eine Wunde geheilt ist, erwartet man sich

Gesundung. Die Väter erleben die Trauer als offene Wunde, die nicht heilt.

„Wenn man es ganz hart formulieren will, kann man sagen, dass die Zeit auch diese Wunde einmal abdecken wird, heilen wird sie sicher nie aber es ist schwer zu sagen...“ (Int. 2 / Abs. 13)

„... und vielleicht ist die Wunde nicht mehr so tief, aber besser ist es immer noch nicht geworden und leider lassen es die Umstände nicht immer zu, dass ich gerne so trauern kann, wie ich gerne möchte.“ (Int. 2 / Abs. 15)

4.1.5 Trauer in Wellen erleben

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus stellt sich das Elternpaar wieder langsam dem Alltag. Nun erleben die Eltern die Trauer daheim, in der Umgebung, in der sie eigentlich geplant hatten, das Kind aufwachsen zu sehen und zu versorgen. Die interviewten Väter nahmen wieder ihre beruflichen Tätigkeiten auf. Sie berichten von ihrer Trauer, die sie trotzdem immer wieder einholt. Ein Vater verwendet das Bild von „Wellen“, die seine Trauer beschreiben.

„... und jetzt merk ich halt schon, dass es weniger wird, jetzt werde ich nur nervös, wenn es nur zweimal die Woche wird, dass ich nicht dort war – also heute war ich zum Beispiel dort und am 24. – weil da ist der Tag, wo es halt passiert ist, aber die Wellen werden größer..“ (Int. 2 / Abs.14)

4.1.6 Trauer als konstant erleben

Trauer verändert sich. Angefangen von der totalen Verzweiflung und dem Schock der ersten Stunden, der nach der Konfrontation mit dem Tod des Kindes beginnt, entwickelt Trauer Wunden, die sich nicht wirklich schließen auch wenn Zeit vergeht und die Eltern wieder ihrem Alltag folgen können, ohne sich ununterbrochen in tiefer Verzweiflung zu finden. Die Trauer über das tote Kind bleibt aber in der Familie. Sie hat ihren fixen Platz und wird als „konstant“ erlebt. Ein Vater empfindet ca. 10 Monate nach dem Tod seines Kindes immer noch

eine sehr tiefe, konstante Trauer.

„...also es gibt jetzt Umstände, die es jetzt nicht so zulassen, dass ich mich so gehen lassen kann bei der Trauer und was ich auf jeden Fall merke, ist dass es jetzt nicht wirklich besser ist als damals, definitiv – ich kann aber besser damit umgehen.“ (Int. 2 / Abs. 15)

4.2 Was beeinflusst die Trauer der Väter?

Aus den Interviews geht eindeutig hervor, dass viele Aspekte des Umfelds auf die Trauer wirken. Die Väter äußern sich teils euphorisch über Rahmenbedingungen, welche ihnen die Verarbeitung der Trauer erleichtert haben. Auf der anderen Seite bedauern auch Väter verlorene Chancen, die sie auf negative Bedingungen im Krankenhaus zurückführen.

Im Folgenden werden die Bedingungen, die sich aus den Interviews ergeben dargestellt:

4.2.1 Sich im Krankenhaus als Vater angenommen fühlen

Da alle Kinder im Krankenhaus geboren wurden, sind die Eltern von Beginn an die Strukturen der Institution und dem Wissen der Personen, die sie unterstützen, gebunden.

Da die Kinder zum Zeitpunkt des Eintreffens noch nicht geboren sind und die Geburt noch bevorsteht, beschränkt sich die Rolle des Mannes noch in der „Begleitperson“ der schwangeren Partnerin, der die Geburt noch bevorsteht. Hier ist es von Anfang an wichtig den Vater einzubinden und ihn „hineinzunehmen“.

„...und ich hab, weiß nicht, offenbar das Glück gehabt, dass ich von Anfang an auch irgendwie sehr wahrgenommen worden bin. Also, natürlich war das Hauptaugenmerk eigentlich fast immer auf der A., es haben mich viele Leute gefragt, wie es mir geht.“(Int. 2 / Abs. 4)

Väter sind in diesem Moment sehr auf ihre Frauen fixiert und nehmen sich in diesem Moment selbst nicht richtig wahr. Hier zeigt sich, dass das Personal im Krankenhaus von Anfang an auch den Vater als wichtige Trauerperson anerkennen und ihn in die Situation gut eingliedern muss.

„Naja, also ich hab da nicht erwartet, dass sich da alles um mich dreht, mir ging es da hauptsächlich um meine Frau und hab da nicht das Gefühl gehabt, eine spezielle Betreuung zu bekommen...“ (Int. 3 / Abs. 11)

Daher ist es wichtig die Mutter und den Vater als Eltern anzuerkennen und sie beide als Einheit zu betreuen.

„Ich habe das Gefühl gehabt, dass die X (Name der Frau) nicht als X wahrgenommen wurde und ich als ihr Mann, sondern wir als Einheit.“ (Int. 2 / Abs. 33)

4.2.2 Erfahren der Todesnachricht

Medizinische Interventionen und das Auftreten des Personals bleiben stark in Erinnerung. Die Väter registrieren kritische, uneindeutige Situationen. Sie sind in ihrer Rolle des Beschützers und nehmen jedes Detail wahr.

„...dann sind wir ins Krankenhaus gefahren und man hat sie ans CTG angehängt, hat den Puls von meiner Frau mit dem vom Kind verwechselt, und dann haben sie gemeint, ja – dauert halt noch und dann war großes, hektisches Tam Tam und bis sie uns gesagt haben, dass die Kleine schon gestorben ist und das hat uns die Hebamme mit einem Lächeln im Gesicht gesagt, das war besonders hart, da hab ich mir gedacht, vor allem im Nachhinein denkt man sich...(schweigt)“ (Int. 4 / Abs. 3)

4.2.3 Erwarten der Totgeburt

Im Krankenhaus werden die nächsten Schritte besprochen. Das medizinische Personal informiert die Eltern über die nahende Geburt des toten Kindes. Die Väter verfolgen diese Gespräche sehr aufmerksam und kritisch. Sie möchten weiterhin für ihre Partnerinnen da sein, sie möchten verstehen, was nun genau

passiert.

„Ich war bei allem dabei, die Sachen war mehr oder weniger gut erklärt, insbesondere der Oberarzt hat das gut gemacht – naja – sonst wäre er nicht Oberarzt – der war ziemlich „tough“ und der war aus unserer Sicht – oder aus meiner Sicht – etwas kalt zu uns...“ (Int. 2 / Abs. 33)

Die Informationen sind auch im Zusammenhang von schwierigen Entscheidungen zu sehen, die die Eltern letzt verantwortlich treffen müssen. Diese werden in extremen emotionalen Notsituationen abverlangt und treffen die Eltern meist völlig unvorbereitet.

4.2.4 Kaiserschnitt - in die Entscheidungen eingebunden sein

Das Thema Kaiserschnitt wurde in allen fünf Interviews angesprochen. Nach der Diagnose, dass das Kind nicht mehr lebt, steht das Thema Kaiserschnitt im Raum. Dem spontanen Wunsch der Eltern, die Geburt schnell und schmerzlos für die Mutter zu gestalten, muss vom Krankenhauspersonal psychologisch sensibel begegnet werden.

„Die erste Reaktion war, dass wir dann sofort gesagt haben – Kaiserschnitt und raus, worauf dort abgeraten worden ist, weil man kann sowieso nix machen und dann hätten wir noch die Operation gehabt, also am besten ist auf dem natürlichen Weg zu machen...“ (Int. 5 / Abs. 7)

„Vater: ...die Geschichte war die, dass wir am Anfang sehr entsetzt waren, dass kein Kaiserschnitt gemacht wird. Das hat uns ziemlich fertig gemacht.

Interviewerin: Haben sie euch das erklärt warum?

Vater: Nein. Nicht wirklich, oja – eigentlich haben sie es schon erklärt, aber mehr aus körperlichen Gründen, sie haben gesagt, beim Kaiserschnitt muss es ein Risiko auch für das Baby geben, nachdem das Baby nicht mehr gelebt hat, ist dieses Risiko weg, daher haben sie nur noch auf die Frau geschaut und da wollen sie keine Operation machen. Das war die eine Erklärung, und ich glaube mich zu erinnern, dass er vage angedeutet hat, das aus psychologischen

Gründen blablabla – das kann ich jetzt schon nachvollziehen. Jetzt im Nachhinein bin ich froh, dass es so war, weil ich glaub, wenn sie einen Kaiserschnitt gemacht hätten, wäre es noch schlimmer gewesen.“ (Int. 2 / Abs. 9-11)

„...am Anfang waren wir schon schockiert, dass kein Kaiserschnitt gemacht wird“ (Int. 2 / Abs. 33)

Die Erklärung, dass eine natürliche Geburt nicht nur aus medizinischen Gründen schonender für die Mutter, sondern auch psychologisch wichtig für ein gemeinsames Geburtserlebnis ist, können Eltern erst nach der Totgeburt wirklich erfassen. Sie benötigen in dieser Phase sehr viel Unterstützung und Beistand.

4.2.5 Betreuung und Ruhe

Während der Geburt selbst nehmen die befragten Väter kaum Betreuung wahr – zu sehr sind sie und ihre Partnerin mit sich selbst und dem Geburtsvorgang beschäftigt – hier wurden in den Interviews keine Wünsche oder andere Bedürfnisse formuliert – zu stark wirken hier die Emotionen zwischen den Partnern und dem noch ungeborenen Kind.

Kurz nach der Geburt beginnt die Phase der überschäumenden Emotionen und des gemeinsamen Weinens und der starken Erschöpfung. Wieder ist der Schutzraum das zentrale Thema – das Paar braucht nun Intimität und Ruhe um das Kind zu begrüßen und wahrzunehmen. Diese wurde auch in vier Fällen positiv erwähnt und gut angenommen. Nur ein einziges Krankenhaus erfüllte diese Voraussetzung nicht.

„... und dann haben sie uns praktisch in eine Abstellkammer abgeschoben und eine halbe Stunde später sind sie gekommen mit irgendwelchen Papieren, ja wie wir jetzt weiter vorgehen wollen, ob wir Begräbnis selber organisieren wollen, ob wir ein Sammelgrab wollen, oder was auch immer, das müssten wir dann entscheiden und unterschreiben. Das war die ganze Betreuung, die wir in

diesem Punkt bekommen haben ...“ (Int. 4 / Abs. 4)

Dieses Paar erlebt sehr traumatische Stunden, vollkommen alleingelassen und unversorgt. Das Bedürfnis nach einem eigenen Raum, um sich intensiv mit dem Kind zu befassen, wird nicht erfüllt. Die Zeitspanne, die dieses Paar mit dem Kind verbringt ist auch die kürzeste von allen Befragten. Die Einzelheiten dieser schlechten Betreuung werden vom Vater deutlich verbalisiert. Sie haben ihn tief getroffen. Sein Vertrauen in medizinische Institutionen ist stark erschüttert.

Ein anderer Vater wurde sehr gut betreut. Er hat die Stunden gut nutzen können, um sein Kind kennen zu lernen. Der Schutzraum wurde gegeben und vom Paar gut angenommen.

„Naja, am Nachmittag, wie wir da mit dem Kind alleine waren, da hat schon jemand manchmal reingeschaut und gefragt, ob wir was brauchen, aber wir haben dann gesagt, wir wollen jetzt alleine sein und ein bisschen diese Zeit für uns zu dritt haben, wir wussten ja, es sind nur ein paar Stunden und die wurde uns gegeben und da hat uns niemand unter Druck gesetzt und gesagt, wir müssen da dieses und jenes tun, und wenn wir etwas wollten, dann haben wir es bekommen, das schon.“ (Int. 3 / Abs. 18)

Nach diesen erster Phase, in der das Paar Ruhe und Intimität braucht, beschreiben die drei Väter, dass dann der Moment kam, in dem sie das Kind wieder hergeben wollten, weil sie das Gefühl hatten, es wäre jetzt notwendig. Keiner konnte beschreiben, warum sie das Kind schon nach relativ kurzer Zeit (meist ein bis zwei Stunden) wieder in die Obhut des Pflegepersonals übergaben, vor allem, weil vier Väter beschrieben, dass sie noch Zeit gebraucht hätten, ihre Kinder näher und intensiver zu erleben. Zu dieser Ambivalenz mehr Zeit mit dem Kind zu brauchen aber die Zeit, die man hat offenbar nicht so zu gestalten wie es dann bei einer nachträglichen Reflexion gewünscht wäre, gibt der folgende Ausschnitte Hinweise.

„Was ich zum Beispiel gerne früher gewusst hätte war, wie lange wir das Kind nach der Geburt bei uns haben können. Es hat uns niemand aufgefordert, das

Kind jetzt wegzugeben, es hat uns aber auch niemand gesagt, wie lange wir es haben können. Wir haben die (Name des Kindes) glaub ich eine Stunde gehabt, eine Stunde nach der Geburt in einem abgeschotteten Raum...“ (Int. 2 / Abs. 43)

Vater: „Wir haben einen Raum gehabt für uns alleine und wir haben eben nicht gewusst, wie lange die X (Name des Kindes) eigentlich bei uns bleiben darf.

Interviewerin: Das wäre dir wichtig gewesen, weil du dann hättest planen können, weil du dann nicht Angst haben hättest müssen, dass die Zeit gleich vorbei ist?

Vater: Nein, nein, wir haben sie aus freien Stücken hergegeben, aber nur, weil wir nicht wussten, wie viel Zeit man mit einem verstorbenen Kind noch verbringen kann (Int. 2 / Abs. 46-49).

4.2.6 Ruhe wird nicht gewährt

Väter sind für das Pflegepersonal Ansprechpartner, wenn es um Formalitäten und administrative Fragen geht. Dieser Aufgabe fühlen sie sich auch grundsätzlich verpflichtet. Sie versuchen auch, ihren Beitrag zu leisten und ihrer Rolle als „Familienmanager“ zu entsprechen. Sie beschreiben in den Interviews, dass sie sich hier gefordert und der Situation gewachsen fühlen, doch sind sie gleichzeitig in tiefer Trauer. Sie formulieren stark den Wunsch nach Rücksicht und Hilfe, wie die notwendigen Formalitäten möglichst effizient zu erledigen sind und nicht unnötigen Wegen oder fehlenden bzw. falschen Informationen ausgesetzt zu werden.

„...also am Morgen dann eigentlich, und was mich noch wütender gemacht hat, am nächsten Tag rufen mich die an, sie brauchen noch irgendwie eine Unterschrift, eben für die Begräbnisformalitäten. Ich fahr rein, es war Sonntag, super – ich muss rauf auf die Kinderstation, wo eben oben alle gestanden sind, Besuch halt, ich geh rauf zur Hebamme und sage, was ist? Na eben wegen dem Begräbnisformalitäten - und dann sag ich, ich hab mit dem örtlichen Bestattungsunternehmen telefoniert, ich hab die schon beauftragt. Sagt sie: Na dann brauch ich eh nix mehr von ihnen.“ (Int. 4 / Abs. 4)

„Na da war ich schon kurz vom Auszucken, ich hab mir gedacht, na – das hätten sie mir am Telefon nicht sagen können...“ (Int. 4 / Abs. 7)

4.2.7 Betreuung nach dem Klinikaufenthalt

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist das Paar wieder sich selbst überlassen. Es braucht Unterstützung bei der Bewältigung der Totgeburt. Vier von fünf Interviewpartnern nahmen dafür professionelle Hilfe in Anspruch. Die Informationen über das Angebot für Hilfestellungen erwarten verwaiste Väter vom Krankenhaus. Sie erwarten Bereitstellung von Informationsmaterial für den weiteren organisatorischen Ablauf von Behördenwegen und dem Begräbnis. Sie benötigen auch gezielte Beratung über Angebote für ihre ganz spezielle Trauersituation.

„...und das wir dann vom Land Niederösterreich Betreuung gekriegt haben, ist eigentlich Zufall, weil meine Frau war ein paar Tage später bei ihrem Hausarzt und der war aber nicht da, sondern es war eine junge Vertretung da, eine junge Ärztin, die gerade schwanger war – da hab ich mir gedacht – na super – aber die hat unseren Fall gehört und war sehr erschüttert und die hat uns dann diese Betreuung über die MOKI und übers Hospiz in Niederösterreich vermittelt.“ (Int. 4 / Abs. 7)

„Ich hätte mir nur gewünscht, dass man uns beim Verlassen des Krankenhauses dann etwas mitgibt oder eine Telefonnummer sagt, mit „Sie können sich dann dorthin wenden, wenn Sie das wollen.“ (Int. 3 / Abs. 18)

4.2.8 Gemeinsam die Last tragen

Trauern als Paar

Die Partnerin ist der wichtigste Ansprechpartner bei der Trauerbewältigung. Sie ist die Mutter des totgeborenen Kindes und damit die wichtigste Person im Trauerverbund mit dem Mann.

„Ja – mit meiner Frau, das war das Allerwichtigste. Wir haben gehört, dass so

was auch eine Beziehung zerstören kann, oder gefährden kann und das wollten wir auf keinen Fall, da sagt man, man hat es schon schwer genug, da müssen wir nicht auch noch unsere langjährige Beziehung, wir haben uns da schon 11 Jahre gekannt und waren schon 5 Jahre verheiratet, da haben wir gesagt, schwer genug wenn es einer tragen muss, und wenn man es gemeinsam tragen muss, muss das nicht auch noch dazukommen, nicht und es kann ja keiner was dafür.“ (Int. 4 / Abs. 73)

Im unterschiedlichen Takt trauern

Unterschiedliches Trauerverhalten der Paare wird von allen fünf Interviewpartnern aktiv angesprochen und hat starken Einfluss auf den Trauerverlauf der Väter. Einerseits wird die Belastung, andererseits aber auch das Zusammenwachsen betont. Das Überwinden der Schwierigkeiten, die dadurch entstehen, wird als Bedingung für Trauerarbeit und dem Gelingen der Partnerschaft gesehen.

Alle fünf Männer leben nach wie vor in Beziehung mit der Mutter des Kindes und wurden Vater eines weiteren Kindes. Drei Väter sprachen darüber, dass die Partnerschaft durch die gemeinsame Bewältigung der Totgeburt gestärkt und intensiver wurde. Zwei Interviewpartner betonten das Bedürfnis, die Partnerschaft zu schützen, da sie sich der Gefahr, die durch dieses Ereignis auf die Beziehung zukommen könnte, bewusst waren.

Ein Vater verwendet den Begriff „in unterschiedlichem Takt trauern“ und erklärt damit sehr bildlich die Problematik des genderspezifischen Trauerverhaltens.

„...für uns war relativ schnell klar, weil wir haben das auch oft gelesen, dass man aufeinander Rücksicht nehmen muss, in der Art und Weise, wie man trauert und das machen wir bis heute so, also ich weiß, dass sie öfters traurig ist als ich, sie weiß, dass ich meine Trauer immer noch ein bisschen unterdrücke, wahrscheinlich nach dem dreiviertel Jahr wahrscheinlich mehr, als vorher, aber wir haben uns beide gehabt, das war sehr wichtig und wir haben beide gewusst, wie wir aufeinander Rücksicht nehmen müssen, dass wir nicht im selben Takt trauern müssen.“ (Int. 2 / Abs. 11)

Aufeinander Rücksicht zu nehmen und vor allem, das unterschiedliche Trauerverhalten nicht als Vorwurf zu formulieren, ist allen Befragten wichtig und wird auch aktiv in der Beziehung besprochen.

„Ja – wir haben halt darüber gesprochen, wir wussten, wir mussten damit umgehen lernen, beide, wir dürfen nicht den Fehler machen, dass man sagt, du trauerst ja nicht, weil der andere sich anders verhält, weil nicht jeder trauert gleich. Der eine drückt das so aus, der andere so, das war uns schon klar, dass das auch für unsere Beziehung eine extreme Belastung ist.“ (Int. 4 / Abs. 35)

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei dem unterschiedlichen „Takt“ der Trauer ist das Bewusstsein, das unterschiedlich nichts damit zu tun hat, ob jemand „mehr“ oder „weniger“ trauert.

„Ich kann nur von mir ausgehen, wir trauern auf unterschiedliche Weise, aber das kann man nicht klassifizieren, ob das mehr oder weniger Trauer ist.“ (Int. 3 / Abs. 68)

Ein Vater spricht von einem Angleichen der Trauer von Paaren mit Hilfe gemeinsamer Rituale. Für ihn ist, nachdem die Totgeburt nun bereits fast drei Jahre vergangen ist, eine Angleichung in der Trauer spürbar, da er die Trauerrituale seiner Frau annehmen konnte und auch selbst darin Hilfe findet.

„...inzwischen haben wir gelernt, damit umzugehen. Ich glaube eher, unsere Trauer hat sich nun angeglichen und war am Anfang verschiedener, weil ich diese Art des Zelebrierens und die Rituale jetzt gut finde...“ (Int. 3 / Abs. 56)

4.2.9 Das Gemeinsame in der Familie

Die interviewten Männer wandten sich primär alle an ihre Familien um Unterstützung zu bekommen, erfuhren hier sehr verschiedene Reaktionen auf die Totgeburt. Die Familie nimmt eine zentrale Rolle ein, wenn es um das erste Auf-fangen nach der Totgeburt geht. Die ersten, die benachrichtigt werden, sind Familienmitglieder, sie kommen ins Krankenhaus und unterstützen die Eltern

nach der Geburt in der ersten Zeit zu Hause. Drei Väter unterstreichen die Wichtigkeit der Familienzusammengehörigkeit, indem sie betonen, dass ihre Mütter nach dem Ereignis im Haushalt halfen. Ein Vater hat ein ganz besonderes Verhältnis zu seinem Vater, der ihm große Hilfe bei der Vorbereitung des Begräbnisses leistete.

„Wir haben sowohl zu meiner, als auch zu ihrer Familie ein nahes und auch ein sehr gutes Verhältnis, sie haben uns dann auch beim Begräbnis finanziell sehr unterstützt und haben dann auch daran sehr teilgenommen, immer gefragt, was kann man tun, wie kann man helfen? Natürlich man weiß es oft gar nicht, wie man da am besten helfen kann, aber die Bereitschaft war da.“ (Int. 3 / Abs. 41)

Familien verstärken den Schutz, den das betroffene Paar braucht, sie bilden eine Einheit und übernehmen sofort Hilfestellungen im Alltag, sei es die Betreuung von Haushalt oder Geschwisterkindern.

„Die X (Name der Frau) hat nicht raus können, hat halt ihre Eltern um sich gehabt, ich zum Glück meine auch – ich hab meine Mutter, meinen Vater und meine Schwester angerufen und die sind sofort alle gekommen und die kommen alle von weit – meine Schwester lebt in S. und die sind alle gleich gekommen und das war das Schöne daran zu sehen, dass die Familie, auch wenn sie weiter verstreut ist, trotzdem gut funktioniert.“ (Int. 2 / Abs. 11)

Doch nicht immer kann Familie helfen und die Eltern unterstützen, Familienzugehörigkeit ist nicht immer automatisch gleichbedeutend mit Verständnis und Sensibilität. Auch nahe Verwandte finden nicht sofort den richtigen Weg mit dem Geschehenen umzugehen.

„Weil der (Bruder des Interviewpartners) hat gleich gesagt, ich komm sofort und räume alles weg, was an das Kind erinnert, damit ihr es nicht mehr sehen braucht und so – aber das wollten wir gar nicht.“ (Int. 5 / Abs. 50)

4.2.10 Das Gemeinsame mit den Freunden

Nach den engsten Familienmitgliedern sind die Freunde der Väter wichtige Ansprechpartner. Mit ausgewählten Freunden finden viele, lange Gespräche statt, ihre Erfahrungen werden angenommen und ihr Rat geschätzt. Andererseits wird das Ereignis der Totgeburt auch als „Freundschaftsprobe“ gesehen. Alle Männer gaben an, mit Freunden gesprochen zu haben und bewerteten die Gespräche als sehr wichtig für die Trauerarbeit.

Beispiele für positive Reaktionen im Freundeskreis:

„...Ja – Freunde, wobei man erst in dem Moment merkt, wer wirklich Freunde sind und wer nicht. Ich sag mal so, über manche Leute war man positiv überrascht und über andere halt negativ überrascht. Weil, wenn man merkt, der versteht einem nicht oder der will dich nicht verstehen, der blockt ab...“ (Int. 4 / Abs. 68)

„Ja – mein bester Freund, da brauche ich mir keine Gedanken machen, dem kann ich das immer erzählen...“ (Int. 2 / Abs. 29)

Beispiel für negative Reaktion im Freundeskreis:

„Ja das ist sehr verschieden, da hat es einen gegeben, wir waren kurz nachdem es passiert ist wo eingeladen, und der hat gleich gesagt – was tut ihr euch da an? Ist halt gestorben – macht’s ein Neues! – und solche Sachen, da braucht man ja gar nicht darüber reden und dann waren andere, die haben Zwillinge bekommen und alles, die haben zwar 2 Wochen gelebt aber dann sind sie auch gestorben, dann hat man sich mit denen ausgetauscht, sozusagen...“ (Int. 5 / Abs. 48)

„...außer mit 2 oder 3 – die das Thema irgendwie ignorieren, wo ich aber auch nicht das Bedürfnis habe, das Thema auf den Tisch zu bringen, weil was ich schon gemerkt habe, dass sich dann beim einen oder anderen die Lust auf meine Freundschaft etwas senkt, was jetzt nicht auf Dauer sein muss, aber ich habe einen Freund, der das Thema total ignoriert hat, den sehe ich seitdem

überhaupt nicht mehr, ja aber das kann sich ändern.“ (Int. 2 / Abs. 29-31)

4.2.11 Das berufliche Umfeld

Alle Väter kehrten nach der Totgeburt innerhalb weniger Wochen wieder zurück an den Arbeitsplatz. Dort erfuhren sie unterschiedliche Reaktionen auf das Erlebte. Während drei Väter von Verständnis seitens der Unternehmen und dem Angebot, bei Problemen jederzeit Urlaub oder Auszeiten nehmen zu können sprachen, berichtete ein Mann von großen Schwierigkeiten im alten Unternehmen und wechselte den Arbeitsplatz.

„Ja und dann war ich nach einem Monat in der Firma und einem einzigen Tag Krankenstand und dann kam es irgendwann später zu einem Mitarbeitergespräch, weil ich halt unkonzentriert war beim Arbeiten und ich vorher schon nicht so viel Lust gehabt habe, es war eigentlich schon eine etwas längere Zeit, weil sonst hätte ich auch diese Auszeit nicht wollen und ich war nach 9 Jahren schon ein bisschen ausgepowert und dann bei dem Mitarbeitergespräch sagt mir mein Chef beinhart ins Gesicht, dass mir nur drei Tage zugestanden wären für den Tod meiner Tochter und dass ich das ausgenutzt hätte um spontan auf Urlaub zu fahren und das war für mich der Zeitpunkt um darauf zu „sch..“ (flucht) und zu kündigen.“ (Int. 2 / Abs. 92)

4.3 Strategien zur Bewältigung der Trauer

4.3.1 Begegnung mit dem toten Kind

Mit dem Moment der Geburt beginnt die intensivste Phase der Trauerbewältigung. Die Stunden vor der Niederkunft werden zwar als wichtige Zeit der „Vorbereitung“ empfunden, aber der erste Blick auf das Kind, ohne Herzschlag und Atmung macht es real. Diese Situation wird von allen Männern auch im Interview höchst emotional beschrieben. Die ersten Minuten und Stunden mit dem gerade geborenen Kind werden einerseits als sehr wertvoll, andererseits als tief verstörend beschrieben. In dieser Phase brauchen Männer und Frauen viel Ruhe aber auch viel Unterstützung. Sie wollen Zeit mit dem Kind so intensiv wie möglich erleben und aktiv „Eltern“ des Kindes sein. Der Wunsch nach

Baden, Salben und Bekleiden des Kindes wird deutlich ausgesprochen, Erinnerungen können nur entstehen, wenn etwas gemeinsam mit dem Kind „erlebt“ wird.

Zeit mit Kind

Zeit mit dem Kind zu haben, wird als entscheidend und wertvoll beschrieben. Die Möglichkeit Zeit mit dem Kind zu verbringen und sie aktiv zu erleben, ist wegweisend für den weiteren Trauerverlauf.

„Wir haben auch viel Zeit verwenden können, als das Kind dann auf der Welt war, obwohl es tot war, konnten wir Zeit mit dem Kind verbringen und Abschied nehmen, sozusagen Willkommen heißen und gleichzeitig Abschied nehmen. Das war zu Mittag und wir hatten den ganzen Nachmittag dieses Zimmer im AKH und das Kind war bei uns und wir konnten es immer wieder am Arm halten und dann erst am Abend mussten wir uns verabschieden und das war der entscheidende Tag...“ (Int. 3 / Abs. 5)

Im Arm halten / liebkosen

Das körperliche Kennenlernen und das sinnliche Wahrnehmen des Kindes schaffen eine tiefe Beziehung zu den Eltern. Die Väter haben nach der Geburt zum ersten Mal die Chance, das Kind zu spüren und es außerhalb des mütterlichen Körpers im wahrsten Sinne des Wortes „zu begreifen“. Nun können sie ihm die Zuneigung und Liebe zeigen, es wiegen und halten.

„Erst als das Kind dann geboren war, habe ich es natürlich als mein Kind schon empfunden.“ (Int. 1 / Abs. 8)

Nackt in voller Pracht

Das Wahrnehmen des Kindes in seiner körperlichen Unversehrtheit und Nacktheit ist ein wichtiger Schritt für die Väter. Drei Interviewpartner beschreiben die Momente, in denen sie ihr Kind zum ersten Mal sahen als sehr emotional und stolz.

„Wir haben das Kind eigentlich in voller Pracht gesehen, es war nur in einem einfachen Tuch gewickelt, wir haben das Kind vollständig gesehen und Fotos gemacht und uns ein kleines Album später angelegt.“ (Int. 3 / Abs. 23)

Ein Vater, dessen Kind sofort nach der Geburt versorgt, gebadet und bekleidet wurde, spricht offen davon, dass ihm der Anblick des neugeborenen, nackten Kindes fehlt.

„Dann haben wir sie anziehen lassen, mit dem Gewand, welches wir ausgesucht haben. Was mir im Nachhinein total leid tut, weil wir sie nie nackt gesehen haben, sie haben ihr sogar eine Haube aufgesetzt.“ (Int. 2 / Abs. 89)

Kind baden

Durch aktives Gestalten der Zeit mit dem neugeborenen Kind können Erinnerungen geschaffen werden, die sehr große Auswirkungen auf das retrospektive Erleben der Stunden nach der Totgeburt haben. Väter möchten sich um ihre Kinder kümmern, sie möchten die Zeit, die sie mit ihnen haben aktiv erleben und in den wenigen Stunden, die sie mit ihnen verbringen für sie sorgen, sie hegen und pflegen.

„Ich weiß nicht, ob ich es (das Kind zu baden) geschafft hätte, aber im Nachhinein frage ich mich, ob es nicht vielleicht gut gewesen wäre, man hat so wenig Erinnerungen, man sagt, man konnte sowenig tun für die Kleine, und das ist alles Gold wert. Das man sagt, zumindest einmal durfte man sie in der Hand halten, nachher dann.“ (Int. 4 / Abs. 120)

Ein Vater geht noch weiter im Formulieren seiner Bedürfnisse, er spricht offen über den Wunsch das Kind die Nacht bei sich und seiner Frau behalten zu dürfen, um das gemeinsame Einschlafen und Aufwachen zu erleben.

„Wie gesagt, wir hätten sie gerne gebadet, dass wir ihr den Strampelanzug angezogen hätten, dass sie die ganze Nacht bei uns bleibt...“ (Int. 5 / Abs. 73)

4.3.2 Verarbeiten der Trauer

Aktivitäten um Abstand von überwältigenden Emotionen zu bekommen, spielen bei allen befragten Männern eine große Rolle. Beginnend mit dem Wunsch, das Geschehen einfach „*nicht rankommen*“ zu lassen und nur „*kurze Erklärungen*“ abzugeben, um nicht von den Emotionen übermannt zu werden, wird deutlich, dass die erste Zeit nach der Totgeburt durch Ablenkung durch administrative Tätigkeiten, wie das Organisieren des Begräbnisses oder dem Erledigen von Amtswegen als Hilfe zur Verarbeitung angenommen werden. Das Wiederaufnehmen der Berufstätigkeit des Mannes führt zu einer zumindest zeitlich eingeschränkten Möglichkeit den Gedanken an die Trauer über das verlorene Kind stundenweise zu verdrängen. Daheim angekommen, konfrontiert das „*leere Kinderzimmer*“ die Männer wieder mit der Realität des Verlustes.

Das Begräbnis

Das Abnehmen organisatorischer Aufgaben ist mehr als nur der Wunsch nach Entlastung der Partnerin. Für die Väter waren diese Erledigungen und das Vorbereiten des Begräbnisses wichtige Schritte im Bewältigungsprozess. Einerseits helfen sie über die erste Zeit des Schocks, um sich abzulenken, andererseits ist das aktive Suchen einer Grabstelle und das Organisieren der Abschiedsfeierlichkeiten ein bewusstes Abschiednehmen.

„Für Trauer blieb anfangs gar nicht so viel Zeit, ich musste dann auch, als dann feststand, dass das Kind nicht mehr lebt, dann sehr viel, sehr schnell organisieren und entscheiden und daher war gar nicht der Platz viel zu trauern, speziell für mich, weil ich meiner Frau viel abnehmen wollte, von den ganzen organisatorischen Dingen und daher hab ich das gar nicht so an mich rankommen lassen, die erste Zeit, das hat dann eigentlich länger gedauert.“
(Int. 3 / Abs. 3)

„Ich wiederhole mich, aber für mich war in der ersten Woche wichtig, alles zu machen, was meine Frau aus dem Spital heraus nicht tun kann, ich hab die komplette Beerdigung, bis auf das letzte Gespräch alleine organisiert, einen Platz ausgesucht und alles organisiert, was zum Organisieren war, Standesamt, die Rennereien, das war zumindest die erste Woche meine Trauerbewältigung

– mehr war da nicht in Wirklichkeit.“ (Int. 2 / Abs. 61)

Weinen

Besonders hervorzuheben ist die Bewältigung durch Weinen. Alle Väter sprechen über die positive Wirkung des Weinens im Trauerverlauf. Einer der Interviewten spricht offen über sein Problem nicht wirklich weinen zu können, da er sich dadurch große Entlastung erwartet.

„Also am liebsten, aber das hab ich noch nie gemacht, in so einen richtigen Heulkampf ausbrechen, da ist mir schon damals nicht gelungen, das ist mir eigentlich überhaupt nicht gelungen, ich hab dieses Buch gelesen, über das wir beide mal gesprochen haben, diese „vergessene Trauer der Väter“ und das hat mich dann schon ein bisschen zum Weinen gebracht

Interviewerin: Das hat dir gut getan?

Vater: Ja schon, aber es ist auch nie so ein Heulkampf gewesen, den ich gerne mal gehabt habe, ich glaub, dass das mal befreiend gewesen wäre, aber das war bei mir vorher schon so und immer schon so,...“ (Int. 2 / Abs. 17-19)

Grabbesuche

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Trauerbewältigung ist das Pflegen und Besuchen der Grabstätte. Die gesetzlichen Grundlagen beim Tod eines perinatalen Kindes ermöglichen den Eltern eine eigene Grabstätte für das Kind. Diese wurde von vier Interviewten konkret angesprochen. Ein Vater nutzt das Grab sehr intensiv mehrmals die Woche, um dort bewusst in Kontakt mit seinem Kind zu treten, die anderen Väter besuchen das Grab regelmäßig, meist mit der Partnerin und den Geschwisterkindern.

„Ja – ich fühl mich besser, wenn ich am Grab war, definitiv war. Weil wenn ich drei Tage nicht dort war, habe ich ein schlechtes Gewissen und das ist dann weg. Das klingt zwar ein bisschen egoistisch, aber nüchtern betrachtet, ist die Trauer etwas eigenes, und ich hab ein schlechtes Gewissen wenn ich nicht dort war und das belastet mich, und dort lass ich es raus.“ (Int. 2 / Abs. 72)

Erinnerungen schaffen (Fotos)

„*Willkommen heißen und gleichzeitig verabschieden*“ ist die Aufgabe der betroffenen Eltern, die stark von den intervenierenden Bedingungen abhängt, die sie in dieser Zeit vorfinden. Diese aktiven Handlungen werden von den Männern als sehr wichtigen Schritt in der Bewältigung der Trauer beschrieben. Sie bringen die Trauer in Fluss, sie geben die Möglichkeit über das Erlebte zu sprechen, darüber zu weinen und Hoffnung sich irgendwann einmal an Erinnerungen daran zu erfreuen.

Alle befragten Väter hatten Fotos von ihren Kindern, die sie zum Teil selbst machten oder nur vom Krankenhauspersonal angefertigt wurden. Diese Fotos und andere Abbildungen wie Fuß- oder Handabdrücke haben wichtige Plätze im Alltag der Familien.

„Wir haben uns auch im Wohnzimmer so eine Ecke eingerichtet (zeigt auf die Ecke) wo diese Stücke stehen, wir haben uns später eine Kerze anfertigen lassen mit Namen, wir haben das wirklich sehr so betrieben, dass uns Erinnerungen bleiben und jetzt drei Jahre später kann ich nur sagen, das war eine gute Entscheidung.“ (Int. 3 / Abs. 23)

Ein Vater hat auch an seinem Arbeitsplatz ein Bild seines Kindes und zeigte es mit großem Stolz.

„...ich hab am Schreibtisch ein Foto stehen, dass wollten wir eigentlich für die Geburtsanzeige nehmen (er zeigt mir sein Foto mit den drei Händen ineinander – Vater – Mutter – Kind) und das hab ich da stehen.“ (Int. 5 / Abs. 78)

Diese Erinnerungen, die liebevoll arrangiert und sorgsam gepflegt werden, zeugen von tiefen Gefühlen und aufrechter Bindung an das tote Kind.

Künstlerische Aktivitäten:

Ein Interviewpartner intensiviert nach der Totgeburt sein Hobby der Fotografie

um die Trauer zu bewältigen.

„Mir hat persönlich in der späteren Phase die Fotografie sehr geholfen. Ich bin ein Amateurfotograph in einem Fotoverein und hab dann sehr viel fotografisch gemacht. Weil für mich Fotografie eine extrem gute Methode ist, Emotionen auszudrücken, viele sagen, meine Fotos haben sich seit dem extrem verändert, wie ich fotografiere und das hat mir sehr geholfen, viel zu verarbeiten.“ (Int. 4 / Abs. 56)

Als Arzt den Tod sehen:

Ein Vater, der sich durch seinen Beruf als Arzt täglich mit dem Thema Tod und Sterben auseinandersetzt, betrachtet auch den Tod seines eigenen Kindes als unausweichliche Folge einer medizinisch, indizierten Diagnose.

„Ich habe die Geburt eher als Arzt gesehen, ich habe in meinem Turnus sehr viele Geburten geleitet...“ (Int. 1 / Abs. 8)

Dieser Vater nimmt in den Interviews eine Ausnahmestellung ein, da er als einziger über Verdrängung seiner Trauer spricht.

„Ich hab es vielleicht auch weggedrängt, ja – das kann durchaus – ich bin ein guter Verdränger, ich habe mit der Situation mit der Verdrängung relativ gut arbeiten können...“ (Int. 1 / Abs. 9)

4.3.3 Bewältigung durch Kommunikation

In dieser Gruppe sind alle Handlungen zusammengeführt, die Kommunikation nutzen um Trauer zu bewältigen. Kommunikation mit der Partnerin, mit Familie, mit Freunden. Weiters der Austausch mit medizinischem Personal, in Selbsthilfegruppen, mit Psychologen oder Geistlichen. Auch die Suche nach Information wurde hier aufgenommen, da sie oft über das Internet abläuft und in Folge durch Internetforen wieder zur Kommunikation - wenn auch zur virtuellen Kommunikation - führt.

Reden ist das „um und auf“

Reden und Zuhören sind Schlüsselbegriffe gelingender Kommunikation bei der Bewältigung des Erlebten. Alle fünf Väter haben viel kommuniziert und über Gespräche Schritte zur Bewältigung gesetzt.

„Reden ist das um und auf, weil was nicht raus kann, bleibt drinnen. Ist so. Für mich. Vor allem haben wir dann Leute kennen gelernt, denen ähnliches passiert ist, das war dann auch mit denen zu sprechen, das war ganz was anderes, weil die sofort verstanden haben, was man meint.“ (Int. 4 / Abs. 69)

Ein Vater, selbst Mediziner beschreibt den Austausch mit dem zuständigen Arzt als sehr hilfreich für die Bewältigung seiner Trauer.

„Der Gynäkologe, der uns am Freitag darüber aufgeklärt und informiert hat, zu dem habe ich ein großes Vertrauen entwickelt, weil ich glaube, dass mir der sehr fachkundig über das erteilt hat, was die Chancen, die realen Chancen des Kindes sind, bei einem Kaiserschnitt, oder was die Konsequenzen eben draus sind – und ich glaube, das habe ich einfach mental verarbeitet und damit habe ich größere, psychische Abstürze gut überwunden...“ (Int. 1 / Abs. 27)

Gehört werden und Fragen stellen

Die Möglichkeit zu haben, gehört zu werden, Menschen zu haben, die sich den Erlebnissen der Väter öffnen und einfach nur zuhören, wurde als sehr hilfreich im Verarbeitungsprozess erlebt. Wenn das gelingt, kommt es zu einer guten Gesprächsbasis, die sensibel dafür ist, wann gesprochen oder wann nur zugehört werden soll.

„Aber wenn jemand zuhört und auch gezielt Fragen stellt, aber da gehört dazu, dass man sich nahe ist, das man ein gutes und enges Verhältnis zueinander hat und das ist halt oft sehr schwierig, aber das hab ich gesagt, das hilft mir am meisten, dass wenn man das Gefühl hat, da will jemand reden, dann hör ich zu – oder der wartet halt, dass ich mich dafür interessiere, dass ich dann die dementsprechenden Fragen stellt, halt vorsichtig.“ (Int. 3 / Abs. 71)

Rasches Reden

Für einen Vater war es wichtig, sich möglichst schnell und direkt durch Gespräche mitzuteilen. Diese Gespräche gaben ihm die Möglichkeit das Erlebte zu verarbeiten und sich damit zu entlasten.

„Sehr bald, mir war das auch wichtig, ich wollte das recht bald und schnell alles erzählen, ich glaube manchmal hab ich die Menschen damit schockiert, weil ich dann recht detailliert, schon auch über mich und die ganze Sache, wie sie halt abgelaufen ist, erzählt hab...“ (Int. 3 / Abs. 50)

Gemeinsam Reden in Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen wurden von drei der fünf Väter genutzt um sich mit Betroffenen auszutauschen. Zwei der Väter empfanden diese Selbsthilfegruppen als sehr hilfreich, vor allem da es sich um Selbsthilfegruppen handelte, an denen auch Männer teilnahmen.

„Wir haben in Selbsthilfegruppen oder über das Internet Leute kennen gelernt und da weiß man einfach, was die erzählen oder was man denen erzählt, man ist auf einer gleichen Erfahrungsebene, die verstehen dich sofort, die wissen auch, wenn man sich so trifft, heut geht's einem besser, heute geht's einem schlechter.“ (Int. 4 / Abs. 69)

Ein Vater hatte schlechte Erfahrungen mit einer Selbsthilfegruppe, wobei er es dem Umstand, dass er der einzige Mann war der teilnahm, zuschrieb.

„Lacht. Also sagen wir so, ich war ein Exote dort, sowohl bei der ersten Selbsthilfegruppe als auch bei der zweiten haben ich nie einen Mann dort gesehen, es war dann auch so ein Gespräch, wo besprochen wurde, man macht gezielt einen Abend, wo nur die Männer zusammenkommen, aber das ist nie zustande gekommen.“ (Int. 5 / Abs. 32)

Kindestod – gesellschaftliches Tabu

Über den Tod zu sprechen ist in unserer Gesellschaft noch immer mit großen Ängsten und Tabus behaftet. Durch moderne Medizin und der guten Überwachung von Schwangerschaften gilt eine Schwangerschaft, die sich dem Ende zuneigt und ohne Probleme verläuft, als sicher und eine Totgeburt ist kaum vorstellbar. Wenn nun ein Kind bei der Geburt stirbt, fehlen vielen Menschen die Worte.

„Viele trauen sich ja gar nicht das Thema anzusprechen, weil sie das Gefühl haben, sie reißen damit eine Wunde noch mehr auf und schweigen lieber und kehren das unter den Teppich und oft ist das aber genau das, was die Leute, die betroffen sind, nicht wollen.“ (Int. 2 / Abs. 23)

Verlegenheit dem Thema gegenüber und die Schwierigkeiten sich mit dem Thema Kindestod auseinanderzusetzen führen dazu, dass Eltern totgeborener Kinder oft mit unsensiblen und wertenden Gesprächen konfrontiert sind.

„...weil die meisten Leute glauben, naja – man sagt, es wird schon gut und – ihr kriegt ja noch ein gesundes Kind – aber in Wahrheit ist das das letzte, was man hören will, weil es geht ja nicht darum, irgendein Kind zu haben, sondern man will ja genau das – soll ja als eigenständiger Mensch gesehen werden und da kann man nicht sagen, ok – der stirbt jetzt, jetzt hab ich halt einen anderen, das ist nicht so, mir fällt eine Vase runter und ich kauf mir halt einen neue – ist jetzt ein blöder Vergleich – aber man will so etwas nicht hören, diese Trostworte, oder so wie „die Zeit heilt alle Wunden“ und solche Sachen, das stimmt einfach nicht, dass die Sache leichter wird, man lernt halt damit zu leben, aber die Trauer hört dann sicher nicht auf.“ (Int. 3 / Abs. 68)

4.4 Konsequenzen:

4.4.1 Angst um die Folgeschwangerschaft

Alle fünf Interviewpartner wurden nach der Totgeburt noch einmal Väter. Drei Väter erwarteten diese Geburt innerhalb weniger Wochen nach dem Interview-

termin. Daher wird das Thema Folgeschwangerschaft angesprochen. Die Angst um das nach der Totgeburt folgende Kind ist eine Konsequenz aus der Erfahrung mit dem Geschehenen. Ein Vater, der die Totgeburt durch seine negativen Erfahrungen im Krankenhaus in sehr schlechter Erinnerung hatte und zur Zeit des Interviews in wenigen Wochen die Geburt des Folgekindes erwartete sagt folgendes:

„Was es aber auch wieder schwer macht, ist die Folgeschwangerschaft meiner Frau. Das ist jetzt derzeit wieder in einer schlechteren Phase, jetzt wo es dem Schluss zugeht, kommen wieder diese ganzen Ängste hoch, hoffentlich passiert dieses Mal nichts.“ (Int. 4 / Abs. 64)

Ein anderer Vater, der während der Totgeburt gute Erfahrungen im Krankenhaus machte, äußert diese Ängste und Bedenken nicht. Er spricht ganz offen von einer unbelasteten Schwangerschaft und erwartet die Geburt mit großer Freude und Erleichterung.

4.4.2 Neuanfang erleben

„Ja das war schon hart, nachher war nix mehr so wie vorher.“ (Int. 2 / Abs. 89)
Dieser Satz drückt aus, dass eine Totgeburt einen großen Schnitt in der Biographie der Betroffenen verursacht. Versuche kurz nach dem Ereignis in die Normalität zurückzukehren, werden durch das eigene Trauerverhalten beeinflusst. Die Interviewpartner sprechen aus, dass sie ihre Trauer verändert hat. Ein Mann erzählt von beruflicher Veränderung, die er als direkte Konsequenz der Totgeburt sieht.

„...aber der Tod meiner Tochter hat zu sehr vielen Veränderungen geführt, also ich hab mich beruflich verändert, ich habe einen anderen Job jetzt, das hat mich sehr viel Kraft gekostet und jetzt hab ich einen neuen Job und bin froh, dass ich den habe.“ (Int. 2 / Abs. 15)

Ein anderer Interviewpartner sieht in der Folgeschwangerschaft den Beginn eines neuen Abschnittes und spricht vom „Ende der Trauerzeit“, ist sich aber

gleichzeitig bewusst, dass die Trauer über das verstorbene Kind nicht aufhören wird.

„...als dann plötzlich überraschend die nächste Schwangerschaft schon feststand, ging es dann endlich wieder Berg auf mit dem Gefühlsleben und dann war die Trauerzeit eigentlich bald wieder vorbei.

Also Trauer hört in dem Sinn natürlich nicht auf, aber es war etwas Neues da, auf das man sich konzentrieren konnte, das hat alles erleichtert.“ (Int. 3 / Abs. 6)

4.5 Zusammenfassung:

Die wesentlichsten Ergebnisse sind in der unteren Übersicht graphisch zusammengefasst:

Darstellung der Ergebnisse der Studie: Trauer der Väter

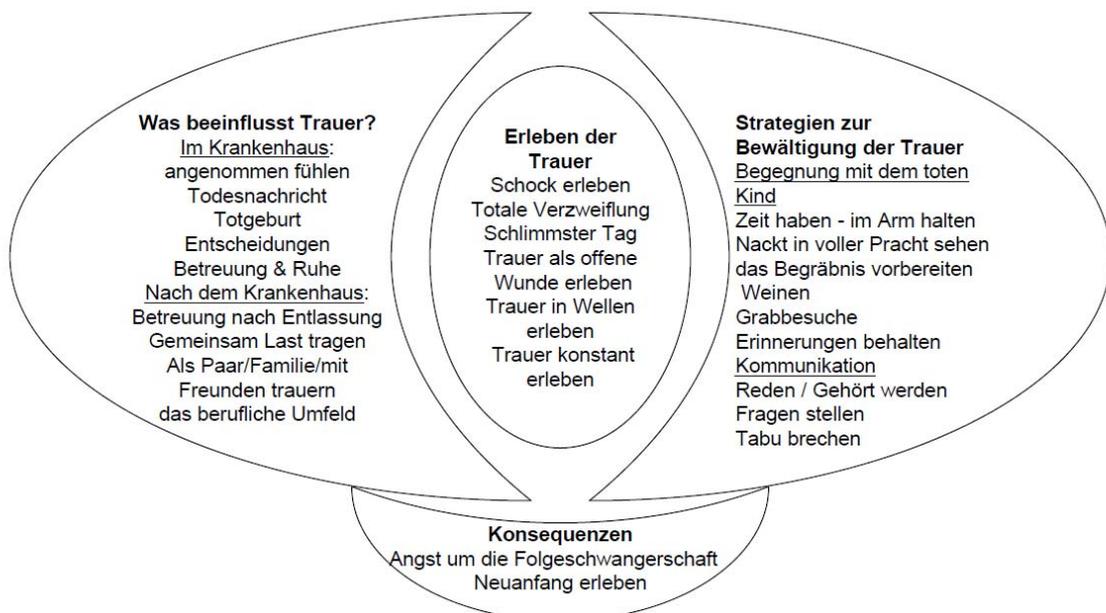


Abbildung 3: eigene Darstellung

5 Diskussion

5.1 Bezug zur Literatur

Die Ergebnisse meiner Studie zeigen große Übereinstimmungen mit der internationalen pflegewissenschaftlichen Fachliteratur.

Meine Auswertungen nach der Grounded Theory brachte Kategorien des Erlebens der Vätertrauer, beginnend mit dem Schock, der übergeht in starke Wut und Verzweiflung, zu Tage, welche die Hauptkategorien von Page-Lieberman, Bach (1989) und der Beschreibung der unmittelbaren, väterlichen Emotionen im Zusammenhang mit dem Tod des Kindes bei Aho et al. (2006) bestätigen.

Eine weitere Hauptkategorie von Page-Lieberman - der Einfluss der Familie - wurde in den durchgeführten Interviews von den Männern anerkannt. Die engste Familie kann bereits im Krankenhaus wertvolle Hilfe leisten und unterstützt danach im Haushalt und bei den Begräbnisvorbereitungen. In meinen Interviews wurden die Eltern oder Geschwister des Paares von den Interviewpartnern als erste und wichtigste Unterstützer für sie selbst und ihre Partnerin genannt, was Aho et al. (2007), die die positive Unterstützung durch enge Familienmitglieder betonen, unterstützt.

Der von Nancy Worth (2007) beschriebene Ablauf der 13 Phasen der Vätertrauer wird durch die vorliegende Empirie gestützt, wie die Kränkungen durch unsensible Äußerungen und die Schwierigkeiten mancher Personen, dem trauernden Vater zu begegnen. Nur das Kämpfen um Anerkennung wurde von den interviewten Vätern in meiner Studie nicht explizit angesprochen.

Ausweichendes Verhalten von nahe stehenden Personen und die Sprachlosigkeit den Trauernden gegenüber finden sich auch bei Aho et al. (2007) und Armentrout (2009) und McCreight (2004).

Die Ergebnisse dieser Arbeit über das unterschiedliche Trauerverhalten von Mann und Frau werden in den Arbeiten von Page-Lieberman, Bach (1989), Kersting (2008) und in einer aktuellen Studie von Armentrout (2009) ebenfalls

beschrieben. Es zeigt sich auch dort, dass die Vorinformation des genderspezifischen Trauerverhaltens sich als sehr hilfreich in der Partnerschaft erweist (vgl. auch Armentrout 2009).

Das beschriebene Modell (siehe Abbildung 3) stellt den Ausgangspunkt für weitere Theoriebildung zum Thema perinatale Vätertrauer dar. In der vorliegenden Arbeit steht das Erleben der Vätertrauer im Zentrum zwischen beeinflussenden Faktoren und Strategien zu Bewältigungen.

Das Erleben der Trauer als Wellenbewegung und vor allem der Begriff der „offenen Wunde“ fanden sich nicht in den bearbeiteten pflegewissenschaftlicher Literatur und stellt damit die Basis für weitere Forschung dar.

Weiterer Forschungsbedarf zeigt sich im Betrachten der Strategien zur Bewältigung der Trauer in der Begegnung mit dem toten Kind. Die von mir interviewten Väter formulierten den nachträglichen Wunsch, aktiver in die Versorgung und Pflege des toten Kindes mit eingebunden zu werden. Experteninterviews mit Hebammen und Kinderkrankenschwestern könnten die derzeit gängigen Abläufe im Kreissaal beleuchten und Hinweise für den Bedarf gezielter Anregungen zur Mithilfe bei der Pflege totgeborener Kinder seitens des Klinikpersonals geben.

5.2 Implikationen für die Praxis

Da Totgeburten am Ende der Schwangerschaft fast ausschließlich in Kliniken stattfinden, haben Pflegepersonen großen Einfluss auf dieses Ereignis. Die Eltern werden von ihnen empfangen, meist sind sie die ersten Ansprechpartner, wenn das Paar zur bevorstehenden Totgeburt im Krankenhaus eintrifft. Der erste Eindruck, das erste Willkommen, die ersten Worte bis zu dem Abschied bei der Entlassung haben Anteil am Erleben der folgenden Stunden des Aufenthalts.

Väter genauso wie Mütter brauchen von Beginn an Betreuung und Fürsorge. Sie befinden sich in einem Schockzustand und sind voller Angst und Verzweiflung. Die Interviews zeigen deutlich, dass positive Unterstützung von

Anfang an durch das Wahrnehmen des Vaters zu einem Gefühl von „Angenommen werden“ führen. Väter sind Teil der Familie und merken ganz genau, wenn sie von Beginn an als gleichberechtigte Betroffene behandelt werden.

Folgende Zusammenstellung soll als Anregung für eine gelingende Eltern / Pflegebeziehung unter direkter Einbeziehung des Vaters im Krankenhaus dienen:

Vor der Geburt:

Die Eltern willkommen heißen, den Mann wahrnehmen, ihn als Partner der Mutter und Vater des Kindes annehmen und ihn in Entscheidungen miteinbeziehen.

Während der Geburt:

Den Eltern einen geschützten Raum geben, in dem sie die Geburt erleben können. Den Vater direkt ansprechen, ihn nach seinem Befinden und seinen Wünschen fragen, für sein körperliches Wohl sorgen und eine fürsorgliche Atmosphäre schaffen.

Nach der Geburt:

Ruhe und Intimsphäre gewährleisten um den Eltern die Zeit zu geben, die Geburt zu verkraften und das Kind willkommen zu heißen.

Unterstützung zur Möglichkeit des aktiven Erlebens des toten Kindes anbieten, sei es durch die Einladung beim Versorgen des Kindes beizuwohnen oder der Anregung das Waschen, Pflegen und Ankleiden des Kindes selbst zu übernehmen.

Weiters kann angeregt werden, weitere Personen, die dem Kind oder den Eltern nahe stehen einzuladen das Kind zu sehen, zu begrüßen, es zu verabschieden und den Eltern in der Trauer beizustehen.

Das Sammeln von Erinnerungsstücken an das Kind, wie Haarlocken oder Anfertigen von Hand- und Fußabdrücken oder die Unterstützung beim Abbilden des Kindes auf Fotografien sind ganz wichtige Aufgaben der Pflege, da sie die

einzig physisch fassbaren Erinnerungen an das Kind darstellen.

Es ist wichtig direkt auf Gesprächsangebote des Vaters einzugehen oder selbst versuchen Gespräche mit dem Vater zu eröffnen, besonders wenn keine natürlichen Trauerreaktionen des Vaters beobachtet werden können.

Eltern möchten Informationen über seelsorgerische und psychologische Unterstützung, die direkt im Krankenhaus zu Verfügung stehen kann, sie erwarten sich Angebote, die sie vor Ort interdisziplinär unterstützen können.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus:

Die Paare wünschen sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Informationen über Angebote für psychologische Unterstützung, Verzeichnisse von Trauer- und Selbsthilfegruppen.

Ein gemeinsames Beratungsgespräch über die kommenden Tage zu Hause, den Amtswegen und Vorbereitungen für das Begräbnis, sowie das Angebot extramuralen Diensten (falls möglich) wie Trauerbegleitung durch speziell geschultes Krankenpflegepersonal kann einen guten Abschluss gewährleisten.

Dem Wunsch auch nach der Entlassung Kontakt mit dem Krankenhaus halten zu können, kann durch Aushändigung der Namen und Telefonnummern der Personen, die während des Aufenthaltes für das Paar zuständig waren, entsprochen werden.

Fundiertes Wissen und empathisches Verhalten sind wichtige Voraussetzungen für Pflegepersonen die Herausforderung Eltern in diesen schweren Stunden zu unterstützen, anzunehmen. Eltern vertrauen sich dem Krankenhauspersonal an und erwarten Professionalität und Einfühlungsvermögen aller Berufsgruppen, die sie durch den Aufenthalt begleiten. Evidenzbasiertes Wissen, das Besuchen von Weiterbildungsmaßnahmen und das regelmäßige Abhalten von Fallbesprechungen zum Thema Totgeburt können Pflegepersonen in diesen schwierigen Aufgaben stärken und gleichzeitig entlasten.

5.3 Persönliches Resümee

„If there is no greater joy watching the birth of your child, there is no greater sadness than watching your child delivered, knowing she is already dead“ (Sakai, 1998: S 322). Dieses Zitat eines Vaters begleitete mich während des Forschungsprozesses und machte mir bewusst, wie nahe Freude und Trauer während einer Schwangerschaft beieinander liegen können.

Zitate, wie das von Sakai, aber auch aus anderen Studien, die sich mit dem Thema Vätertrauer auseinandersetzen machen deutlich, dass Väter, die ihre Kinder verlieren in unserer Gesellschaft und damit auch im Krankenhaus das Recht auf Aufmerksamkeit Unterstützung und Betreuung haben. Hannah Lothrop spricht von „der vergessenen Trauer des Vaters“ und führt diesen Begriff darauf zurück, dass Männer in unserer westlichen Kultur nicht die Erlaubnis haben zu trauern und damit aber auch großes Risiko eingehen langfristig Schaden zu nehmen (vgl. Lothrop, 1998: S 134 f).

Pflegepersonen können hier helfen. Sie können Väter im Krankenhaus ermutigen, Trauer zuzulassen und auszudrücken, eine Atmosphäre schaffen, in der Trauer ungehindert fließen kann, Gespräche mit den Eltern führen und darauf aufmerksam machen, dass Trauer verschiedene Ausdrucksformen kennt und es wichtig ist, sich gegenseitig zu erlauben, seine eigene Art und Weise zu trauern zu finden.

Die fünf Väter, die in dieser Arbeit zu ihrer Trauer befragt wurden, haben Wege gefunden ihre Trauer zu leben. Sie haben Menschen gefunden, die sie wahrgenommen und unterstützt haben. Die Männer haben mit ihren Partnerinnen getrauert und auch alleine für sich. Sie haben Menschen in Selbsthilfegruppen gefunden oder sich Freunden geöffnet oder Hilfe aus der Familie erhalten und in einem Fall auch Betreuung einer im Palliativbereich speziell ausgebildeten, mobilen Kinderkrankenpflegeperson erhalten. Sie haben lange Auszeiten genommen oder sich sofort wieder ihrem Beruf gewidmet. Sie haben aber auch von ihrem Schock gesprochen, den sie erlebten, als feststand, dass das Kind nicht mehr lebt, vom Gefühl der Ohnmacht und Wut ihrer Verzweiflung und dem Schmerz, der eine offene Wunde schafft, die nicht heilt auch wenn die Zeit, die vergeht, sie anscheinend abdeckt. Die Geschichten der Trauer dieser Väter sollen Eingang finden in unseren Krankenhäusern, sollen

aufgenommen werden in die Curricula der Ausbildung von Berufen, die mithelfen können, dass Vätertrauer nicht mehr vergessen wird. Sie sollen uns Mut machen uns mit dem tabubehafteten Thema Kindestod auseinanderzusetzen und damit schlussendlich uns allen die Chance zu geben, daran zu wachsen und unseren Horizont zu öffnen.

6 Literaturverzeichnis

Aho, Anna Liisa / Tarkka, Marja Terttu / Astedt-Kurki Paivi / Kaunonen Marja (2006): Fathers' grief after the death of a child. In: Issues in Mental Health Nursing, (27:6) 647-663

Aho, Anna Liisa / Tarkka, Marja Terttu / Astedt-Kurki Paivi / Kaunonen Marja (2007): Fathers' experience of social support after the death of a child. In: American Journal of Men's Health, e-published June 2007 by SAGE Publications 1-11

Armentrout, Debra (2009): Living with grief following removal of infant life support: Parents' perspectives. In: Critical Care Nursing Clinics of North America, (21:2) 253-265

Armstrong, Deborah (2001): Exploring Father's experiences of pregnancy after a prior perinatal loss. In: The American journal of maternal child nursing, (26:3) 147-153

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2005): Forschungsmethoden und Evaluation. 3., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Cacciatore, Joanne / DeFrain, John / Jones, Kara / Jones, Hawk (2008): Stillbirth and the couple: A Gender Based Exploration. In: Journal of Family Social Work, (11:4) 351-372

Clements, Paul / DeRanieri, Joseph / Vigil, Gloria / Benasutti, Kathleen (2004): Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. In: Perspectives in Psychiatric Care, (40:4) 149-154

Horchler, Joani / Morris, Robin (1997): The SIDS Survival Guide: Information and comfort for grieving family and friends and professionals who seek to help them. 2nd edition. Hyattsville: Sids Educational Services Inc.

Kast, Verena (1999): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Verlag Kreuz GmbH.

Kersting, Anette / Roestel, C. / Kroker, K. (2008): Die Verarbeitung von Trauer

- nach einer Totgeburt. In: Psychosomatische Konsiliarpsychiatrie, (1:1) 1-5
- Kersting, Anette (2007): Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverlauf. In: Psychodynamische Psychotherapie, (6) 39-46
- Kersting, Anette (2005): Trauern Frauen anders als Männer? Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten nach dem Verlust eines Kindes. In: Psychotherapeut, (50:2) 129-132
- Kimbel, David (1991): Neonatal death: a descriptive study of fathers. In: Neonatal Network, (9:8) 45-49
- Küsters, Ivonne (2009): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lammer, Kerstin (2004): Trauer verstehen. Neunkirchen-Vluyn: Neunkirchener Verlagshaus.
- Levang, Elizabeth (2002): Männer trauern anders. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Lothrop, Hannah (2005): Gute Hoffnung - jähes Ende. München: Kösel-Verlag GmbH&Co.
- May, James: (1996): Fathers: The forgotten parent. In: Pediatric Nursing, (22) 243-246
- Mayer, Hanna (2007): Pflegeforschung anwenden. 2. Auflage. Wien: Fakultas WUV Verlag.
- McCreight, Bernadette (2004): A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective. In: Sociology of Health & Illness, (26:3) 326-350
- Müller-Commichau, Wolfgang / Schäfer, Roland (2000): Wenn Männer trauern. Über den Umgang mit Abschied und Verlust. Mainz: Matthias Gründwald Verlag.

- O'Leary, Joann / Thorwick, Clare (2006): Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. In: JOGNN, (35:1) 78-86
- O'Neill, Brett (1998): A father's grief. Dealing with stillbirth. In: Nursing Forum, (33:4) 33-37
- Page Lieberman, Judith / Hughes, Cynthia (1990): How fathers perceive perinatal death. In: The American Journal of Maternal/Child Nursing, (15:5) 320-323
- Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Puddifoot, John / Johnson, Martin (1999): Active grief, despair, and difficulty coping: Some measured characteristics of male response following their partner's miscarriage. In: Journal of Reproductive and Infant Psychology, (17:1) 89-93.
- Rihm, Melanie / Rihm, Dominik (2008): Die vergessene Trauer der Väter. Norderstedt: Books on Demand.
- Rowa-Dewar, Neneh (2002): Do interventions make a difference to bereaved parents? A systematic review of controlled studies. In: International Journal of Palliative Nursing, (8:9) 452-457
- Sakai, Damon (1998): A visit from my daughter. In: The journal of the American Medical Association, (28:4) 321-323
- Samuelsson, Margaret / Radestad, Ingela / Segesten, Kerstin (2001): A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth. In: BIRTH, (28:2) 124-130
- Schott, Judith / Henley, Alix (2007): Pregnancy loss and death of a baby: the new Sands Guidelines 2007. In: British Journal of Midwifery, (15:4) 195-198
- Statistik Austria:
www.statistik.at/web_de/static/saeuglingssterblichkeit_seit_2001_nach_lebensdauer_und_bundeslaendern_023636.pdf [abgefragt am 29.5.2009].

Staudacher, Carol (1991): Men and Grief: A Guide for Men Surviving the Death of a Loved One. A Resource for Caregivers and Mental Health Professionals. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Strauss, Anselm / Corbin, Juliette (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologische Verlagsunion.

Strübing, Jörg (2008): Grounded Theory. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wagner, Timothy / Higgins, Patricia / Wallerstedt Cheryl (1998): Perinatal Death: How Fathers Grieve. In: Journal of prenatal & perinatal psychology & health, (13:2) 85-98

Wallerstedt, Cheryl / Higgins, Patricia (1995): Facilitating perinatal grieving between the mother and the father. In: Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, (25:5) 389-394

Wilson, Ann / Witzke, Donald / Fenton Lawrence / Soule Douglas (1985): Paternal response to perinatal death. In: American Journal of Diseases of Children, (139:12) 1235-1238

Worth, Nancy (1997): Becoming a father to a stillborn child. In: Clinical Nursing Research, (6:1) 71-89

Anhang I: Informationsbrief für Interviewpartner

Wien, am 25. September 2009

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Väter!

Mein Name ist Claudia Jäger und ich schließe derzeit mein Pflege-
wissenschaftsstudium an der Universität Wien ab. Ich bin 40 Jahre alt und
selbst Mutter dreier Kinder. Ich wende mich an Sie mit der Bitte mich bei einer
Forschung für meine Diplomarbeit zu unterstützen.

Ihr Titel lautet: Die Trauer der Väter – Erlebnisse, Bedürfnisse und Erwartungen
von Vätern, die ihre Kinder kurz vor, während oder kurz nach der Geburt
verloren haben.

Im Zuge dieser Arbeit möchte ich mit Ihrer Hilfe ein Stück Einsicht in Ihre
Erlebnisse nehmen und damit Verständnis für Vätertrauer schaffen.

Dieses dramatische Ereignis stürzt die betroffenen Eltern in eine tiefe Krise.
Gerade noch Schulter an Schulter voll der Freude über das bevorstehende
„glückliche“ Ereignis ändert sich das ganze Leben mit dem Tod des Kindes.

Leider gibt es zu diesem Thema nicht sehr viel Literatur, daher ist es mir sehr
wichtig, hier selbst ein kleines Stück Forschung durchzuführen. Ich würde mit
Ihnen gerne Interviews führen, die ich aufzeichne, anonymisiere und danach
nach einer speziellen Methode der Qualitativen Forschung – der Grounded
Theory – auswerte. Diese Methode gibt mir die Möglichkeit hier Phänomene zu
beschreiben um damit Ihre zentralen Aussagen zu beschreiben und
darzustellen.

In diesem Gespräch möchte ich Ihnen zuhören, Ihre Geschichte verstehen. Ich möchte Sie fragen, welche Erwartungen Sie an das Personal im Krankenhaus gehabt haben, welche Bedürfnisse Sie gehabt hätten. Ich möchte von Ihnen lernen.

Ich möchte Sie darauf noch mal darauf hinweisen, dass Ihre Aussagen sofort anonymisiert werden, ich werde keinerlei Aufzeichnungen ihrer realen Identität verwenden und ich werde auch selbstverständlich respektieren, wenn Sie auf eine meiner Fragen nicht antworten können oder wollen. Sie können das Gespräch jederzeit abbrechen oder unterbrechen.

Die Gespräche werden an einem Ort stattfinden, den Sie wählen. Einzige Voraussetzung ist ein Platz an dem Sie sich wohl und sicher fühlen und eine Tonbandaufnahme technisch möglich ist.

Bitte kontaktieren Sie mich unter claudia.jaeger@aon.at, wenn Sie bereit sind mit mir zu sprechen oder mehr über meine Arbeit erfahren wollen.

Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Unterstützung und Ihren wertvollen Beitrag für die Pflegewissenschaft!

Wenn Sie sich entschließen mit mir Kontakt aufzunehmen, danke ich Ihnen auch vielmals im Voraus für Ihr Vertrauen.

Claudia Jäger

E-Mail: claudia.jaeger@aon.at

Anhang II: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der Studie: Die Trauer der Väter

Bedürfnisse, Erlebnisse und Erwartungen von Vätern, die ihre Kinder kurz vor, während oder kurz nach der Geburt verloren haben. (Totgeburt oder Säuglingssterben)

Ich wurde von Frau Claudia Jäger über die oben genannte Studie vollständig aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sie hat mich über ihr Konzept, ihre Beweggründe und die Forschungsfragen informiert. Ich habe das bei der Universität Wien eingereichte und genehmigte Expose gesehen und weiß, dass es sich um eine Studie für eine pflegewissenschaftliche Diplomarbeit handelt.

Ich hatte ausreichend Zeit, um mich zu diesem Interview zu entscheiden und weiß,

dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung wieder zurückziehen kann. Ich weiß, dass ich nicht alle Fragen beantworten muss, oder mir Dinge vorbehalte, über die ich nicht sprechen möchte. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen. Ich weiß, dass ich über Erlebnisse sprechen werde, die unangenehm und belastend sein werden.

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten nicht veröffentlicht werden und in der Arbeit anonym behandelt werden. Ich weiß, dass das Interview auf einem Tonträger aufgenommen und danach verschriftlicht wird.

Sollte ich meine Zustimmung vor Einreichung der Arbeit zurück nehmen, werden alle Daten und das Interview von Claudia Jäger gelöscht und finden keinen Eingang in die Studie oder deren Auswertung.

Ich erkläre hiermit die freiwillige Teilnahme an dieser Studie und erhalte eine Kopie der Einverständniserklärung.

Unterschrift der teilnehmenden Person

Datum des Interviews

Anhang III: Lebenslauf

Claudia Jäger

1140 Wien, Linzerstrasse 396

+43 664 161 3221 mobil

claudia.jaeger@aon.at



Persönliche Daten

06. 11. 1969 geboren in Wien
Österreichische Staatsbürgerschaft
Verheiratet, 3 Kinder

Berufliche Tätigkeiten

Oktober 2009 bis Juni 2010, Institut für Pflegewissenschaft
Tutorin
Unterstützung des Diplomandenseminars von Frau Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl, Abt. Pflegeforschung der Johannes Kepler Universität

Februar bis September 2009, Institut für Pflegewissenschaft
Design, Vorbereitung und Durchführung des 1. Tag der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
Sponsoring, Projektmanagement, Organisatorische Durchführung des Kongresses gemeinsam mit der Leiterin und den MitarbeiterInnen des Instituts, Ko-Moderation am Kongress

2005, 2006
Kuratorium für Verkehrssicherheit, 1100 Wien
Tätigkeiten auf Honorarbasis

- Presseaussendungen
- Erstellung von Treatments für eine Kurzfilmreihe.

August 2003 bis zum Mutterschutz 07/2004
Wissenschaftszentrum Wien, 1080 Wien
Projektleitung Öffentlichkeitsarbeit für die Equal Entwicklungspartnerschaft: „Wohnen und Arbeiten“

- Strategisches und operatives Social-Marketing
- Konzeptive und operative Öffentlichkeitsarbeit
- Projektmanagement
- Relaunch des Internetauftritts, Pressearbeit
- Produzieren eines Kurzfilmes über das Projekt, Erstellen des Drehbuchs, Regie
- Moderation von Konferenzen, Diskussionen und Veranstaltungen
- Betreuung der Transnationalen PartnerInnen in Finnland und Italien
- Mitglied des Netzwerkes Sozialwirtschaft

September 2001
bis Juli 2003
Dr. Alkier GmbH,
1070 Wien

Marketing und Public Relations, Unternehmensberaterin

- Redaktionelle Aufsicht, Administration des Internetauftritts der Dr. Alkier GesmbH und deren Töchtergesellschaften, insbesondere der ARC Absolute Return Consulting: www.arc.at
- Koordination der Marketing- und PR Aktivitäten zwischen Agentur und Unternehmen
- Selbständige Entwicklung und Abwicklung von Mailings, Presseunterlagen, Pressekontakt
- Projektmanagement
- Übernahme einzelner Unternehmensberatungsprojekte im Bereich Marketing, z.B. Erstellung von Marktforschungsstudien und Zielgruppenrecherchen.
- Vorbereitungen für Messeauftritte
- Moderation von Konferenzen, Diskussionen und Veranstaltungen

August 1997 bis
Mai 2001
Liberaler
Landtagsklub
Wien,
1080 Wien

Fachreferentin für die Ressorts: Kontrolle, Information und Sport

- Vorbereitung der Ausschusssitzungen, sowie Landtags- bzw. Gemeinderatssitzungen für den zuständigen Abgeordneten.
- Ressortspezifische Pressearbeit
- Inhaltliche und organisatorische Vorbereitungen von Veranstaltungen.
- Fachliche Beratung der liberalen BezirkspolitikerInnen
- Leitung von Projektgruppen
- Betreuung spezifischer Zielgruppen

Oktober 1996 bis
Mai 1997
Liberales Forum
Wien,
1010 Wien

Landesgeschäftsführerin

- Vorbereitung aller gremialen Sitzungen, Mitglied des Wiener Landespräsidiums
- Wahlkampfleitung
- Organisatorische Leitung der Landesorganisation
- Koordination der Programmarbeit
- Repräsentation der Wiener Partei in allen organisatorischen und verwaltungstechnischen Belangen.
- Erstellen des Jahresbudgets der Wiener Landesorganisation

September 1995
bis September
1996
Liberales Forum
Wien,
1010 Wien

Büroleitung des Wiener Landesbüros

- Wahlkampf vorbereitung und Abwicklung der NRW 1995, der EU-Wahl 1995 und der GRW 1996 für Wien.
- Organisatorische Betreuung der jeweiligen SpitzenkandidatInnen bei den Wiener Auftritten
- Schnittstelle zwischen der jeweiligen Werbeagentur und des Präsidiums
- Pressearbeit und Lobbying
- Koordination der Bezirksarbeit

Jänner 1992 bis August 1995
 Dr. Alkier GesmbH,
 1070 Wien

Junior Consultant - Consultant

- JungunternehmerInnenberatungen
- Erstellung eines PR Konzeptes für die NPO: Clinic Clowns
- Diverse Projekte im Auftrag der WIFI Unternehmensberatung

Ehrenamtliche Tätigkeiten

2006 - 2010
 2007, 2008, 2009
 Seit 2005
 Seit Sept. 2004
 Mai 2000 bis
 Dezember 2000
 September 2000
 bis Juni 2002

Vorsitzende der Studienvertretung Pflegewissenschaft
 Mitglied der Berufungskommission für eine neue Professur
 Mitglied der Curriculumskommission für das neue Masterstudium
 Pflegewissenschaft an der Universität Wien
 Moderatorin am österreichischen Pflegekongress
 Moderatorin bei www.parents.at
 Volksschule Hütteldorf, 1140 Wien, Obfrau des Elternvereins
 Stadtschulrat für Wien
 Delegierte für die Untersektionen 3a und 3b für das Liberale Forum
 Verein: Transparenz Österreich – Forum zur Korruptionsbekämpfung,
 Stellvertretende Vorsitzende

Ausbildung

2006 - 2010
 Jänner bis Juni
 1995
 1980 - 1987

Universität Wien
 Studium IDS Pflegewissenschaft
Ausbildungszentrum für Unternehmensberatung der Wirtschaftskammer
 Akademie für die Zulassung zur Konzessionsprüfung für UnternehmensberaterInnen mit Erfolg absolviert.
Gymnasium der armen Schulschwestern unserer lieben Frau
Matura 1987

EDV - Kenntnisse

Alle Officeprogramme – Wissenschaftliche Datenbanken, MAXQDA 2007 wissenschaftliches Textanalyseprogramm, Grundkenntnisse HTML, sehr gute Kenntnisse in schneller und effektiver Internetrecherche, Moderation von Internetforen, Aufbau und Pflege von Internet – Communities

Sprachen

Englisch: sehr gute Kenntnisse
 Französisch: Grundkenntnisse in Wort und Schrift

Anhang IV: Eidesstattliche Erklärung

EIDESSTÄTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Jäger Claudia, versichere

- dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift