



Partner*-Perspektiven auf die Entscheidungsprozesse, Versorgung und Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs im zweiten oder dritten Trimenon [ParPe]



Abschlussbericht des Forschungsprojekts



Impressum



Im Auftrag von
pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250 – 254
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2026

Projektleitung pro familia Bundesverband:
Sigrid Weiser, Referentin für Projektentwicklung und Forschung

Projektleitung Hochschule Merseburg:
Prof. Dr. Maika Böhm, Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur

Projektdurchführung Hochschule Merseburg:
Giovanna Gilges, M.A. Gender Studies, B.A. Kulturpädagogik
Dr. phil. Silja Matthiesen, Dipl. Soziologie

Projektberatung:
Marina Knopf, Dipl. Psychologie

Layout: Grafikladen Berlin
Lektorat und Barrierefreiheit: Dr. Claudia Caesar
Titelgrafik: Grafikladen Berlin

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Vorwort

Die vorliegende Studie widmet sich der Perspektive von Männern, deren Partnerinnen einen sogenannten Spätabbruch im zweiten oder dritten Trimenon erlebt haben. Sie basiert auf zehn leitfadengestützten Interviews und eröffnet Einblicke in bislang wenig berücksichtigte Sichtweisen auf die Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch. Da sich alle in der Studie Befragten als heterosexuell männliche Personen verstanden, nutzen wir die geschlechtsspezifischen Bezeichnungen Männer und Frauen.

Die Studie ist Teil eines mehrjährigen und dreiteiligen Forschungszusammenhangs im Auftrag des pro familia Bundesverbands. Ziel der Studien ist es, die Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen in fortgeschrittenen Stadien sowie die Bedarfe der Betroffenen differenziert zu erfassen und Impulse für deren rechtbasierte Weiterentwicklung zu geben. Vorangegangen sind die KAST-Studie (Böhm et al. 2022, [Link zur Studie](#)), die die Sicht der medizinischen Versorger*innen in den Fokus nahm, und die Studie PsyMev (Böhm et al. 2025, [Link zur Studie](#)), die die Perspektive der betroffenen Schwangeren untersuchte. Der jetzt vorliegende dritte Teil mit dem Titel „Partner*-Perspektiven auf die Entscheidungsprozesse, Versorgung und Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs im zweiten oder dritten Trimenon (ParPe)“ blickt auf eine bislang wenig beachtete Gruppe: die Partner*innen der Schwangeren.

Die ParPe-Studie eröffnet Einblicke in Lebenssituationen und Belastungserfahrungen in einem Zeitraum, der von vielen Befragten als eine der schwierigsten Phasen ihres Lebens beschrieben wird. Dabei wird deutlich, dass Partner*innen, die einen Spätabbruch erleben, emotional stark gefordert sind und häufig zentrale organisatorische Aufgaben mit oder vollständig übernehmen. Gleichzeitig erleben sie, dass ihre eigenen Bedürfnisse in der Versorgung bislang unzureichend berücksichtigt werden, dies sowohl als Mit-

betroffene, die sich von einem vormals gewünschten Kind verabschieden müssen, als auch in ihrer unterstützenden Rolle innerhalb der Partnerschaft und Familie.

Für Fachkräfte in Medizin, Geburtshilfe und psychosozialer Beratung und Begleitung ergeben sich daraus wichtige Hinweise für die Praxis: Die Einbeziehung von Partner*innen kann eine relevante Ressource darstellen, erfordert jedoch zugleich eine erhöhte Sensibilität für deren spezifische Belastungssituationen und Unterstützungsbedarfe.

Als Fachverband und Träger von Beratungsstellen setzt sich pro familia für die Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ein. Dazu gehört auch, Versorgungslücken sichtbar zu machen, die Perspektiven von Betroffenen systematisch einzubeziehen und auf diesen Grundlagen zur Weiterentwicklung von Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen beizutragen.

Die drei nun vorliegenden Studien liefern hierfür empirisch fundierte Erkenntnisse und benennen konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung – sowohl im Hinblick auf die Gestaltung und Begleitung von Entscheidungsprozessen als auch für die Versorgung vor und nach dem Schwangerschaftsabbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft.

Wir hoffen, dass die Ergebnisse Fachkräfte in unterschiedlichen Handlungsfeldern dabei unterstützen können, die Bedarfe der Betroffenen noch gezielter zu berücksichtigen und Angebote weiterzuentwickeln.

Unser Dank gilt dem Forschungsteam der Hochschule Merseburg für die Durchführung der Studie und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) für die Förderung. Den Interviewpartnern gilt unser ganz besonderer Dank.

pro familia Bundesverband



Abschlussbericht des Forschungsprojekts

„Partner*-Perspektiven auf die Entscheidungsprozesse, Versorgung und Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs im zweiten oder dritten Trimenon (ParPe)“

Beauftragt durch den pro familia Bundesverband

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung,
Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ)

Projektleitung:

Prof. Dr. Maika Böhm, Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Projektdurchführung:

Giovanna Gilges, M.A. Gender Studies, B.A. Kulturpädagogik

Dr. phil. Silja Matthiesen, Dipl. Soziologie

Projektberatung:

Marina Knopf, Dipl. Psychologie

Projektzeitraum:

01.06.2025 bis 31.12.2025

Inhalt

Danksagung	1
1. Hintergrund der Studie	2
2. Ausgangslage: Männer und späte Schwangerschaftsabbrüche	5
2.1 Vorkommen und Häufigkeit später Abbrüche	6
2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Auseinandersetzung	7
2.3 Forschungsstand zu späten Abbrüchen und dem Erleben der Partner	8
3. Forschungsmethodisches Vorgehen	11
3.1 Erhebungsinstrument	11
3.2 Feldzugang und Akquise	12
3.3 Datenschutz und forschungsethische Aspekte	13
3.4 Interviewdurchführung und Datenauswertung	14
3.5 Samplebeschreibung und Fallvignetten	14
3.5.1 Herr Caelum	16
3.5.2 Herr Volans	16
3.5.3 Herr Auriga	17
3.5.4 Herr Ursa	17
3.5.5 Herr Musca	18
3.5.6 Herr Indrus	18
3.5.7 Herr Vela	19
3.5.8 Herr Cetus	19
3.5.9 Herr Leporis	20
3.5.10 Herr Eridanus	20
4. Ergebnisse	22
4.1 Erfahrungen, Gefühle und Erleben der Partner nach der Diagnose	22
4.1.1 Lebenskrise und emotionaler Ausnahmezustand	23
4.1.2 Emotionales Erleben: „Men do cry“	24
4.1.3 Wendepunkte im Entscheidungsprozess	26
4.2 Das „moralische Dilemma“ oder die ambivalente Entscheidung	28
4.2.1 Zwischen Verantwortung und Schuld: Moralische Deutungen der Entscheidung	30
4.2.2 Fragen nach der „richtigen“ Entscheidung und nach Schuld	32

4.3 Rolle der Partner und Auswirkungen auf die Beziehung	34
4.3.1 Der Körper als Differenzlinie im Erleben des Schwangerschaftsverlusts	35
4.3.2 Rechtliche Marginalisierung und das Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht	37
4.3.3 Externe und internalisierte Rollenerwartungen der Partner	39
4.3.4 Auswirkungen auf die Partnerschaft.....	41
4.4 Erleben medizinischer und psychosozialer Versorgung	43
4.4.1 Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung – vor dem Abbruch, in der Klinik	43
4.4.2 Erfahrungen mit der Hebammenversorgung.....	46
4.4.3 Erfahrungen mit psychosozialer Beratung und Psychotherapie	48
4.4.4 Partnerbezogene Angebote: Genutzte Ressourcen und Verbesserungsbedarfe.....	49
4.5 Geburt, Begegnung und Abschied in der Klinik	51
4.5.1 Emotionale Wahrnehmung des Geburtsgeschehens	52
4.5.2 Körperliche Begegnung mit dem Kind.....	53
4.5.3 Fotografie als Form der Annäherung und Erinnerung	55
4.5.4 Die Klinik als sozial-emotionaler Raum des Abschieds.....	57
4.6 Bestattung und Abschiedsrituale.....	59
4.6.1 Bedeutung von Bestattungsform und Bestattungsort.....	60
4.6.2 Bestattungsort = Erinnerungsort?	63
4.6.3 Verantwortung für die Bestattung als Teil des Heilungsprozesses.....	64
4.7 Bewältigungsstrategien und Unterstützung durch das Umfeld	67
4.7.1 Unterstützung durch Freundschaften und Familie.....	67
4.7.2 Zwischen „Schein-Normalität“ und Stabilität: die Rückkehr zur Arbeit	70
4.7.3 Bewegung, Hobbys, Rückzugsräume	71
4.7.4 Neuorientierung, die weitere Familienplanung und der unerfüllte Kinderwunsch	73
5. Handlungsempfehlungen für die Praxis	77
6. Limitationen der Studie und Schlusswort	79
Quellen und Literatur	81

Danksagung

Zunächst danken wir allen Personen, die sich bereit erklärt haben, im Rahmen dieser qualitativen Untersuchung mit uns Interviews zu führen und ihre Erfahrungen offen und ausführlich zu teilen. Besonders bedanken wir uns für das große Vertrauen und die hohe Erzählbereitschaft, die uns entgegengebracht wurden. Unser Dank gilt ausdrücklich auch jenen Personen, mit denen letztlich kein Interview zustande kam, die jedoch ebenfalls ihre Bereitschaft zur Teilnahme signalisierten.

Wir danken zudem den Multiplikator*innen aus Beratungsstellen, Kliniken und Selbsthilfegruppen, die uns bei der Akquise von Interviewpartnern unterstützt und damit maßgeblich dazu beigetragen haben, Studienteilnehmende zu erreichen, um so die vorliegende Studie durchführen zu können.

Ohne zwei weitere Mitwirkende hätten wir die Studie im Rahmen der vorhandenen Ressourcen nicht umsetzen können. Ein großer Dank geht an Dipl. Psych. Marina Knopf aus dem Familienplanungszentrum Hamburg, die uns mit ihrer langjährigen Expertise in der psychosozialen Beratung von Schwangeren und Paaren mit Schwangerschaftsverlusterfahrung in allen Phasen des Projekts beratend zur Seite stand. Zudem danken wir Theresa Triebler (cand. stud. Soziale Arbeit), die uns während des Forschungsprozesses insbesondere bei den kleinen, aber für den Ablauf zentralen Zwischenarbeitsschritten zuverlässig unterstützte.

Wir bedanken uns zudem bei Pina Thur, Absolventin des Masterstudiengangs Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg, die im Rahmen einer Forschungswerkstatt eine Teilauswertung der Daten vorgenommen hat, deren Ergebnisse für den vorliegenden Bericht genutzt werden durften, sowie bei Eva Kubitza, die uns in der redaktionellen Endbearbeitung unterstützt hat.

1. Hintergrund der Studie

Der hier vorgestellten Studie zu „Partner*-Perspektiven auf die Entscheidungsprozesse, Versorgung und Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs im zweiten oder dritten Trimenon“ (nachfolgend kurz: ParPe) knüpft an Ergebnisse aus zwei vorherigen, vom pro familia Bundesverband beauftragten Untersuchungen an der Hochschule Merseburg an, die sich ebenfalls explorativ dem Feld der sogenannten späten Abbrüche nach einer medizinischen Indikation annäherten (KAST 2021, PsyMeV 2024).

Das Forschungsprojekt „Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon (KAST)“ (Böhm et al. 2021; dies. 2022) nahm Herausforderungen in der aktuellen Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland in den Blick. Hier wurde entlang von Expert*inneninterviews sowie einer quantitativen Online-Befragung unter anderem auf Informationslücken beim medizinischen und psychosozialen Fachpersonal, die fehlende Standardisierung der Verfahrensweisen bei Abbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche, auf Probleme bei der Ausstellung medizinischer Indikationen, die regionalen Unterschiede in der Durchführung von Abbrüchen sowie die Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Patient*innen an geeignete Einrichtungen hingewiesen. Die Untersuchung skizziert zudem Handlungsbedarfe für eine verbesserte, flächendeckende Versorgung, inklusive der Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in die ärztliche Ausbildung und die Entwicklung von Leitlinien für Abbrüche im zweiten und dritten Schwangerschaftstrimenon.

Die Studie „Zum Erleben der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon aus Sicht Betroffener (PsyMeV)“ (2024) nimmt das Erleben von späten Schwangerschaftsabbrüchen und der begleitenden psychosozialen wie medizinischen Versorgung in den Blick. Hier wurden qualitative Interviews mit 13 Personen, deren Schwangerschaft nach der 14.

Schwangerschaftswoche mit einem Abbruch nach medizinischer Indikation endete, zu ihren Erfahrungen mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung, dem partnerschaftlichen und sozialen Umfeld, ihrer Informationssuche sowie Veränderungswünschen und Botschaften an verschiedene Fachgruppen und die Politik durchgeführt. Ergänzend wurde in einer quantitativen Medieninhaltsanalyse untersucht, wie späte Schwangerschaftsabbrüche in deutschsprachigen Printmedien dargestellt werden, einschließlich der Häufigkeit der Berichterstattung, der Autor*innenschaft und der Einbeziehung der Betroffenenperspektive.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie zu „Partner*-Perspektiven auf die Entscheidungsprozesse, Versorgung und Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs im zweiten oder dritten Trimenon (ParPe)“ steht nun die Perspektive des nicht-schwangeren Elternteils. Wenngleich es eine Vielfalt familiärer Konstellationen und reproduktiver Verhältnisse außerhalb heterosexueller und cisgeschlechtlicher Paarbeziehungen gibt (und aus diesem Grund auch bei Beantragung der Studie die Bezeichnung „Partner*“ gewählt wurde), umfasst das vorliegende Sample ausschließlich cis-geschlechtliche Männer, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in heterosexuellen Beziehungen befanden. Die Befragten werden im Folgenden als Partner, als Männer sowie (potenzielle) Väter bezeichnet, orientiert an ihrer eigenen geschlechtlichen Selbstverortung. Eine weitere Vorbemerkung betrifft den Umgang mit den vor allem in medizinischen und juristischen Kontexten gebräuchlichen Begriffen „Schwangerschaftsabbruch“ und „Abbruch nach medizinischer Indikation“: Nachfolgend werden auch die Begriffe „stille Geburt“ oder „Schwangerschaftsverlust“ genutzt, die sich stärker an der subjektiven Erfahrung der Betroffenen orientieren. Sie greifen auf, dass viele Eltern das Geschehen nicht primär als „Abbruch“, sondern als Verlust eines Kindes erleben. Die Verwendung unterschiedlicher Begriffe ermöglicht es, diese Perspektive angemessen abzubilden und zugleich die Anschlussfähigkeit des Berichts für verschiedene Fach- und Praxisfelder zu erhöhen. Häufig wurden in den Interviews zudem die Bezeichnungen „Sternenkinder“ und „Sterneneltern“ genutzt, die sich insbesondere in Selbsthilfe- und Unterstützungszusammenhängen etabliert haben. Diese Begriffe ermöglichen es, Verlusterfahrungen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt jenseits medizinisch-rechtlicher Kategorisierungen zu benennen und zugleich eine emotionale sowie relationale Perspektive auf das Kind und die Elternschaft auszudrücken (Böcker 2022: 64).

Zum Aufbau des Berichts

Nachfolgend wird zunächst kurz auf die gesetzliche Rahmung und den Forschungsstand zu den Erfahrungen mit späten Abbrüchen und der Versorgung aus Perspektive der Partner eingegangen, bevor in die Methodik der zugrunde liegenden Studie eingeführt wird. Dem Ergebnisteil vorangestellt sind Fallvignetten, die aus den Erzählungen der insgesamt zehn befragten Partner zusammengestellt wurden. Anschließend werden die Ergebnisse in drei Hauptkapiteln vorgestellt: Zunächst geht es um das Erleben der Zeit zwischen den ersten Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft und dem Abbruch, insbesondere um die Entscheidungsfindung und das partnerschaftliche Miteinander. Im zweiten Ergebniskapitel stehen die Erfahrungen mit medizinischer und psychosozialer Versorgung im Vordergrund.

Das dritte und letzte Ergebniskapitel geht genauer auf die Verlusterfahrung, auf Abschied, Trauer und Bewältigung ein. Der Bericht endet mit einem kurzen Resümee, einem Hinweis auf Limitationen und einem Ausblick auf notwendige zukünftige Forschung.

2. Ausgangslage: Männer und späte Schwangerschaftsabbrüche

Bereits 2008 hat Christa Wewetzer in der Einleitung zum Sammelband „Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts“ darauf hingewiesen, dass durch die „[...] Fortschritte der Perinatalmedizin der Zeitpunkt der Überlebensfähigkeit Frühgeborener kontinuierlich vorverlegt worden [ist]“

(Wewetzer/Wernstedt 2008: 15). Damit einher gehe, dass bei sogenannten Spätabbrüchen von einer potenziellen Lebensfähigkeit des Kindes auszugehen sei – einer Situation, die für alle Beteiligten eine besondere emotionale Belastung und einen ethischen Konflikt bedeute: für die Schwangere, weil mit zunehmender Schwangerschaftsdauer die Beziehung zum Kind gewachsen sei, und für den*die Arzt*Ärztin, weil zur Vermeidung der Geburt eines so nicht gewollten Kindes vor der Einleitung der Geburt häufig ein Fetozid erforderlich werde (Wewetzer/Wernstedt 2008: 15). An dieser Ausführung ist auffallend, dass der an der Zeugung des Kindes beteiligte Mann, der potenzielle Vater beziehungsweise der Partner der Schwangeren, keine Erwähnung findet. Das gilt nicht nur für den betreffenden Sammelband, sondern spiegelt sich weitgehend auch im bisherigen Forschungsstand in Deutschland zum Umgang mit auffälligen pränataldiagnostischen Befunden wider. Studien, die die Perspektive Betroffener untersuchen, konzentrieren sich überwiegend auf die psychosoziale Beratung von Frauen nach einem pränatalen Befund (Wewetzer/Winkler 2013). Studien zu späten Schwangerschaftsabbrüchen fokussieren mehrheitlich das Erleben der Schwangeren selbst, weniger das von weiteren Betroffenen.

Diese Schwerpunktsetzung ist insofern nachvollziehbar, als Schwangerschaft, Geburt und Schwangerschaftsabbruch in der Regel an den weiblichen Körper gebunden sind. Andererseits verweist der familiensoziologische Diskurs bereits seit vielen Jahren auf Väter als eigenständige, gleichberechtigte Akteure und beschreibt Schwangerschaften als relevante Statuspassagen in den Biografien werdender Mütter *und* Väter (Flechter et al. 2014; Meuser 2012; Wulf 2012). Dennoch werden Partner häufig nur implizit mitgedacht, ohne dass ihre eigene Perspektive systematisch erhoben würde. Dabei sind sie in einer Doppelrolle – als selbst betroffene Person sowie als Partner und Unterstützer der Schwangeren – in besonderer Weise mit den moralischen, medizinischen und sozialen Konflikten bei einem späten Abbruch nach medizinischer Indikation konfrontiert.

2.1 Vorkommen und Häufigkeit später Abbrüche

Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche¹ (sogenannte „späte“ Abbrüche beziehungsweise Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon) erfolgen in Deutschland aufgrund einer medizinischen Indikation (§ 218a StGB) und sind vergleichsweise selten. Sie unterscheiden sich rechtlich, ethisch, medizinisch und psychosozial deutlich von einem Abbruch im ersten Drittel einer Schwangerschaft und sind von spezifischen Herausforderungen geprägt. Diese hängen maßgeblich damit zusammen, dass es sich in der Regel um gewollte und geplante „Wunschwangerschaften“ handelt, die aufgrund von pränatalen Befunden abgebrochen werden. Im Jahr 2024 wurden in Deutschland insgesamt 106.455 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Die überwiegende Mehrheit (96 Prozent) dieser Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der sogenannten Beratungsregelung vorgenommen. Nur 4.105 Schwangerschaften, also weniger als vier Prozent aller Abbrüche, wurden nach einer medizinischen Indikation abgebrochen (Destatis 2025).

Betrachtet man die Dauer der Schwangerschaften bis zum Abbruch, so zeigt sich hier, dass die überwiegende Mehrheit innerhalb der ersten 14 Schwangerschaftswochen erfolgt: 97 Prozent aller Abbrüche finden innerhalb der 14-Wochen-Frist statt, nach der sogenannten Beratungsregelung. 2.450 Abbrüche (2,3 Prozent) erfolgten zwischen der 15. und 23. Woche, 715 (0,7 Prozent) ab der 24. Woche. Dieser Anteil von 2.000 bis 3.000 Spätabbrüchen pro Jahr ist seit dem Jahr 2012 relativ konstant und steigt nicht an (Destatis 2025).

Auch wenn späte Schwangerschaftsabbrüche statistisch betrachtet ein relativ seltenes Ereignis sind, stellen sie für die Schwangere und ihren Partner oftmals eine einschneidende biografische Zäsur dar, da es sich fast immer um ursprünglich geplante oder gewollte Schwangerschaften handelt. Die Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft wird überwiegend durch unerwartete medizinische, meist pränataldiagnostische Befunde oder – seltener – durch kritische gesundheitliche Belastungen der Schwangeren ausgelöst.

Da der Schwangerschaft in der Regel eine bewusste Entscheidung für eine Familiengründung oder -erweiterung vorausging und sie eine Wunschwangerschaft war, unterscheidet sich

¹ Die 14. Schwangerschaftswoche entspricht der 12. Schwangerschaftswoche insofern, als sich die erstere auf den Zeitpunkt des Beginns der letzten Regelblutung, die letztere auf den Tag der Empfängnis bezieht. Beide Ausgangspunkte für die Berechnung der Dauer der Schwangerschaft können unpräzise sein, daher wird das genaue Schwangerschaftsalter oftmals durch eine Ultraschalluntersuchung bestimmt, bei der der Fötus genau vermessen wird. In medizinischen Kontexten wird in der Regel ab dem Zeitpunkt der letzten Menstruation gerechnet (post menstruationem, p. m.), im rechtlichen und statistischen Kontext ist der Zeitpunkt der Empfängnis beziehungsweise des Beginns der Schwangerschaft relevant (post conceptionem, p. c.).

die Entscheidung für einen Abbruch nach medizinischer Indikation deutlich von einem Schwangerschaftsabbruch bei ungeplanter und/oder ungewollter Schwangerschaft. Die Situation ist vielfach komplex und emotional herausfordernd, insbesondere bei Abbrüchen nach der 24. Woche, da „(...) gerade diese Abbrüche, nach Erreichen der fetalen extrauterinen Lebensfähigkeit, in medizinischer und ethischer Perspektive eine besondere Herausforderung darstellen – dies gilt für die Schwangeren, aber auch die Fachpersonen der medizinischen Versorgung“ (Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin 2024: 47). Betroffen davon sind darüber hinaus auch die Partner, die in den Entscheidungs- und Verarbeitungsprozess einbezogen sind und ihre eigenen Erwartungen an die Schwangerschaft neu einordnen sowie den Verlust eines erwünschten Kindes verarbeiten müssen.

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Auseinandersetzung

Ein Schwangerschaftsabbruch nach der 14. Schwangerschaftswoche ist in Deutschland nur möglich, wenn eine sogenannte medizinische Indikation vorliegt. Diese Indikation darf ärztliches Personal dann ausstellen, wenn die Fortführung der Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Schwangeren darstellen würde (§ 218a, Abs. 2 StGB).

Liegt ein auffälliger pränataldiagnostischer Befund vor, der eine medizinische Indikation begründet, ist zwischen der Mitteilung der Diagnose und der schriftlichen Ausstellung der Indikation eine verpflichtende Wartezeit von drei Tagen vorgeschrieben, die nur dann unterschritten werden darf, wenn das Leben der Schwangeren unmittelbar gefährdet ist. Auch dürfen die Ärzt*innen, die die Indikation ausstellen, den Schwangerschaftsabbruch nicht selbst durchführen. Das ärztliche Personal ist verpflichtet, die Schwangere über alle relevanten medizinischen Aspekte aufzuklären und über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung zu informieren. Auf Wunsch der Schwangeren muss ein direkter Kontakt zu einer Beratungsstelle hergestellt werden.

Abbrüche nach medizinischer Indikation stellen eine gesellschaftliche Realität dar und können als eine Folge der modernen Pränatalmedizin und -diagnostik verstanden werden. Die mit pränataldiagnostischen Verfahren verbundenen ethischen, sozialen und behindertenpolitischen Fragen werden jedoch seit Jahren kontrovers diskutiert. Mit der Einführung des nicht invasiven Pränataltests (NIPT-Test) auf Trisomien 13, 18, und 21 und der seit 2022 erfolgenden Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen hat sich

die gesellschaftliche Debatte um die Chancen und Risiken der Pränataldiagnostik erneut verschärft.

Kritiker*innen sehen die Gefahr der Ausgrenzung von Menschen mit Beeinträchtigungen und einen zunehmenden gesellschaftlichen Erwartungsdruck, nur gesunde Kinder zu gebären (Achtelik 2022). Befürworter*innen betonen hingegen das Recht auf eine informierte persönliche Entscheidung und die Möglichkeit, sich auf ein Kind mit besonderem Unterstützungsbedarf vorzubereiten (Böhm et al. 2025). Welche Untersuchungen wahrgenommen werden und welche Entscheidungen in Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose getroffen werden, hängt von der individuellen Lebenssituation der Eltern ebenso ab wie von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die individuellen Entscheidungsprozesse im Kontext eines späten Abbruchs nach auffälligem pränataldiagnostischem Befund vollziehen sich somit nicht im normfreien Raum, sondern sind in gesellschaftliche Diskurse eingebettet, die zwischen dem Anspruch auf Inklusion und Selbstbestimmung einerseits und impliziten Normalitätsvorstellungen sowie bestehenden Strukturen von Behindertenfeindlichkeit andererseits oszillieren.

2.3 Forschungsstand zu späten Abbrüchen und dem Erleben der Partner

Wie schon ausgeführt, fehlt es bislang weitgehend an auf Deutschland bezogenen Studien, die die Perspektiven der betroffenen Partner bei einem späten Schwangerschaftsabbruch ins Zentrum stellen und als eigenständigen Forschungsgegenstand behandeln. Aussagen über die Rolle der Partner, ihre Unterstützungspraktiken oder Belastungen vor, während und nach einem späten Abbruch stammen zumeist indirekt aus Erzählungen der Schwangeren. Dieses „Wissen aus zweiter Hand“ ist begrenzt und zudem potenziell durch Wahrnehmungen, Deutungen und Selektionsprozesse der berichtenden Person verzerrt. In der Folge bleibt die Perspektive der männlichen Partner in der Forschung bislang unterrepräsentiert.

Dabei gibt es inzwischen viele „Hinweise darauf, dass die Männer bzw. nichtschwangeren Elternteile mehr sind als die Begleiter ihrer schwangeren Partnerinnen, sondern ebenso selbst emotional von einem Befund betroffen“ (Wehling 2021: 14). In einer der wenigen Studien für Deutschland werden die retrospektiven Bewertungen pränataler Befunde und deren Auswirkungen auf die männliche Biografie² untersucht (Wehling 2021). Dabei analysiert die

² Die Studie von Wehling (2021) basiert auf 19 narrativen Interviews mit Männern, die mittels der Reflexive Grounded Theorie ausgewertet wurden. Die Studie unterscheidet sich nicht nur forschungsmethodisch (narrative anstelle von leitfadengestützten Interviews), sondern auch im Hinblick auf den Ausgang der Schwangerschaft (Geburt oder Spätabbruch versus Spätabbruch) von dem hier durchgeführten Forschungsvorhaben.

Verfasserin die väterliche Erfahrung vor dem Hintergrund einer zunehmenden Medizinisierung der Schwangerschaft, in der technologische Kontrolle oft das natürliche Erleben verdrängt. Wehling definiert zwei Kernkategorien: (1) den Mann als Partner der Schwangeren, wobei der Fokus auf der begleitenden Rolle in einem medizinisch dominierten System liegt, und (2) den Mann zwischen äußeren Ansprüchen und eigenen Bedürfnissen im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlich geforderter Rationalität und individueller Betroffenheit, hier mit dem Fokus auf dem persönlichen Erleben und den individuellen Erfahrungen.

In einer aktuellen Veröffentlichung aus Österreich, die den provokanten Titel „Men don’t cry: The supporting role as necessary for women’s well-being after termination of pregnancy“ trägt, werden die Trauerprozesse nach einem späten Schwangerschaftsabbruch von 26 Paaren mittels verschiedener Skalen und Instrumente untersucht (Alexopoulos et al. 2024). Diese messen ein Jahr nach dem Abbruch Aspekte wie Trauer, depressive Symptome, physische und mentale Gesundheit, posttraumatische Stresssymptome und Ängste bei beiden betroffenen Elternteilen. Darüber hinaus wurden mit den männlichen Partnern qualitative Interviews geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass sich die befragten Männer fast ausschließlich in der Rolle des Unterstützers und Begleiters ihrer Partnerinnen beschreiben. Diese Selbstverortung wird häufig mit den körperlichen Gegebenheiten der Schwangerschaft begründet: Die Frau erlebt die körperlichen und hormonellen Veränderungen, nimmt die Kindsbewegungen wahr und unterzieht sich dem medizinischen Eingriff, einschließlich der damit verbundenen körperlichen Belastungen (Alexopoulos et al. 2024: 1210). Die Autor*innen fassen zusammen:

„It seems, that the men in our sample were mainly concerned with their partners well-being, either at the time of TOP, when men concentrate on supporting their partners rather than on their own emotions, or at the time of mourning afterwards, when they seem preoccupied with comparing their own past or present suffering with their partners‘.“

Nicht nur werden die Männer hier fast ausschließlich als Partner und Unterstützer der Schwangeren beschrieben, auch scheint es, als habe diese unterstützende Rollenübernahme einen positiven Einfluss auf die Verarbeitung des späten Abbruchs sowohl bei den betroffenen Männern als auch für ihre Partnerinnen.

Der späte Schwangerschaftsabbruch nach einem pränataldiagnostischen Befund stellt insgesamt ein komplexes ethisches Problem in modernen Gesellschaften dar (Simon 2008;

Charbonnier 2008; Achtelik 2022). Allerdings stehen auch in dieser Perspektive bislang kaum Männer beziehungsweise nicht schwangere Elternteile als involvierte Personen im Fokus vorhandener Studien.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Perspektiven der Partner und ihr Erleben eines Spätabbruchs im deutschsprachigen Raum bislang kaum systematisch erfasst wurden. Die vorliegende Studie trägt dazu bei, diese Forschungslücke zu schließen, indem sie das Erleben und die Perspektiven der Partner nach einem Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimenon mittels leitfadengestützter Interviews vertiefend untersucht.

3. Forschungsmethodisches Vorgehen

Den Ausgangspunkt der Untersuchung stellte eine Literaturrecherche deutschsprachiger wissenschaftlicher Publikationen zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon dar, hier mit dem Fokus auf die Thematisierung der Partner-Perspektive. Genutzt wurden hochschulöffentlich zugängliche Datenbanken, ergänzend wurden medizinische und psychosoziale Fachzeitschriften/-magazine berücksichtigt. Die Sichtung der Fachliteratur zeigt eine deutliche Unterrepräsentation männlicher beziehungsweise mit-betroffener Perspektiven auf, sodass ein exploratives Forschungsdesign entwickelt wurde, in dessen Mittelpunkt qualitative Interviews mit Männern standen, bei deren Partnerin ein Schwangerschaftsabbruch nach der 14. Woche durchgeführt wurde. Die Studie soll folgende übergeordnete Forschungsfragen beantworten:

Frage 1: Wie erleben die Partner die Entscheidungsprozesse vor einem Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimenon? Wie erleben sie ihre eigene Rolle und die Auswirkungen der Erfahrung auf die partnerschaftliche Situation?

Frage 2: Wie nehmen die Partner die medizinische und psychosoziale Versorgung wahr? Welche partnerspezifischen Informationen und Unterstützungsangeboten begegnen ihnen?

Frage 3: Wie gehen Partner mit Verlust und Trauer im Kontext des späten Abbruchs um? Welche Bewältigungsstrategien werden thematisiert?

3.1 Erhebungsinstrument

Das Leitfadeninterview, welches in der vorliegenden Studie als Erhebungsmethode diente, gehört zu den nicht standardisierten Interviews (Gläser/Laudel 2010: 41 f.), das heißt, die interviewende Person orientierte sich während des Interviews an den übergeordneten Themenblöcken und konkretisierenden Nachfragen eines Interviewleitfadens. Der Leitfaden wurde auf Basis des Forschungsstands sowie des Erhebungsinstruments aus der PsyMeV-Studie entwickelt, um eine Vergleichbarkeit zwischen den körperlich involvierten Personen eines späten Schwangerschaftsabbruchs und den begleitenden Partnern der aktuellen Studie zu ermöglichen. Änderungen ergaben sich insbesondere aus der Außenperspektive sowie der unmittelbaren Betroffenheit der begleitenden Partner in den verschiedenen Stationen des Prozesses eines späten Schwangerschaftsabbruchs. Die Fragen wurden im Interviewverlauf offen und flexibel gestellt, um den Gesprächsverlauf möglichst ungezwungen sowie offen zu gestalten und weitreichende Erzählungen zu generieren. Nach einem offenen Erzählimpuls mit der Bitte, möglichst ausführlich über das Erleben zwischen der ersten

Schwangerschaftskomplikation und dem Abbruch zu berichten, umfasst der Leitfaden folgende Themenkomplexe:

- (1) Im Themenkomplex „Persönliches Erleben und die Rolle des Partners/Mannes“ wird erfragt, wie die Situation rund um die medizinische Indikation wahrgenommen wurde, welche Gefühle sie in den verschiedenen Phasen spürten und wie sie die (gemeinsame) Entscheidungsfindung mit ihren Partnerinnen erlebten. Dabei geht es auch um die eigene Rolle beim Ärzt*innenbesuch, während des Abbruchs und in der Zeit danach sowie Fragen der Verantwortung und ethische sowie medizinische Abwägungen.
- (2) Der Bereich „Medizinische Versorgung“ richtet den Blick auf die Erfahrungen mit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung. Dabei werden sowohl die Rahmenbedingungen wie Einrichtung und Methode des Abbruchs thematisiert als auch die Bedeutung der verschiedenen Berufsgruppen (Ärzt*innen, Mediziner*innen, Hebammen, weitere Fachkräfte) und deren erlebte Unterstützung. Ebenso wird erfragt, inwiefern die medizinische Versorgung als hilfreich, belastend oder unzureichend wahrgenommen wurde und welche Verbesserungswünsche es aus Sicht der Befragten gab.
- (3) Im Themenkomplex „Psychosoziale Beratung“ geht es um die Erfahrung hinsichtlich der Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Dabei stehen Zugangswege, Abläufe und beteiligte Personen ebenso im Fokus wie die Beurteilung der Hilfe- und Unterstützungsangebote.
- (4) Das Thema „Abschied und Trauer“ greift die Erfahrungen rund um die stille Geburt, den Abschied vom Kind und die Gestaltung der Trauerzeit auf. Dabei interessieren sowohl konkrete Formen des Abschieds und der Bestattung als auch die Frage, wie einig sich die Paare in diesen Entscheidungen waren und was ihnen beziehungsweise den Partnern in der Trauerzeit geholfen hat.
- (5) Schließlich befasst sich der Themenkomplex „Partnerschaft und Unterstützungsstrukturen“ mit der Paarbeziehung und dem sozialen Umfeld der betroffenen Partner. Hier wird gefragt, wie sich die Erfahrung mit dem späten Schwangerschaftsabbruch auf die Partnerschaft ausgewirkt hat, welche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten es im Erleben gab und welche Personen oder Strukturen in dieser Zeit in den verschiedenen Stationen des Erlebens unterstützend wirkten.

3.2 Feldzugang und Akquise

Der Interviewaufruf wurde im Sommer 2025 einerseits über einen Verteiler mit über 3.500 Schwangerschaftsberatungsstellen disseminiert, andererseits gezielt an Stakeholder aus

spezialisierten Beratungsstellen und Netzwerken versendet. Um eine Vergleichbarkeit mit den Rekrutierungskriterien der Interviews aus der PsyMeV-Studie (Böhm et al. 2025) zu erreichen, wurden Interviewpartner gesucht, deren Erfahrung mit einem späten Schwangerschaftsabbruch nicht länger als fünf Jahre zurückliegen sollte.

Insgesamt meldeten 15 Personen ihr Interesse an der Studienteilnahme zurück, davon konnten zehn Interviews realisiert und in die nachfolgende Analyse aufgenommen werden. Bei den übrigen fünf Personen kam es aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Interviewdurchführung, etwa weil nicht alle Einschlusskriterien erfüllt waren oder die Interviewbereitschaft zurückgenommen wurde, da es im Laufe der Terminfindung zu einem erneuten Schwangerschaftsverlust kam und eine Studienteilnahme eine zu hohe Belastung dargestellt hätte.

Alle Befragten erhielten ein Incentive im Rahmen eines Wunschgutscheins im Wert von 20 Euro.

3.3 Datenschutz und forschungsethische Aspekte

Die Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet, mittels einer datenschutzkonformen kostenfreien Transkriptionssoftware (noscribe) transkribiert und anschließend von zwei Projektmitarbeitenden bereinigt. In diesem Zuge wurden alle personenbezogenen Angaben entlang eines Pseudonymisierungsleitfadens verändert. Im Umgang mit den personenbezogenen Pseudonymen wurde das in der PsyMeV-Studie verwendete Konzept fortgeführt, den Interviewpartner*innen Sternbilder als Pseudonyme zuzuordnen. Diese Wahl erfolgte mit Bezug auf die Bezeichnung „Sterneltern“. In den Interviews namentlich erwähnte Partnerinnen und weitere Kinder erhielten themenbezogene Pseudonyme aus den Bedeutungsfeldern Minerale und Licht.

Datenschutzrechtliche Aspekte der Studie wurden vor Beginn des Vorhabens mit dem Datenschutzmanagement der Hochschule Merseburg abgestimmt. Alle Befragten erhielten vor der Studie schriftliche Informationen über das Erkenntnisinteresse und den Ablauf der Interviews sowie zum Umgang mit den erhobenen Daten inklusive der Audioaufnahme des Interviews. Von allen Befragten lagen die entsprechenden schriftlichen Einwilligungen vor dem Interviewtermin vor. Zudem wurde auch zu Beginn der Interviews noch einmal die mündliche Einwilligung eingeholt und Raum für etwaige Nachfragen sowie die Zurücknahme der Einwilligung gegeben.

Um die Belastungen für die Befragten möglichst gering zu halten, wurde neben den Studieninformationen, die unter anderem dezidierte Hinweise zu den Inhalten und dem Ablauf des Interviews enthielten, allen Teilnehmenden eine Übersicht mit kooperierenden Beratungseinrichtungen zugesendet, an die sie sich bei Unterstützungsbedarf im Nachgang zu den Interviews wenden konnten.

3.4 Interviewdurchführung und Datenauswertung

Die Interviews wurden zwischen September und Dezember 2025 geführt. Acht Interviews fanden per Zoom statt, zwei Interviews wurden in Präsenz geführt. Das kürzeste Interview dauerte etwas mehr als eine Stunde, das längste über zwei Stunden. Die Daten der zehn Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz und Rädiker (2024) mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Dabei wurden einerseits einzelne Fallbeschreibungen erstellt, andererseits fallübergreifende Auswertungen zu den zentralen Frageblöcken des Interviewleitfadens vorgenommen. Für die Auswertung wurde ein deduktiv-induktiv entwickeltes Kategoriensystem genutzt, das sowohl theoretisch fundierte als auch aus dem Material gewonnene Kategorien integriert. Das Kategoriensystem wurde zunächst exemplarisch an einem Teilausschnitt der Daten getestet und anschließend eine themenbezogene, systematische Kodierung durchgeführt, um eine inhaltlich differenzierte und nachvollziehbare Analyse zu gewährleisten.

3.5 Samplebeschreibung und Fallvignetten

Die reproduktiven Biografien der Befragten unterscheiden sich an mehreren Stellen. Dies betrifft insbesondere die Familiensituation der Interviewpartner, also ob bereits Kinder in der Familie vorhanden waren beziehungsweise ob nach dem späten Schwangerschaftsabbruch noch eine Schwangerschaft eintrat beziehungsweise ein Kind geboren wurde. Sechs der Teilnehmenden hatten bereits vor der Schwangerschaft, die mit dem späten Abbruch endete, Kinder (Herr Musca, Herr Cetus, Herr Ursa, Herr Vela, Herr Leporis und Herr Caelum). Vier Teilnehmende bekamen nach dem späten Schwangerschaftsabbruch in einer weiteren Schwangerschaft noch ein Kind (Herr Musca, Herr Auriga, Herr Cetus und Herr Ursa). Bei vier Teilnehmenden erfüllte sich der Wunsch nach einem (weiteren) Kind nach dem späten Schwangerschaftsabbruch bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht (Herr Caelum, Herr Vela, Herr Volans und Herr Indrus). Herr Volans und Herr Indrus sind die einzigen Befragten, die zum Zeitpunkt der Interviews kinderlos geblieben waren, die Partnerin von Herrn Eridanus befindet sich in der 34. Schwangerschaftswoche einer bis zum Interviewzeitpunkt unauffällig

verlaufenden Schwangerschaft. Insgesamt hatten am Ende des Erhebungszeitraums sieben Teilnehmende eine Familie mit mindestens einem Kind (Herr Auriga, Herr Musca, Herr Cetus, Herr Ursa, Herr Vela; Herr Leporis und Herr Caelum). Drei Befragte sollen hier noch einmal besonders benannt werden: Herr Auriga ist der einzige Befragte, der ohne Familie mit Kindern die Schwangerschaft mit einem späten Abbruch erlebte und anschließend ein Kind bekam. Herr Leporis und seine Partnerin haben insgesamt acht Schwangerschaften erlebt, davon endeten sechs mit (frühen) Fehlgeburten, eine mit dem geschilderten späten Abbruch und eine mit ihrem lebendgeborenen Kind. Herr Ursa nimmt insofern eine besondere Stellung ein, als er gemeinsam mit seiner Partnerin vor dem erlebten späten Schwangerschaftsabbruch bereits ein Kind nach der Geburt palliativ begleitete, bei dem diagnostisch zu erwarten war, dass es kurz nach Geburt versterben würde.

Die tabellarische Übersicht gibt einen Überblick über die Teilnehmenden, unter anderem mit Blick auf das Schwangerschaftsalter beim Abbruch und die Einordnung des Erlebnisses in die jeweilige reproduktive Biografie.

Nr.	Pseudonym	Zeitpunkt beim Abbruch	Jahr des Abbruchs	Alter des Vaters	Wohnort der Familie	Weitere Schwangerschaften/Kinder
01	Herr Caelum	3. Trimenon	2025	39	Großstadt	4 Fehlgeburten, 1 Kind
02	Herr Volans	2. Trimenon	2024	36	Großstadt	1 Fehlgeburt
03	Herr Auriga	3. Trimenon	2024	33	Großstadt	1 Kind
04	Herr Ursa	2. Trimenon	2022	51	Ländlich	1 Lebendgeburt verstorben, 3 Kinder
05	Herr Musca	2. Trimenon	2023	45	Großstadt	1 Fehlgeburt, 2 Kinder
06	Herr Indrus	2. Trimenon	2023	43	Großstadt	1 Fehlgeburt
07	Herr Vela	3. Trimenon	2025	37	Großstadt	2 Kinder
08	Herr Cetus	3. Trimenon	2021	39	Ländlich	2 Kinder
09	Herr Leporis	2. Trimenon	2024	42	Großstadt	6 Fehlgeburten, 1 Kind
10	Herr Eridanus	2. Trimenon	2024	40	Großstadt	Schwangerschaft, 34. SSW

Nachstehend werden die Geschichten der befragten Männer in kurzen Fallvignetten vorgestellt, bevor anschließend auf die Ergebnisse der Befragung eingegangen wird.

3.5.1 Herr Caelum

Herr Caelum berichtet, dass es vor der Schwangerschaft, die mit einem Spätabbruch endete, schon eine Geburt und mehrere Fehlgeburten gab. Nach den ersten drei Monaten, in denen die Schwangerschaft unauffällig verläuft, wird beim „großen Organultraschall“ eine Wachstumsverzögerung festgestellt. Einen Monat später werden drei weitere Auffälligkeiten festgestellt („zu klein“, vergrößerte Gehirnventrikel, Herzfehler), die zu einer Überweisung an ein Pränatalzentrum führen. Dort bestätigt sich die Diagnose, es wird jedoch noch drei Wochen abgewartet, die für Herrn Caelum und seine Partnerin „sehr, sehr anstrengend“ sind. Als klar ist, dass das Kind mit sehr starken Einschränkungen und einer geringen Überlebenswahrscheinlichkeit zur Welt kommen würde, entscheidet sich das Paar gemeinsam für einen späten Abbruch. Dieser passiert in Form einer medikamentös eingeleiteten (stillen) Geburt nach Fetozyd in der 26. Schwangerschaftswoche. Erst im Nachhinein stellt sich heraus, dass das Kind einen sehr seltenen Gendefekt hat und nicht lebensfähig gewesen wäre. Die Begleitung durch die Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen und ein*er Hebamme bei der Geburt erlebt Herr Caelum als sehr hilfreich. Ärgerlich ist für ihn hingegen, dass ein Termin mit einem Sternenkind-Fotografen sowie die in Aussicht gestellte Sammelbestattung aus organisatorischen Gründen nicht zustande kommen. Herr Caelum berichtet, dass er und seine Frau sehr gut gemeinsam durch diese sehr belastende Zeit gekommen sind, auch wenn er sich oft sehr hilflos gefühlt habe. Aktuell gibt es einen weiteren Kinderwunsch von beiden Partnern, aber auch große Ängste, noch einmal in eine solche Situation zu kommen.

3.5.2 Herr Volans

Herr Volans und seine Frau sind geplant und problemlos schwanger geworden. Etwa in der 13. Schwangerschaftswoche machen sie einen NIPT-Test mit auffälligem Ergebnis. Die Fruchtwasseruntersuchung bestätigt den Verdacht auf Trisomie 21. Nach einer Zeit des Abwägens der Optionen und Risiken entscheiden sie sich für einen medikamentösen Abbruch in der 20. Woche. Sie besuchen in der schwierigen Phase der Entscheidungsfindung eine regionale Selbsthilfeorganisation für Leben mit „Down-Syndrom“ und nehmen Beratung bei einer konfessionellen sowie bei einer nicht konfessionellen Beratungsstelle in Anspruch. Die Entscheidung für den Abbruch erlebt Herr Volans als sehr schwierig, als einen nicht lösbaren Konflikt zwischen „Gefühl und Verstand“, in dem „nur zwei falsche Entscheidungen“ möglich sind. Die Behandlung in der Klinik beim Abbruch erscheint ihm unnötig in die Länge gezogen und die langen Wartezeiten sind sehr belastend, besonders für seine Partnerin. Für die Verarbeitung des Erlebten ist für ihn eine Selbsthilfegruppe wichtig; die Partnerin begibt

sich zusätzlich in psychotherapeutische Behandlung. Die Bilder, die ein Sternenkinderfotograf macht, beschreibt Herr Volans für die Verarbeitung und den Trauerprozess als sehr hilfreich.

3.5.3 Herr Auriga

Herr Auriga und seine Partnerin erfahren im 6. Schwangerschaftsmonat im Rahmen einer Routineuntersuchung, dass ihr Kind unter einer fetalen Nierenagenesie leidet und mit fehlenden Nieren zur Welt kommen wird. Sie entscheiden sich aufgrund der Schwere der Erkrankung zu einer stillen Geburt und erleben einen jähen Wandel der Gefühle von Liebe und (Vor-)Freude auf ihr Kind zu Schock, Schmerz und Trauer. Der längere Entscheidungs- und Abschiedsprozess ist eine intensive Phase für die Partnerschaft. Auch der Trauerprozess nach der Geburt wird stark und als großes Thema für die Beziehung empfunden: „Man trauert unterschiedlich“. Unzufriedenheit äußert Herr Auriga mit der Behandlung durch die*den Frauenärzt*in seiner Partnerin. Sie fühlten sich sehr schnell weitergeschickt und wie abgeschoben. Auch dass die stille Geburt auf einer regulären Geburtsstation stattfindet, erlebt er als verwirrend und belastend. Die Beisetzung, die an der Grabstelle eines engen Familienmitglieds stattfinden konnte, wird als tröstlich und gut empfunden.

Wenig später wird ein gesundes Kind geboren. Es gibt allerdings einen dramatischen Verlauf mit Komplikationen und einer dadurch erneuten erheblichen Belastung für beide Eltern.

3.5.4 Herr Ursa

Herr Ursa hat bereits als Fachkraft mit Menschen mit Behinderung gearbeitet. Er lebt mit seiner Partnerin und drei gemeinsamen Kindern in einem Ort, in dem sie sich nur wenig integriert fühlen. Herr Ursa und seine Partnerin haben in zwei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften ein Kind verloren, für das Verständnis der Geschichte sind sowohl der Spätabbruch als auch die davor liegende palliative Geburt sehr wichtig und werden ausführlich berichtet. Zuerst haben sie ein Kind in den ersten Lebenstagen nach der Geburt verloren; es hatte einen irreparablen Herzfehler, wurde zu Hause geboren und palliativ von den Eltern begleitet. Kurz darauf kommt es zu einer gewünschten erneuten Schwangerschaft, die nach der Diagnose Trisomie 21 in der 14. Schwangerschaftswoche chirurgisch abgebrochen wird. Nach der vorherigen sehr belastenden Erfahrung fehlen der Familie die emotionalen, sozialen und auch finanziellen Ressourcen. Die Entscheidung fühlt sich für Herrn Ursa richtig an, auch wenn insbesondere seine Frau in einem emotionalen Ausnahmezustand war und sich noch länger in Psychotherapie befindet. Wichtig ist für Herrn Ursa, dass es seiner Frau gut geht, denn nur dann kann es ihm selbst (wieder) gut gehen. In

beiden Situationen gab es sehr unterschiedlich gestaltete Bestattungen, die eine große Bedeutung für die Verarbeitung des Geschehens hatten.

3.5.5 Herr Musca

Herr Musca befindet sich für ein paar Tage im Urlaub, als seine Frau wegen eines auffälligen Befundes in der Schwangerschaft ins Krankenhaus eingewiesen wird. Eine Untersuchung in einer „Spezialklinik“ bestätigt die Diagnose: Trisomie 21. Herr Musca bricht aufgrund dieser „grausamen“ Diagnose den Urlaub ab und kommt nach Hause. Die etwa fünfwöchige Phase der Entscheidungsfindung erlebt er als Achterbahn, gekennzeichnet durch sehr starke emotionale Schwankungen. Er selbst versucht, möglichst rational vorzugehen und die Interessen aller Familienmitglieder im Blick zu behalten. Gleichzeitig ist er in dieser Phase sehr belastet, weil er neben der Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch auch seinen Arbeitsplatz verliert und sich in seiner Rolle als „Versorger“ der Familie stark verunsichert fühlt. Im zweiten Trimenon wird das Kind in der Klinik still geboren und zehn Tage später beerdigt. Herr Musca und seine Frau sind beide sehr traurig, aber sie können sich in dieser schweren Zeit sehr gut gegenseitig unterstützen; retrospektiv empfindet er die Partnerschaft als gefestigt durch das gemeinsam Erlebte. Nach dem Abbruch fühlt sich Herr Musca noch einige Zeit belastet, er hadert mit seinem Schicksal und berichtet: „Man war auf den lieben Gott ein ganz klein bisschen böse.“ Zunächst findet er nicht die Kraft, Sport zu machen, und hat „kaum Zeit für sich“. Der Balkon der Wohnung wird der Ort, an den er sich abends zurückziehen kann. Seine Freunde, ein neuer Job und die Wiederaufnahme seiner sportlichen Aktivitäten helfen Herrn Musca bei der Verarbeitung.

3.5.6 Herr Indrus

Herr Indrus und seine Freundin haben „vergleichsweise spät entschieden, eine Familie gründen zu wollen“, als beide etwa 40 Jahre waren. „Relativ schnell“, erzählt er, haben sie sich dann reproduktionsmedizinische Unterstützung gesucht, weil ihnen „die Zeit davonlief“. Nach einer Zeit voller „Hoffnung und Enttäuschung“ entschieden sie sich für einen letzten Versuch, als sich dann „tatsächlich eine Schwangerschaft eingestellt hat“. Die Kenntnis über Auffälligkeiten im Schwangerschaftsverlauf erhalten Herr Indrus und seine Freundin zu Beginn des zweiten Trimenons, nachdem vorherige Untersuchungen unauffällig waren und an einem Punkt, an dem sie eigentlich dachten: „Wir haben doch Glück gehabt, also jetzt nach einem langen Weg sind wir endlich da, wo wir sein wollen, und jetzt kann es so weitergehen, und es war unbeschwert, schön.“ Nach den eindeutigen Hinweisen auf eine Trisomie, kombiniert mit starken Darm- und Herzproblemen, folgen mehrere Wochen des Abwägens,

mit „langem Ringen, nach langen Kämpfen und nach vielem Hin und Her, viel Amivalenz“ mit dem Ergebnis, die Schwangerschaft zu beenden. Herr Indrus beschreibt den Entscheidungsprozess als „das Heftigste, was ich in meinem Leben erlebt habe“ und als „die krasseste Prüfung meines Lebens“. Das Paar ist zum Zeitpunkt des Interviews weiterhin kinderlos. Mit Blick auf die Beziehung resümiert Herr Indrus: „Ich habe es überstanden, zusammen mit der Frau, die ich liebe, und die ist immer noch an meiner Seite, und wir sind weiterhin da und sind in der Lage, nach vorne zu gucken und unseren Weg zu gehen und nicht jeden Tag nur zu trauern.“

3.5.7 Herr Vela

Herrn Vela und seiner Frau wird beim Pränatalscreening in der 22. Schwangerschaftswoche überraschend mitgeteilt, dass eine verzögerte Entwicklung des Gehirns festgestellt wurde, die eine sehr seltene neurologische Entwicklungsstörung anzeigt. Die Diagnose wird bestätigt, aber gleichzeitig können die Fachärzt*innen ihnen zu keinem Zeitpunkt genau sagen, welche Auswirkungen diese Diagnose auf das Kind haben würde: Sowohl eine asymptotische Entwicklung als auch schwerste kognitive Behinderungen wären möglich. Es folgen sechs Wochen einer intensiven Auseinandersetzung mit der Diagnose und den möglichen Folgen des Lebens mit einem stark behinderten Kind für die Familie. Während dieser sehr belastenden Zeit nehmen sie die Hilfe einer nicht konfessionellen Beratungsstelle in Anspruch und entscheiden sich für einen Spätabbruch (stille Geburt nach Fetozyd) in der 28. Schwangerschaftswoche. Herr Vela und seine Partnerin haben „Respekt und Angst“ vor der stillen Geburt. Nachdem das Kind geboren ist, nehmen sie sich Zeit: Sie machen Fotos und nehmen Abschied. Die Verarbeitung des Erlebten ist für Herrn Vela mit starken Schuldgefühlen verbunden, die unter anderem von der Unsicherheit geprägt sind, welche Behinderungen das Kind gehabt hätte. Die Beisetzung beschreibt Herr Vela als sehr schön; auch der Austausch in einer Selbsthilfegruppe, besondere Rituale im Alltag und der Umgang mit seinen beiden älteren Kindern mit Trauer und Abschied helfen ihm bei der Verarbeitung.

3.5.8 Herr Cetus

Herr Cetus und seine Partnerin erwarteten ihr zweites Kind. Die Schwangerschaft verläuft zunächst unauffällig, bis in der 20. Schwangerschaftswoche bei einer Feindiagnostik eine massive Hirnschädigung festgestellt wird. In den folgenden zwölf Wochen werden zahlreiche weitere Untersuchungen durchgeführt. Die lange Phase der Abklärung ist für das Paar hoch belastend. Im Zentrum der Entscheidungsfindung steht die Frage, welches Leben für das Kind überhaupt möglich wäre und ob es ein lebenswertes Leben werden kann. Herr Cetus und seine

Partnerin setzen sich intensiv mit möglichen Schmerzen sowie schweren Einschränkungen des Kindes und den Folgen für ihre Familie auseinander und entscheiden sich schließlich in der 32. Schwangerschaftswoche für einen Spätabbruch.

Die Durchführung des Abbruchs und die Geburt erlebt Herr Cetus als psychisch extrem belastend. Hinzu kommt eine sehr negative Erfahrung in der ersten Klinik, die sie für den Abbruch aufsuchen, und die das Paar dazu bringt, die Klinik kurzfristig zu wechseln. In der zweiten Klinik fühlen sie sich deutlich besser begleitet. Nach der Geburt verbringen sie Zeit mit ihrem Kind, lassen Fotos machen und nehmen Abschied. Zusätzlichen Stress verursacht später noch wegen eines Übermittlungsfehlers seitens der ersten Klinik eine drohende Beschlagnahmung des Leichnams durch die Staatsanwaltschaft, die Herr Cetus mithilfe gut dokumentierter Unterlagen klären kann. Das Kind wird im Familiengrab im selbstgestalteten Sarg beigesetzt. Für die Verarbeitung sind für Herrn Cetus vor allem die enge Partnerschaft, praktische Tätigkeiten und die Unterstützung nahestehender Menschen bedeutsam.

3.5.9 Herr Leporis

Herr Leporis und seine Partnerin haben für ihre Familiengründung reproduktionsmedizinische Unterstützung in Anspruch nehmen müssen und in ihrer reproduktiven Biografie bereits mehrere frühe Schwangerschaftsverluste erlebt, bevor dann nach einer intakten Schwangerschaft ihr Kind geboren wurde. In der Folgeschwangerschaft werden zu Beginn des zweiten Trimenons verschiedene Auffälligkeiten festgestellt – Herr Leporis berichtet: „Und dann, puh, begann echt ein Horrorfilm.“ Im Laufe mehrerer weiterführender Untersuchungen sprechen zwei Ärzte sich unabhängig voneinander nach Einschätzung der Bildgebung und entlang ihrer Erfahrungen für einen Abbruch aus, da das Kind nicht allein oder überhaupt nicht lebensfähig sein würde. Zu Beginn des fünften Schwangerschaftsmonats wird der Abbruch vorgenommen. Für Herrn Leporis und seine Frau ist es besonders herausfordernd, ihr älteres Kind an den bevorstehenden Verlust heranzuführen. Im Interview berichtet er von viel Unterstützung, sowohl familiär als auch beispielsweise durch einen Sternenkinderverein, die er als sehr hilfreich erlebt, und berichtet: „[Es] bleibt immer ein Teil von uns, aber wir haben so gut es geht einen Abschluss gefunden, auch wenn es noch nicht abgeschlossen ist.“

3.5.10 Herr Eridanus

Herr Eridanus und seine Partnerin wünschten sich ein Kind und beschreiben sich selbst als eingespieltes und planungsaffines Paar. Bereits vor der Diagnose hatten sie über

hypothetische Grenzsituationen gesprochen und einen Schwangerschaftsabbruch im Fall einer schweren Behinderung für sich ethisch eingeordnet. Die Schwangerschaft verläuft zunächst unauffällig, bis beim Ersttrimester-Screening eine verdickte Nackenfalte auffällt. Es folgen weitere Untersuchungen, die sich über mehrere Wochen hinziehen und schließlich eine seltene chromosomale Auffälligkeit ergeben. Die Seltenheit der Diagnose und die geringe wissenschaftliche Datenlage machen die Situation besonders belastend.

Herr Eridanus und seine Partnerin informieren sich intensiv, lesen Fachliteratur, sprechen mit Ärzt*innen, nutzen das Beratungsangebot einer spezialisierten Beratungsstelle. Die Entscheidung für den Abbruch treffen sie gemeinsam, auch wenn Herr Eridanus im Interview die Last vorwiegend bei seiner Partnerin verortet. Entlastend wirkt für ihn, dass der Prozess medizinisch und rechtlich als klar geregelt erscheint. Der Abbruch erfolgt in der 20.

Schwangerschaftswoche im Rahmen einer stillen Geburt. Die Begleitung in der Klinik erlebt das Paar insgesamt als unterstützend. Besonders hilfreich ist, nicht auf einer regulären Geburtsstation untergebracht gewesen zu sein. Nach der Geburt können sie ihr Kind sehen, sich verabschieden und Erinnerungsfotos machen lassen. Für die Verarbeitung sind für Herrn Eridanus vor allem die Auseinandersetzung mit seiner Partnerin, professionelle Beratung und das vertiefte Verstehen der Situation bedeutsam.

4. Ergebnisse

Der Ergebnisteil orientiert sich an den drei Schwerpunkten der Erhebung: Zunächst stehen Entscheidungsprozesse und das Erleben der Partnerschaft im Kontext des Schwangerschaftsabbruchs im Vordergrund (4.1, 4.2, 4.3), anschließend wird das Erleben der medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie formulierte Bedarfe an partnerspezifischen Informationen und Unterstützungsangeboten fokussiert (4.4), bevor eine ausführliche Darstellung der Trauerprozesse und Bewältigung der Verlusterfahrung (4.5, 4.6, 4.7) stattfindet.³

4.1 Erfahrungen, Gefühle und Erleben der Partner nach der Diagnose

Im ersten Ergebnisabschnitt steht das Erleben der Partner in der Zeit zwischen den ersten Hinweisen auf pränatale Auffälligkeiten bis hin zum Schwangerschaftsabbruch im Vordergrund.⁴

In allen hier untersuchten Fällen handelt es sich bei der betreffenden Schwangerschaft um eine „Wunschschwangerschaft“ (Herr Eridanus). Die Zeugung ist geplant oder spontan erfolgt, bei mehreren Befragten jedoch mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung und erst nach einigen Versuchen. Mehrere Männer berichten von vorangegangenen Fehlgeburten, einige leben in ihrer Familie bereits mit Kind oder Kindern. In der Stichprobe verläuft der Beginn der Schwangerschaft mehrheitlich zunächst unauffällig. Die Befragten berichten, sich schon auf das Kind gefreut und sich zunächst ganz sicher gefühlt zu haben (beispielsweise Herr Eridanus, Herr Ursa, Herr Volans). Einige haben für die geplante Familiengründung oder -erweiterung schon konkrete Schritte wie zum Beispiel einen Umzug unternommen, andere haben bereits Freund*innen, Familie und Arbeitskolleg*innen von der Schwangerschaft erzählt, in etlichen Fällen ist das Geschlecht des ungeborenen Kindes bekannt.

Meist unerwartet erhält das Paar dann bei einer Routineuntersuchung die Information, dass eine Auffälligkeit festgestellt wurde. Darauf folgt eine mehrwöchige Phase, in der sowohl medizinische Untersuchungen zur Präzisierung und Sicherstellung der Diagnose als auch die Informationsbeschaffung und Entscheidungsfindung der Eltern stattfinden.

³ Aufgrund der begrenzten Ressourcen der Studie kann hier nur ein begrenzter Einblick in das Datenmaterial gegeben werden. Vertiefende Analysen oder ein Vergleich der ausgewerteten Daten mit denen aus der vorangegangenen PsyMeV-Studie werden aus diesem Grund nicht vorgenommen.

⁴ Die entsprechenden Fragen im Interviewleitfaden lauteten: „Wie haben Sie sich gefühlt, als klar wurde, dass es Komplikationen gibt?“; „Wann haben Sie sich das erste Mal mit der Möglichkeit beschäftigt, die Schwangerschaft abzuberechen, und wie ging es Ihnen damit?“

4.1.1 Lebenskrise und emotionaler Ausnahmezustand

Diese oftmals etwa vier- bis sechswöchige Phase wird als emotional äußerst herausfordernd erlebt. Die betroffenen Männer bezeichnen sie als „Ausnahmezustand“ (Herr Indrus), als „Extremsituation“ (Herr Volans), als „Horrorfilm“ (Herr Leporis), als „Eskalationsspirale“ (Herr Eridanus) und als eine psychische „Achterbahnfahrt“ (Herr Vela), also gekennzeichnet durch sehr starke emotionale Schwankungen. Herr Volans erinnert sich: „Das war wahrscheinlich die schlimmste Zeit meines Lebens.“ Er fasst damit für die überwiegende Mehrheit unserer Befragten treffend zusammen, dass dies eine Zeit der „Ungewissheit, der Ohnmacht und der Verzweiflung“ (Herr Volans) ist, die die betroffenen Männer als existentielle Krise erleben, die sie aus ihrem Alltag herauskatapultiert und ihre gesamte Aufmerksamkeit fordert. Die Befragten artikulieren starke emotionale Schwankungen und eine hohe psychische Belastung nach dem pränataldiagnostischen Befund:

„Auf einen Schlag war das Leben auf den Kopf gestellt. [...] Diese sechs Wochen waren die intensivste Phase unseres Lebens bisher und eine Phase, die ich keinem Menschen wünschen möchte, weil das eine maximale Achterbahn der Gefühle ist.“ (Herr Vela)

„[...] Es hat zu dem Zeitpunkt nichts anderes mehr irgendeinen Zweck gehabt. Es war nichts mehr wichtig, sei es Arbeit oder sonst irgendwas.“ (Herr Volans)

„Das ist wirklich schon eine krasse Erfahrung. Die tut halt weh. Das fand ich wirklich schon so – von diesem schönsten Gefühl hat es stark umgeschlagen. Und dann dieser Schmerz.“ (Herr Auriga)

„Und dann, puh, begann echt ein Horrorfilm.“ (Herr Leporis)

„Wir hatten von 100 Prozent toll dann minus 100 Prozent, wenn man es so sehen will. Erst war es 100 Prozent gesund, dann war es sehr, sehr schlecht.“ (Herr Musca)

„Man [hat] das Gefühl, dass einem der Boden unter den Füßen weggerissen wird.“ (Herr Caelum)

„Das waren also sehr, sehr schlimme zwölf Wochen [...]. Eine unfassbar schwere psychische Belastung, die man da erlebt.“ (Herr Cetus)

„Das waren die Tage, die wir im Krankenhaus verbracht haben, das glaube ich, die würde ich als schlimmste Zeit meines Lebens bisher bezeichnen. Und die Tage davor, die sind eigentlich fast nicht auszusparen, waren wahrscheinlich die zweitschlimmste Zeit.“ (Herr Indrus)

Mit großer Übereinstimmung erinnern neun von zehn der befragten Männer diese Zeit als außerordentlich belastend. Die Daten zeigen, dass werdende Väter nach dem pränatalen Befund emotional und psychisch stark beansprucht sind, wobei sich das Ausmaß ihrer Belastung nicht wesentlich von dem ihrer Partnerinnen unterscheidet. Dies hängt damit

zusammen, dass die Schwangerschaft für die werdenden Väter zum Zeitpunkt der Diagnose bereits geteilte Lebensrealität ist – auch wenn sie selbst nicht schwanger sind und körperliche Dimensionen wie hormonelle Veränderungen oder Kindsbewegungen nicht erleben.⁵

Gleichzeitig planen sie eine gemeinsame Zukunft, erleben Vorfreude auf das Kind und durch den späten Abbruch den Verlust ihres Kindes.

„Was bei mir da ganz stark hängen geblieben ist, ist so diese, na ja, man hat ja das Kind schon. Da waren schon wirklich viele Gefühle da, sechster Monat. Man hat sich wahnsinnig schon gefreut, es ist auch unser erstes Kind gewesen.“ (Herr Auriga)

„Wenn man dann tatsächlich in dieser Situation ist und diese Entscheidung treffen muss und es nicht um irgendein theoretisches Leben geht, sondern um das Leben, das da jetzt seit – zu dem Zeitpunkt – fast zwanzig Wochen herangewachsen ist und auf das man sich jeden Tag irgendwie mehr gefreut hat.“ (Herr Volans)

„Da brach ganz, ganz viel gerade von dieser Zukunft [weg], wie wir sie uns vorgestellt haben. Wir ziehen irgendwie [in ursprünglichen Wohnort] zurück, haben unsere Freunde, Familie wieder näher dran, zweites Kind. Dann fehlte quasi nur noch das Haus. Und plötzlich wurde ganz, ganz viel wieder infrage gestellt.“ (Herr Caelum)

Insgesamt zeigt sich, dass diese Phase für die betroffenen Männer eine existenzielle Krise darstellt, in der Freude, Zukunftserwartungen und Lebensplanung abrupt unterbrochen werden und intensive emotionale Belastungen dominieren.

4.1.2 Emotionales Erleben: „Men do cry“

Wie erleben die Betroffenen diese Krise emotional? Während frühere Studien, etwa „Men don't cry: The supporting role as necessary for women's well-being after termination of pregnancy“ (Alexopoulos et al. 2024), nahelegen, dass Männer vor allem in der Rolle des rationalen Stützpols agieren und eigene Gefühle zurückstellen oder herunterspielen, zeigt die vorliegende Untersuchung ein differenzierteres Bild. Indem gezielt nach den Emotionen der Männer gefragt wurde und diesen viel Raum gegeben wurde, wird deutlich, dass die psychische Belastung der werdenden Väter erheblich ist. Entgegen der Annahme, sie würden kaum weinen oder ihre Gefühle verdrängen, treten emotionale Reaktionen, einschließlich Tränen, in verschiedenen Situationen sehr wohl auf – manchmal schon auf dem Weg in die Klinik, wenn die Ambivalenz ihrer Gefühle überwältigend wird:

⁵ Siehe hierzu auch Rohde et al. (2007): In ihrer Studie mit Beraterinnen zeigen die Autor*innen, dass werdende Väter nach einem pränatalen Befund ähnlich stark belastet sind wie ihre Partnerinnen.

„Dazu muss man sagen, dass wir – das gehört zu dem Wahnsinn aus dieser Zeit dazu – schon einmal den Termin hatten. Hingefahren sind, zwischen [Haltestelle ÖPNV] und Klinik standen, angefangen haben zu heulen und zu sagen, wir können das nicht machen.“ (Herr Indrus)

Traurigkeit und Verzweiflung sind besonders häufig während oder nach der stillen Geburt spürbar, also in dem Moment, in dem alle Hoffnung auf ein lebendiges Kind aufgegeben werden musste und gleichzeitig der Tod und Verlust ihres Kindes auch für die Männer sinnlich erlebbar wird.

„Sie hatte dann auch nicht mehr geatmet, meine Tochter, als sie auf die Welt kam. [...] Da bin ich auch dann wirklich, als es dann so weit war, habe ich auch wirklich nochmal richtig geweint.“ (Herr Auriga)

„Das war ehrlicherweise für mich der Punkt nach der Geburt, als wir dann im Kreißsaal lagen und [unser totes Kind] auf dem Arm hatten. Da, wo ich es dann wirklich realisiert habe. Also [...]. Ja. Das war's dann also. Es gab davor auch bei mir viele Tränen.“ (Herr Caelum)

„Wenn man dann in so einer kleinen Schüssel so ein kleines Alien hat und man das dann in den Arm nimmt. Ich bin jetzt nicht so ein stahlharter Mann, [...] aber so viel Rotz und Wasser, wie ich da geheult habe, das weiß ich nicht, ob es das schon mal gab in meinem Leben.“ (Herr Musca)

Andere Männer weinen mit ihrer Partnerin gemeinsam, auch in der Zeit nach dem Abbruch und zur Bewältigung der Trauer:

„Das war ganz wichtig, weil dieser Schmerz so doll war. Ich habe mit meiner Frau tagelang nur geweint, da ging gar nichts mehr.“ (Herr Leporis)

Ein weiterer besonders emotionaler Moment in dem gesamten Prozess ist es, wenn die Eltern den Geschwisterkindern mitteilen (müssen), dass das erwartete Geschwisterkind im Bauch der Mutter verstorben ist. Auch hier kommt es vor, dass die Familie gemeinsam weint und sich gegenseitig tröstet:

„Und das war bei uns auf dem Teppich vor dem Sofa, da waren wir zu dritt beieinander und haben gesagt, wir müssen dir was mitteilen: [Dein Bruder] ist gestorben. Und das war ein wahnsinnig trauriger, aber auch zugleich schöner Moment, weil wir so zu dritt bei uns waren, wir fingen total an, alle zu weinen. Und, genau, wie das dann bei Kindern ist, da hat [sie/er] 20 Sekunden oder eine Minute geweint, und dann war es auch wieder vorbei mit der Trauer bei [ihr/ihm], und [er/sie] hat irgendeine witzige Frage gestellt [...], durch [sie/ihn] haben wir da immer wieder Kraft rausgezogen.“ (Herr Leporis).

Der Spätabbruch wird von den Befragten nicht so sehr als Beendigung einer Schwangerschaft erlebt, sondern als der Verlust eines Kindes. Mehrere Männer benennen dies ganz klar:

„Am [Datum] ist unser Sohn auf die Welt gekommen. Tot. Das ist die Geschichte.“ (Herr Indrus)

„Schwer. Sehr schwer. Es war quasi ... Also, der Schwangerschaftsabbruch in der 32. Woche läuft halt über das aktive Töten des Kindes. Der Herzschlag war ja da, das Kind hat gelebt, und dann muss man halt mit sehr viel Kalium das Herz des Kindes zum Stillstand bringen.“ (Herr Cetus)

In den Interviews wird deutlich, wie wenig zutreffend traditionelle Geschlechterklischees sind, die die Männer auf die Rolle der rationalen Begleitperson reduzieren. Eine solche Perspektive verfehlt die Tatsache, dass werdende Väter seit Jahren mehr und mehr als eigenständige Akteure in die Prozesse um Schwangerschaft und Geburt involviert sind – und diese nicht mehr nur „Frauensache“ sind (Wehling 2021, S. 40 ff). Auch wenn es fraglos zutrifft, dass die Partnerschaft eine wichtige Ressource für die von einem Spätabbruch betroffenen Frauen darstellt, ist es doch unumgänglich, die emotionale und psychische Betroffenheit der Männer ebenfalls in den Fokus zu rücken.

4.1.3 Wendepunkte im Entscheidungsprozess

Typischerweise steht am Anfang der Auseinandersetzung mit dem pränataldiagnostischen Befund und seinen möglichen Auswirkungen auf das Kind „ein Funke Hoffnung, dass alles nur ein Fehler war“ (Herr Volans) und doch alles noch gut oder wenigstens handhabbar wird. Mit der ärztlichen Bestätigung der Diagnose durch die untersuchenden Fachärzt*innen und Spezialkliniken und durch die eigenen Recherchen des Paares kommt es dann irgendwann zu einem „Wendepunkt“ (Herr Vela), an dem nach und nach klarer wird, welche Auswirkungen die Behinderung des Kindes auf das weitere Leben hätte.

„Da war immer die Hoffnung, vielleicht haben die sich alle getäuscht, vielleicht ist es ..., es gab immer diesen kleinen Hoffnungsschimmer, vielleicht ist das doch gar nicht so schlimm.“ (Herr Caelum)

„Das war der Punkt, an dem bei uns eigentlich das Pendel umgeschlagen ist. Für uns waren die sechs Wochen extrem hart, extrem schwierig. Weil einfach immer wieder so von diesem sehr positiven Anfang, in dem wir gesagt haben, wir schaffen das als Familie, das dann sukzessive umgeschlagen ist. Wir können das weder für uns als Paar, als Familie, aber auch nicht für unsere Kinder stemmen.“ (Herr Vela)

Der Prozess von der ersten Befundmitteilung zur Entscheidung für den Spätabbruch verläuft auf vielen unterschiedlichen Ebenen. Die Interviews machen deutlich, dass verschiedene Phasen und Schritte durchlaufen werden müssen, die im Folgenden kurz skizziert werden:

- (1) Emotional und psychisch muss eine Entwicklung von der Vorfreude auf das Kind, über Angst und Verunsicherung, aber auch Hoffnung bis zur Entscheidung für den Abbruch

und damit der Anerkennung des Verlustes dieses Kindes und Abschied, Schmerz und Trauer durchlaufen werden.

- (2) Gleichzeitig findet eine intensive rationale Auseinandersetzung mit den medizinischen Implikationen des pränataldiagnostischen Befunds statt, zu der eine detaillierte Informationsbeschaffung und Informationsbewertung bezüglich des Krankheitsbildes gehören.
- (3) Ebenfalls wichtig ist eine Auseinandersetzung mit dem „moralischen Dilemma“, das heißt eine Beschäftigung mit den ethischen und moralischen Aspekten einer Entscheidung für den Spätabbruch und den damit einhergehenden Schuld- und Schamgefühlen.
- (4) In der Partnerschaft tritt eine Situation ein, in der beide Eltern extrem belastet und zum Teil nicht arbeitsfähig sind, gleichzeitig aber häufig weitere Kinder versorgt werden müssen. Die männlichen Partner gehen teilweise in einen „Funktionsmodus“, um den Familienalltag bestmöglich aufrechtzuerhalten.
- (5) Paardynamisch besteht die Herausforderung darin, in dieser schwierigen Zeit gut im Kontakt und miteinander im Gespräch zu bleiben, sich gegenseitig emotional zu unterstützen und gleichzeitig für Unterschiede im Erleben offen zu sein.
- (6) Einige Paare erleben die Zeit bis zum Abbruch auch als die letzte gemeinsame „Zeit zu dritt“ und versuchen, die verbleibende Zeit mit dem ungeborenen Kind möglichst sinnstiftend und positiv zu gestalten.
- (7) Bezogen auf das soziale Umfeld (Familien, Freund*innen, Nachbar*innen, Arbeitskolleg*innen) muss die neue Situation kommuniziert werden. Es muss ein Umgang mit der Tatsache gefunden werden, dass dieses Thema oft tabuisiert und schwer besprechbar ist, gleichzeitig kann nicht verheimlicht werden, dass das „Kind verloren wurde“.

Die starke Belastung der Männer in dieser ersten Phase bis zur Entscheidungsfindung zeigt sich auch daran, dass viele Männer sich bei der Arbeit beurlauben oder krankschreiben lassen.

„Mir ging es nicht gut in der Zeit, das kann man schon ganz klar sagen. War heavy. Ich war einen Monat arbeitsunfähig, einen Monat habe ich mich auch rausgenommen. Den brauchte ich auch, da war an nichts anderes zu denken.“ (Herr Leporis)

In den Interviews wird deutlich, dass es oftmals schwierig ist, den emotionalen Ausnahmezustand, in dem sich das Paar befindet, im beruflichen Kontext zu kommunizieren. Dies hängt damit zusammen, dass das Thema der späten Abbrüche gesellschaftlich weiterhin stark tabuisiert wird und über die Belastung der Männer wenig Wissen vorhanden ist. Einige

Männer erleben viel Unterstützung im Kolleg*innenkreis und können herausfordernde Projekt und Dienstreisen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen, verschieben. Andere müssen um Sonderurlaub oder eine Freistellung kämpfen. Einem Befragten wurde in dieser Situation noch während seiner Probezeit gekündigt, was zu einer zusätzlichen Belastung führte, weil er sich in seiner Rolle als „Versorger“ (Herr Musca) der Familie stark verunsichert fühlte.

Die Befragten berichten von unterschiedlich viel Verständnis und Entgegenkommen der Arbeitgeber. Einige wurden von guten Freund*innen dahingehend beraten, sich krank zu melden, und beurteilen dies im Nachhinein als richtig, weil sie sonst „unter der Last zusammengebrochen wären“ (Herr Indrus). Ein Befragter berichtet, dass er sich in der Zeit sehr stark sozial zurückgezogen und vermehrt Alkohol konsumiert habe; ein anderer beschreibt sich als traumatisiert und suchte therapeutische Hilfe; einige Befragte zeigen Anzeichen einer Depression, viele beschreiben sich als sehr stark belastet. Hilfreich dabei, „zurück ins Leben“ zu finden, sei der Austausch mit Freund*innen, die Unterstützung durch die Familie, die Wiederaufnahme der Arbeit und gewohnter sportlicher Aktivitäten. Auch psychosoziale Beratung und zum Teil therapeutische Unterstützung nehmen in der Phase der Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle ein (siehe Kap. 4.4).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein pränataler Befund für beide Elternteile ein schockierendes und belastendes Ereignis darstellt. Wendepunkte und Krisenmomente im Entscheidungsprozess sind dabei besonders prägend und verdienen Anerkennung. Ärzt*innen, Therapeut*innen, Berater*innen und andere Fachkräfte, aber auch Arbeitgeber sollten daher nicht nur die Schwangere, sondern auch ihren Partner aktiv in den Blick nehmen.

4.2 Das „moralische Dilemma“ oder die ambivalente Entscheidung

Der folgende Abschnitt untersucht das moralische Dilemma eines späten Abbruchs aus der Perspektive der betroffenen Männer.⁶ Ziel ist es, die emotionalen, familiären und ethischen Spannungsfelder sichtbar zu machen, die Männer in dieser Situation erleben. In (fast) allen hier untersuchten Fällen wurde die Entscheidung für den Abbruch von beiden Partnern gemeinsam getroffen, obwohl die letztliche Entscheidungsgewalt aufgrund körperlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen primär bei der Schwangeren liegt (siehe Kap. 2.2). Aufgrund der gemeinsamen Entscheidung tragen jedoch die Männer auch Verantwortung und setzen sich dementsprechend retrospektiv mit der Frage auseinander, ob sie die richtige

⁶ Die entsprechenden Fragen im Interviewleitfaden lauteten: „Gab es ethische oder medizinische Fragen, die Sie während des Entscheidungsprozesses besonders beschäftigt haben?“, „Wie haben Sie letztlich die Entscheidung getroffen?“, „War es eine gemeinsam getroffene Entscheidung?“

Entscheidung getroffen haben. Unsicherheit und Ambivalenzen sowie Schuld- und Schamgefühle spielen hierbei eine große Rolle.

Wie eindeutig die Entscheidung für einen Spätabbruch ausfällt, hängt mit vielen Faktoren zusammen. Ein wichtiger Faktor ist die ärztliche Diagnose an sich und damit zusammenhängend die Frage, wie sicher die Fachärzte prognostizieren können, von welchen Einschränkungen das Kind nach der Geburt betroffen wäre. Hier gibt es ein breites Spektrum möglicher Szenarien. In der Stichprobe wurden in mehreren Fällen Trisomie 21 (zum Teil mit Herzfehler und Darmverschluss) festgestellt; darüber hinaus wurde von einer sehr seltenen neurologischen Entwicklungsstörung, gravierenden Fehlbildungen, einer Nierenagenesie, einer gravierenden Wachstumsstörung mit Gehirnanomalie und Herzfehler, einer Chromosomen-Anomalie und einer schweren Gehirnschädigung berichtet.

Je nach Prognose ist es unterschiedlich, ob das Kind mit sehr starken Einschränkungen und Behinderungen und einer geringen Überlebenswahrscheinlichkeit zur Welt kommen würde, ob es überhaupt lebensfähig wäre oder ob es direkt nach der Geburt Operationen an lebenswichtigen Organen benötigen würde. In einem Fall bleibt trotz intensiver mehrwöchiger Diagnostik unklar, welche Auswirkungen diese Diagnose auf das Kind haben würde: Sowohl eine asymptomatische Entwicklung als auch schwerste kognitive Behinderungen wären möglich gewesen.

Sucht man in den Interviews nach Faktoren, die den Entscheidungsprozess beeinflussen, lässt sich als ein wichtiger Faktor eine durch mehrere Fachärzt*innen validierte medizinische Einschätzung identifizieren. Hilfreich ist eine möglichst eindeutige Prognose der Ärzt*innen, aus der hervorgeht, dass das Kind nicht lebensfähig ist. Die folgenden Zitate machen deutlich, dass klare Aussagen der Ärzt*innen eine orientierende und entlastende Wirkung im individuellen Entscheidungsprozess haben:

„Wir hatten dann mit den Ärzten gesprochen, und es gab überall die Indikation, das Kind kann vielleicht überleben, aber dann sehr, sehr stark eingeschränkt. Sehr, sehr stark eingeschränkt. Heißt aber auch nicht, dass es überlebt, also die Wahrscheinlichkeit, dass es irgendwie die ersten Wochen im Krankenhaus lebt und dann früh verstirbt, sind extrem hoch. [...] Wir hatten drei Wochen vorher genutzt, um uns darauf vorzubereiten, und waren dann sehr schnell dann auch uns klar, okay, wenn das das Ergebnis ist, wollen wir einen Schwangerschaftsabbruch durchführen.“ (Herr Caelum)

„Überlegen Sie sich, dass dieses Kind in der frühesten Phase seines Lebens an zwei lebenswichtigen Organen Operationen hat. Bedenken Sie das einfach.“ An diese Aussage erinnere ich mich und die hat mir tatsächlich in dem Moment geholfen.“ (Herr Indrus)

*„Weil man zwischendurch nochmal kurz überlegt hat, geht das, kann dieses Kind alleine leben? Und da gab es zwei Empfehlungen von [beiden Ärzt*innen], die gesagt haben, das würde nicht funktionieren. Und das war hilfreich. Ja, absolut. [...] Und wir haben gesagt, es gibt diese Empfehlung, wir machen nichts falsch.“ (Herr Leporis)*

„Hätte man die Möglichkeit, sich so sicher zu sein, dass das Kind so schwer krank ist oder hat [man] von nur einem Arzt eine Diagnose und muss dieser Diagnose vertrauen? Wir haben nicht darauf vertraut, sondern wir haben es mehrfach bewiesen, damit wir uns selber besser fühlen und auch eine Entscheidung treffen konnten.“ (Herr Cetus)

Die Befragten empfinden es für ihre Entscheidungen als sehr wichtig, alle medizinischen Möglichkeiten zur Diagnostik auszuschöpfen, und suchen aufgrund dessen auch in kurzer Zeit verschiedenste Fachärzt*innen auf, um die Diagnose mit möglichst hoher Sicherheit bestätigt zu wissen.

4.2.1 Zwischen Verantwortung und Schuld: Moralische Deutungen der Entscheidung

Die hier befragten Männer mussten sich alle mit der Frage beschäftigen, ob sie für oder gegen einen Spätabbruch der Schwangerschaft sind. Auch wenn rechtlich betrachtet bei einer medizinischen Indikation die Schwangere die Entscheidung trifft und nur sie im Krankenhaus vor dem Eingriff die entsprechenden Papiere unterzeichnet, haben (fast) alle Paare die Entscheidung gemeinsam getroffen.

Wie schon ausgeführt, erleben die Männer diese Entscheidung als eine, bei der sie „als erwachsener Mensch über Leben und Tod“ (Herr Vela) entscheiden. Diese Position, in der es nach Vorliegen des pränataldiagnostischen Befunds keine Möglichkeit mehr gibt, nicht zu entscheiden, wird von vielen Betroffenen als unlösbares moralisches Dilemma erlebt. Es stellt sich oftmals so dar, als gäbe es in dieser Situation keine „richtige“ Entscheidung. Herr Vela beschreibt dies folgendermaßen: „Für uns war irgendwie während des gesamten Prozesses klar: Wir können eigentlich nur die falsche Entscheidung treffen.“ Ein ähnliches Gefühl beschreiben auch andere Befragte:

„Es hat sich so angefühlt, [...] dass wir nur zwei falsche Entscheidungen treffen konnten. Also, wir mussten zwischen einer beschissenen und einer anderen beschissenen Wahl wählen, im Endeffekt. Und es gab jetzt nicht die Wahl, die offensichtlich war, die sich richtig angefühlt hat oder als richtige Wahl.“ (Herr Volans)

„Weil wir einfach im maximalen Dilemma gefangen waren und nicht wussten, wie wir aus diesem Dilemma rauskommen.“ (Herr Vela)

*„Ja, was denn jetzt nun? Also ich habe zehn Argumente, die dafür sprechen. Ich habe zehn Argumente, die dagegen sprechen. [...] Und dann muss man ja auch eine Entscheidung treffen.“
(Herr Ursa)*

Herr Eridanus erlebt es in dieser Phase als entlastend, sich im Rahmen der medizinischen Indikation in einem klaren rechtlichen Regelsystem zu befinden. Die gesetzlichen Vorgaben geben ihm Sicherheit und mindern seine Sorge, eine unmoralische Entscheidung zu treffen:

„Aber ich habe mir überlegt, wir sind in Deutschland, wo sehr viel reguliert ist. Und für mich war es gut zu wissen, dass ich so eine Entscheidung gar nicht treffen könnte, wenn es nicht vom Gesetz her Regularien gäbe, die das nicht begrenzen. [...] Das hat mir gezeigt, dass wir jetzt nicht etwas Unmoralisches machen, irgendwas versuchen zu machen, was nicht sein sollte.“ (Herr Eridanus)

Ein Befragter beschreibt die nicht auflösbare Ambivalenz als „einen Konflikt zwischen Verstand und Gefühl“. Andere beschreiben, dass sie eine Abwägung zwischen den Interessen des Ungeborenen und den Interessen der Eltern, der Geschwister und der Familie vornehmen mussten. Einige Männer berichten, dass sie sich schon früher mit ihrer Partnerin dazu ausgetauscht hatten, ob sie im Fall einer Behinderung des Kindes für einen Abbruch wären. Eine solche Vorklärung ist begrenzt hilfreich, da sich im konkreten Fall die Situation doch anders anfühlt.

„Wir hatten schon für uns überlegt, dass wir einen Schwangerschaftsabbruch für ethisch vertretbar gehalten haben, im Falle einer schweren Behinderung. [...] Ist natürlich dann, wo der Fall wirklich eintrifft, eine ganz andere Frage. Dann beschäftigt einen das auch nochmal anders.“ (Herr Eridanus)

Herr Eridanus berichtet trotz dieser vorherigen Überlegungen und eines sorgfältigen Abwägungsprozesses in der konkreten Situation von einer gewissen Scham, die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch zu vertreten:

„Ich glaube auch, dass ich da gerade sehr ausführlich darüber spreche, weil ich das Gefühl habe, mich ein bisschen rechtfertigen zu müssen für diese Entscheidung. Zumindest ist, also ich betrachte das immer über den medizinischen Standpunkt, und für mich ist es wichtig zu erklären, dass es keine leichtfertige Entscheidung war. Wir hatten, weil wir zwei sehr planungsaffine Menschen sind, schon natürlich über solche Fälle gesprochen, was machen wir denn, wenn. Ohne dass es ein Problem gab. Natürlich ist es dann immer einfacher, sich sowas zu überlegen, wie würde ich reagieren. [...] Ist natürlich dann, wo der Fall wirklich zutrifft, eine ganz andere Frage. Und dann beschäftigt einen das auch nochmal anders. Und wir sind dann bei dieser Meinung geblieben, die wir aber dann sehr lange über mehrere Wochen hin überlegt haben.“

Insgesamt wird deutlich, dass die Befragten den Entscheidungsprozess als hoch belastend und von großer Verantwortung geprägt erleben, der intensive Reflexion und Abwägungen erfordert.

4.2.2 Fragen nach der „richtigen“ Entscheidung und nach Schuld

Fragen danach, ob die Entscheidung möglicherweise leichtfertig war oder ob sie „richtig“ ist, beschäftigen die betroffenen Männer in der Auseinandersetzung mit den Implikationen eines Spätabbruchs teilweise auch noch zum Zeitpunkt der Interviews.

Gemäß des Forschungsdesigns wurden nur Personen befragt, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hatten. Da die Interviews zwischen einigen Monaten und mehreren Jahren nach dem Spätabbruch geführt wurden, berichten die Befragten auch darüber, wie es ihnen jetzt mit der Entscheidung geht. Dabei wird die Frage „War es die richtige Entscheidung?“ oftmals klar mit „Ja“ beantwortet, wie im folgenden Zitat deutlich wird:

„Und auch so schwer diese Entscheidung war und die wahrscheinlich schwerste Entscheidung, die wir in unserem Leben jemals getroffen haben, aber ich bin immer noch davon überzeugt, dass sie richtig ist.“ (Herr Cetus)

Dabei verläuft der Abwägungsprozess auf verschiedenen Ebenen: In einigen Fällen berichten die Befragten von einer moralischen Beschäftigung mit der Legitimität der Entscheidung und einer intensiven Auseinandersetzung mit der Frage nach einem lebenswerten Leben. Herr Cetus beschreibt dies so:

„Und dann ging es nachher ganz doll in die Philosophie, um darüber zu sprechen, was macht ein Leben lebenswert? Und können wir damit umgehen? Und was bedeutet das für das Kind, für uns und auch für [das Geschwisterkind].“

Eine weitere wichtige Abwägung findet entlang der Frage statt, ob die Entscheidung leichtfertig getroffen wurde: „Ich habe mir auch überlegt, ob man diese Entscheidung vielleicht leichtfertig trifft“, berichtet Herr Eridanus. Es ist den Befragten wichtig, zu betonen, dass sie es sich „nicht leicht gemacht“ haben. Das bedeutet jedoch nicht, dass nicht Schuldgefühle und Ambivalenzen weiterhin eine Rolle spielen können.

Gleichzeitig geht es um eine realistische Einschätzung der individuellen Kapazitäten: Kann ich mit einem behinderten Kind leben – schaffe und will ich das? Es ist nicht einfach, diese Frage zu verneinen, wie das Zitat von Herr Indrus deutlich macht:

„Das ist auch nichts, worauf ich besonders stolz bin. Aber [...] natürlich habe ich zu gewissen Zeitpunkten gesagt, [...] ich kann das nicht, ich kann nicht für ein behindertes Kind zuständig sein, kann ich nicht.“

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Interessen der Geschwisterkinder und die Auswirkungen auf das Paar und die Familie. Hier sehen sich die Männer oftmals besonders in der Verantwortung, das Wohlergehen des ganzen Familiensystems zu bedenken. Auch hier ist die Güterabwägung schwierig, wie die beiden folgenden Zitate deutlich machen:

„Wir haben häufig gesagt, wir haben uns gegen unseren Sohn entschieden. Und das [ist] natürlich mit sehr vielen Schuldgefühlen verbunden. Und gleichzeitig, ja, auch wie das in unserer Gruppe immer wieder besprochen wird oder auch von unserer Psychologin betont wurde, dass das eine Sichtweise ist. Man kann auch sagen, wir haben uns für ihn entschieden. Wir wissen nicht, ob er hätte leiden müssen. Wir wissen nicht, was das mit unserem Familienmodell gemacht hätte.“ (Herr Vela)

„Ich habe einfach irgendwann auch die Rolle eingenommen: Nicht nur: Wie geht es uns, mir mit einem stark behinderten Kind? Oder uns, [meiner Partnerin] und mir. Sondern vor allem: Was macht das mit [dem Geschwisterkind] von eineinhalb Jahren.“ (Herr Musca)

Es wird deutlich, dass alle betroffenen Paare sich intensiv und sorgfältig mit den ethischen und moralischen Fragen auseinandergesetzt haben. Die Frage nach der „richtigen“ Entscheidung beantworten die Befragten dennoch mit unterschiedlicher Klarheit. Für viele Befragte spielen zudem Schuldgefühle eine große Rolle. Diese resultieren aus der subjektiven Wahrnehmung persönlicher Verantwortung für die Beendigung der Schwangerschaft.

Einige Befragte berichten, dass sie weniger starke Schuldgefühle hatten als ihre Partnerin:

„So schwer ich mir das ausgemalt habe, diesen Weg zu gehen mit einem Schwangerschaftsabbruch, hatte ich dennoch weniger moralische, ethische Vorabschuldgefühle, wenn wir diese Entscheidung treffen, als meine Freundin das hatte.“ (Herr Indrus)

„Meine Frau hat immer gesagt, sie fühlt sich so schuldig, sie fühlt sich so schuldig, im Sinne einer [...] wir treffen die Entscheidung, dass unser Kind sterben muss.“ (Herr Ursa)

Doch auch wenn die Entscheidung unter medizinischem Druck und auf Grundlage ärztlicher Beratung getroffen wird, wird sie von den betroffenen Vätern als aktive Handlung interpretiert, die im Widerspruch zu gesellschaftlichen Normen über Elternschaft und Fürsorge steht. Hinzu kommen internalisierte kulturelle und moralische Vorstellungen über den Schutz des ungeborenen Lebens, die die emotionale Ambivalenz verstärken.

„Überwiegend ist das Schuldgefühl vorhanden, dass wir uns nach wie vor schuldig fühlen und sagen, wir haben uns gegen [unser Kind] entschieden. Auch wenn wir wissen, da spielt noch viel mehr eine

Rolle und wir haben uns vielleicht auch für die Familie entschieden, ist das trotzdem natürlich ein Gefühl, was immer wieder durchschlägt.“ (Herr Vela)

„Wenn man sich dann nur noch darüber zermartert, [...] man kann sich ja keine Schuldgefühle machen. Man hat ja nichts falsch gemacht, man weiß auch nicht, was man anders machen soll in Zukunft.“ (Herr Musca)

„Und [der Arzt] hat den schönen Satz gesagt, also zum Thema Schuld: ‚Sie haben Ihre Unschuld mit der Diagnose verloren.‘“ (Herr Ursa)

„Hätten wir den natürlichen Lauf lassen sollen, wäre das irgendwie besser gewesen?“ (Herr Auriga)

Abschließend lässt sich festhalten, dass Schuldgefühle bei männlichen Partnern nach einem Spätabbruch, ähnlich wie bei den betroffenen Frauen, ein bedeutender Bestandteil des Trauerprozesses sein können (Grussmann et al. 2023; Wetterauer et al. 2025). Die Interviews zeigen, dass diese Gefühle häufig durch die gesellschaftliche Tabuisierung von Spätabbrüchen verstärkt werden und zu Isolation sowie Selbstvorwürfen führen können. Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse die Notwendigkeit einer sensiblen psychosozialen Begleitung beider Elternteile: Therapeutische Unterstützung, Beratung und der Austausch mit anderen Betroffenen können Schuldgefühle relativieren und helfen, die eigene Entscheidung im Kontext der medizinischen Notwendigkeit einzuordnen.

4.3 Rolle der Partner und Auswirkungen auf die Beziehung

Im folgenden Abschnitt geht es um Partnerschaftsdynamiken und Geschlechterdifferenzen im Kontext eines Spätabbruchs; um die Rollen, die die männlichen Partner einnehmen, um ihre Partnerin zu unterstützen, und um die Auswirkungen des Erlebten auf die Beziehung.⁷

Wichtig ist, dass alle hier befragten Männer zum Zeitpunkt des Abbruchs in einer festen Beziehung waren und auch (zum Zeitpunkt des Interviews) immer noch in dieser sind. Dies weist darauf hin, dass wir eine besondere Auswahl an Männern befragt haben und über Beziehungen, die eventuell an den Belastungen eines Spätabbruchs zerbrechen, mit der vorliegenden kleinen Stichprobe keine Aussagen machen können.

Bislang wird in der Forschung zu Spätabbrüchen die Partnerschaftsdynamik vor allem dahingehend untersucht, welche Auswirkungen die Unterstützung durch den Partner für die betroffene Frau hat. Der Partner wird hier als wichtige Ressource der Schwangeren gesehen:

⁷ Die entsprechenden Fragen im Interviewleitfaden lauteten: „Wie ging es Ihnen als Paar miteinander?“; „Konnten Sie und Ihre Frau sich gegenseitig unterstützen?“; „Welche Unterschiede gab es eventuell zwischen Ihnen und Ihrer Frau?“; „Wie hat sich diese schwierige Erfahrung auf Ihre Beziehung ausgewirkt?“

Studien zeigen, dass eine gute Partnerunterstützung nachweislich protektiv für die psychische Gesundheit der Frau ist (zum Beispiel geringere Depressivität). Gleichzeitig kann mangelnde oder konfliktreiche Unterstützung Stress und psychische Belastungen deutlich verstärken (Alexopoulos et al. 2024). Wie gezeigt wurde, sind die männlichen Partner selbst stark in die Entscheidungsprozesse bei einem späten Abbruch eingebunden und erleben eine hohe psychische Belastung sowie eine Mitverantwortung für die getroffene Entscheidung. Unter dieser Perspektive wird deutlich, dass es sich bei einem Spätabbruch weniger um eine individuelle als um eine dyadische Krisensituation handelt, in der beide Partner Unterstützung benötigen. Dabei ist die besondere Situation der Männer durch körperliche Asymmetrien, begrenzte rechtliche und institutionelle Adressierung und geschlechtlich geprägte Rollenerwartungen gekennzeichnet.

Im Folgenden soll es daher erstens um das Erleben von Geschlechterunterschieden entlang der Differenzlinie Körper gehen, also um die grundlegende Erfahrung, dass Schwangerschaft und Spätabbruch körperlich ausschließlich von der schwangeren Frau getragen werden, während die Väter in spezifischer Weise emotional mitbetroffen, zugleich aber körperlich ausgeschlossen sind. Zweitens wird die erlebte Hilflosigkeit angesichts der Tatsache, dass die medizinische Indikation ausschließlich die Schwangere als Rechtssubjekt der Entscheidung für den Abbruch zulässt, in den Blick genommen. Anschließend wird der Umgang mit Stärke und Emotionen vor dem Hintergrund internalisierter Geschlechterrollenerwartungen analysiert und abschließend der Frage, wie sich diese schwierige Erfahrung auf die Beziehung ausgewirkt hat, nachgegangen.

4.3.1 Der Körper als Differenzlinie im Erleben des Schwangerschaftsverlusts

Ein zentrales Thema der Interviews und zugleich der deutlichste Unterschied im Erleben eines späten Abbruchs ist die körperliche Differenz zur schwangeren Partnerin. Alle Befragten betonen und reflektieren, dass die Schwangerschaft für die Väter in stärkerem Maße vermittelt und abstrakt bleibe, während die Partnerin das Geschehen körperlich unmittelbar erlebe. Sie beschreiben diese körperliche Asymmetrie sehr eindrücklich:

„Ich persönlich kann mir nicht vorstellen, wie das für meine Frau war. Meine Frau meinte, man hat das sofort gemerkt. Die Veränderung. Dass kein Leben mehr im Bauch ist. Sie meinte, das war irgendwie sofort da. Und es war für mich wieder dieses Gefühl der Hilflosigkeit, weil für [...] mich war es eine emotionale Veränderung, aber es war ja nichts Körperliches, nichts, was ich gespürt habe.“ (Herr Caelum)

Auch Herr Cetus betont, dass seine Frau „sehr viel näher dran war“, weil sie das Kind gespürt und wahrgenommen habe und Kindsbewegungen spürbar gewesen seien, was zu einem „ganz anderen Verhältnis“ führe, das nicht mit dem des Vaters vergleichbar sei. Für seine Frau sei das Kind „schon immer da gewesen, weil sie [es] in echt hatte“ (Herr Cetus). Besonders deutlich wird die körperliche Asymmetrie auch in seiner Formulierung, dass seine Partnerin das Kind in sich trage, während er selbst „im Grunde nur davon“ wisse:

„Meine Frau hat natürlich noch ganz andere Gefühle dabei, die spürt das Kind, sie hat es in sich, und ich weiß im Grunde nur davon.“ (Herr Cetus)

Auch Herr Ursa verweist darauf, dass die Bindung zum Kind während der Schwangerschaft aus seiner Sicht bereits durch die biologische und hormonelle Involviertheit der Partnerin anders gelagert sei:

„Weil es ist ja ziemlich klar, [dass] die Mutter da rein biologisch gesehen schon eine Bindung hat, ja, weil sie einfach den Versorgungsauftrag hat und so weiter. Also das rein Funktionale und natürlich auch das Emotionale und was der Hormonhaushalt mit der Frau macht.“ (Herr Ursa)

„Das ist irgendwie für mich, glaube ich, schwer nachzuvollziehen, was da körperlich... [...], das ganze Körperliche, auch die Geburt und so, das kann ich ja gar nicht nachvollziehen, eigentlich.“ (Herr Auriga)

Trotz dieser körperlichen Differenz versuchen die Väter, ihre Rolle aktiv zu gestalten und die Partnerin zu unterstützen. Mehrere Interviewpartner beschreiben, dass sie emotional präsent sein, trösten und Sicherheit vermitteln wollten, zugleich jedoch eine deutliche Passivität in ihrer Rolle erlebten. Herr Auriga formuliert dies wie folgt:

„Ich kann nur so dabei sein. Also ich finde dieses Danebenstehen ist ja schon auch irgendwie schrecklich. Weil man ist ja immer so passiv. Es ist so, ich war dann irgendwie da und eben bei der letzten Geburt ja auch. Man ist so gefordert, aber man muss halt irgendwie aushalten. Man kann ja auch nicht viel tun. So fühlt es sich schon an, finde ich. Man kann halt nur dabei sein.“ (Herr Auriga)

Diese Konstellation beschreiben auch die in der vorangegangenen PsyMeV-Studie (Böhm et al. 2025) befragten Schwangeren. Sie benennen ihre körperliche Betroffenheit ebenfalls als „wesentliche Differenz im partnerschaftlichen Erleben der Situation“ (Böhm et al. 2025: 25), in der der Partner stark mitbetroffen ist und zugleich eine „außenstehende Rolle“ einnimmt. Oft finden sich die Männer somit in der Rolle des „Bystanders“ (Locock/Alexander 2006; Wehling 2021) wieder, selbst wenn sie – wie wir schon gesehen haben – bei allen wichtigen Terminen, Ereignissen und Entscheidungen dabei sind.

In den Interviews betonen die Väter, dass ihre Partnerin die „größte Last“ (Herr Musca) tragen und den „deutlich schlimmeren Teil des Ganzen mitmachen“ beziehungsweise „am eigenen Leib erfahren“ (Herr Volans) musste, was einerseits mit Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen verbunden ist und andererseits das Gefühl des „passiven Danebenstehens“ verstärkt. Aus der körperlichen Differenz begründet sich die ungleich stärkere Belastung der Frau. Zugleich verweisen die Befragten darauf, dass sie als Väter eine eigene Last spüren:

„Ich tue mich ein bisschen schwer damit, [...] das zu sagen, weil [...] ich möchte nicht so wirken, als wäre mein Leid oder meine Rolle irgendwie da wichtig. Ich sehe total diesen Unterschied, ich sehe total diese physische, emotionale, [...] moralische Belastung, die die Mutter hat, so, also ich kann die sehen [...]. Ich kann sehen, dass das uns unterscheidet und ich kann sehen, dass es eine Last ist, die ich nicht tragen musste. Aber trotzdem habe ich ja Last gehabt und ich glaube, diese Perspektive, ja, die [...] mir herauszuarbeiten [...], ja, das hätte mich, glaube ich, sehr gefreut, und ich würde mir total wünschen, dass das irgendwie normaler wird.“ (Herr Indrus)

„Ich glaube, bei dem ganzen Thema [hat] natürlich zu 99,9 Prozent die Frau die größte Last zu tragen. Ich glaube, auch 0,01 können ganz schön viel sein. Zumindest war das für mich, in meinem Fall schon auch so, dass ich da hart zu strugeln hatte und das auch gut finde, [...] nochmal ein bisschen darüber zu sprechen.“ (Herr Musca)

Die körperliche Differenz und das Fehlen einer eigenen leiblichen Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt erweisen sich damit als durchgängige Quelle väterlicher Hilflosigkeit. Deutlich wird auch, dass die Differenzlinie Körper nicht nur das unmittelbare Erleben von Schwangerschaft und Verlust strukturiert, sondern auch die Entscheidungsfindung, das gegenseitige Verständnis innerhalb der Paarbeziehung und die unterschiedliche Verarbeitung der Erfahrung prägt.

4.3.2 Rechtliche Marginalisierung und das Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht

Die medizinische Versorgung und die juristische Regelung eines Spätabbruchs nach medizinischer Indikation stellen Körper und Gesundheit der Frau in den Mittelpunkt und sprechen die juristische Entscheidungsmacht ausschließlich der Frau zu. Da sich die Indikationsstellung auf die Schwangere bezieht, kann beim Partner der Eindruck entstehen, dass sowohl sein Erleben als auch seine Involviertheit als Vater institutionell nachgeordnet oder unerheblich sind. Dies beschreibt Herr Vela wie folgt:

„Also ich persönlich hatte, ehrlich gesagt, auch ein Problem mit der medizinischen Indikation, weil bei der medizinischen Indikation geht es rein um die Gesundheit der Mutter. Ich verstehe, dass die Gesundheit der Mutter extrem wichtig ist und im Vordergrund stehen sollte. Aber ich hatte immer das

Gefühl, aber ich bin doch auch ein Vater, ich bin doch auch verantwortlich und dass eigentlich meine Meinung aus medizinischer Sichtweise und auch rechtlicher Sichtweise völlig irrelevant war zu dem Zeitpunkt. Damit habe ich mich schwergetan.“

Dieses längere Zitat macht deutlich, dass die medizinische Indikation als ein Verfahren, das ausschließlich an der Gesundheit der schwangeren Person ausgerichtet ist, die Position des Vaters als „irrelevant“ definiert. Auf diese Weise wird der Vater zur Randfigur, und es entsteht bei der schwangeren Frau der Eindruck, die Verantwortung alleine zu tragen, weil sie sämtliche rechtlichen Unterlagen unterzeichnen muss. In ähnlicher Weise beschreibt Herr Eridanus, dass seine Partnerin die Entscheidung für den Abbruch letztlich allein formell tragen musste. Oftmals wissen die Betroffenen auch gar nichts von diesen rechtlichen Regelungen und werden von ihnen überrascht:

„Am Ende muss ja die Frau aktiv die Entscheidung treffen, also auch formal, juristisch, was natürlich für sie auch eine Belastung war.“ (Herr Eridanus).

„Am Ende habe ich erst an dem Tag vom Fetozyd erfahren, dass das quasi eigentlich [ihre] Entscheidung alleine ist, dass ich als Partner eigentlich de facto gar nicht mitreden [kann]. Sie musste alles unterschreiben [...], aber bis zu dem eigentlichen Zeitpunkt wusste ich das gar nicht.“ (Herr Caelum)

Diese Schilderungen machen die asymmetrische Verantwortungszuschreibung sichtbar und verweisen auf eine institutionell gerahmte Ungleichverteilung von Zuständigkeiten, in der Väter zwar emotional involviert, zugleich jedoch nur eingeschränkt als mitverantwortliche Akteure anerkannt werden. Für manche Interviewpartner war damit auch ein Ungerechtigkeitsempfinden verbunden. Einerseits bestand der Wunsch, Belastung und Verantwortung partnerschaftlich gemeinsam zu bewältigen. Andererseits war den Vätern bewusst, dass sich die Situation nicht zu gleichen Teilen tragen lässt. Gerade diese Spannung zwischen gemeinsam empfundener Verantwortung und ungleich verteilter körperlicher und formaler Betroffenheit wurde als belastend erlebt.

Des Weiteren zeigen die Interviews, dass sich Hilflosigkeit auch aus der spezifischen Form emotionaler Mit-Betroffenheit ergibt, die mit der Position des „Danebenstehens“ verbunden ist. Die Väter erleben sich als vom körperlichen Geschehen getrennt, sind jedoch unmittelbar mit dem Leiden ihrer Partnerin konfrontiert. Aus dieser Gleichzeitigkeit von Nähe und begrenzter Handlungsmacht entsteht ein Gefühl der Ohnmacht. Herr Leporis formuliert diese Erfahrung mit Blick auf die Verzweiflung und das Leid seiner Partnerin besonders eindrücklich: „Ich habe unglaublich natürlich gelitten wegen [meiner Frau]. Das tat brutal

weh.“ Dabei erkennen die befragten Männer, dass Unterstützung zwar als Anspruch an die eigene Rolle präsent ist, deren praktische Einlösung jedoch an deutliche Grenzen stößt:

„Es ist auch irgendwo limitiert, was man da, was man halt als Partner machen kann, auch wenn man sich einbringen möchte.“ (Herr Caelum)

Hilflosigkeit erscheint damit nicht allein als individuelle emotionale Reaktion, sondern als Effekt einer Konstellation, in der Väter einerseits in die reproduktive Krisensituation involviert sind, andererseits weder körperlich noch institutionell über ausreichende Handlungsmacht verfügen.

4.3.3 Externe und internalisierte Rollenerwartungen der Partner

Die Interviews zeigen, dass Väter im Kontext eines späten Schwangerschaftsabbruchs mit drei sehr unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert sind: Sie haben (1) als Unterstützer das Bedürfnis und die Aufgabe, für ihre Partnerin da zu sein und ihr „den Rücken zu stärken“ und „ein bisschen die Last von ihren Schultern zu nehmen“. Sie müssen (2) in einen „Funktionsmodus“ gehen, um den familiären Alltag und gegebenenfalls ihren Arbeitsalltag und die Versorgung von Kindern in der Krisensituation aufrechtzuerhalten. Und sie sind (3) selbst betroffen und gleichzeitig mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht konfrontiert, die im Kontrast zu internalisierten Vorstellungen der eigenen Rolle als Beschützer und handelndem Akteur stehen.

Ein zentrales Thema der Interviews ist der Konflikt, einerseits für die Familie stark sein zu müssen und andererseits eigene Emotionen zuzulassen und auszudrücken. Die Selbstpositionierung der Väter als Stütze, Schutzinstanz und verlässliche Bezugsperson in dieser Ausnahmesituation geht vielfach mit dem Zurückstellen eigener Bedürfnisse einher. Gerade der Anspruch, die Familie zu stützen, kann den Ausdruck eigener Trauer erschweren und dazu beitragen, dass väterliche Belastungen sowohl im Erleben der Betroffenen als auch im professionellen Umgang mit ihnen weniger sichtbar werden. Herr Auriga beschreibt diesen inneren Anspruch wie folgt:

„Irgendwie war natürlich in mir schon ein bisschen drin, dass ich irgendwie stark sein muss. Ich kann jetzt nicht zusammenbrechen sozusagen, obwohl ich das natürlich auch gerne gemacht hätte.“

Auch andere Befragte formulieren ihre Rolle und Aufgabe dezidiert über die Verantwortung für die anderen – das heißt für die Partnerin, die Kinder, die Familie:

„Habe dann sofort gesagt: Okay, was ist jetzt meine Aufgabe, was ist jetzt zu tun? Was ist meine Aufgabe – jetzt die Klammer um die Familie zu halten. [...] Durchdrehen hilft jetzt

nichts, sondern ich bin jetzt für die anderen da, ich bin jetzt mal für alle da. Es geht nicht darum, was mir jetzt recht wäre oder nicht recht wäre, sondern ich bin jetzt für die anderen da.“ (Herr Ursa)

„Immer wieder einfach da zu sein, an ihrer Seite zu sein, immer wieder ihre Hand zu nehmen, ihr zu sagen, dass sie nicht alleine ist, dass wir da gemeinsam durchkommen.“ (Herr Leporis)

Hier wird deutlich, dass das „Starksein“ nicht nur eine situative Reaktion auf die Krise darstellt, sondern an internalisierte Männlichkeits- und Vaterbilder gebunden ist. Insbesondere die Vorstellung, als „Familienvater und Versorger“ funktionieren zu müssen, erzeugt zusätzlichen Druck, die eigenen Bedürfnisse hinter die der Partnerin und der Familie zurückzustellen. Herr Musca bringt diese Verschränkung verdichtet zum Ausdruck:

„Für mich war dann diese Zeit bis zur Totgeburt und auch danach natürlich irgendwie herausfordernd, weil [...] der größte Job ist, Familienvater und Versorger zu sein im klassischen Rollenbild. Da hatte ich dann irgendwie zwei sehr große Probleme für mich. [...] Ich wollte sie im Ansatz damit nicht belasten, und [...] ich habe das, glaube ich, beides ganz gut hinbekommen. Aber es hat mir nochmal Energie geraubt, wo ich dann wirklich an Grenzen gekommen bin und schon lange alleine auf der Terrasse saß, wenn alle anderen geschlafen haben bei uns.“

Gerade in dieser Konstellation zeigt sich, dass die Übernahme einer stabilisierenden Rolle für die Familie mit dem Zurückstellen eigener Emotionen einhergeht. Dies kann kurzfristig zur Stabilisierung der Partnerin und der familiären Situation beitragen, langfristig jedoch die eigene Verarbeitung erschweren. Emotionaler Rückzug erscheint damit nicht als Ausdruck fehlender Betroffenheit, sondern vielmehr als Folge einer verinnerlichten Verantwortungslogik, in der die eigene Verletzlichkeit hinter Fürsorge und Funktionsfähigkeit zurücktritt. Einige Befragte erlebten, dass die Emotionen erst dann „sehr heftig raus [kamen]“ (Herr Auriga), wenn sie für sich allein waren. Zugleich wird in den Interviews reflektiert, dass diese Dynamik nicht nur individuell beziehungsweise paardynamisch, sondern auch gesellschaftlich hervorgebracht ist. Herr Vela formuliert den Wunsch, dass es gesellschaftlich akzeptabler werden müsse, dass Männer solche Gefühle offen zeigen:

„Ich wünsche mir, dass wir da gesellschaftlich uns so weiterentwickeln, dass es auch für Männer okay ist, diese Gefühle offen zuzugeben. Ich glaube, dass man auch in so einer Extremsituation sehr schnell in veraltete Rollenbilder verfällt.“

Herr Indrus richtet darüber hinaus den Wunsch an begleitende Fachkräfte, dass seine Rolle und seine Belastungen als Vater ausdrücklich adressiert würden:

„Mich überhaupt in dieser Situation wahrzunehmen, eben als Mann, also als Partner, der nicht einfach der Erzeuger ist. Und dann für den Rest der Zeit nebendran steht und guckt, was passiert. Sondern der, [...]“

um es mal plastisch zu machen, genauso in der Schwangerschaft drin ist, mit dem einzigen Unterschied, dass die ganzen hormonellen, körperlichen und emotionalen Dinge, die mit der Mutterschaft verbunden sind, die nur die Frau erleben kann, sozusagen, dass ihnen die verwehrt bleiben. Aber er ansonsten den gleichen Teil der Verantwortung und alles, was damit einhergeht, halt spürt.“

Internalisierte Rollenerwartungen und Männlichkeitsbilder bieten nicht nur Orientierung in der Krise, sondern stellen zugleich eine zusätzliche Belastung dar, insofern sie den Ausdruck eigener Gefühle erschweren und die Sichtbarkeit väterlicher Betroffenheit begrenzen.

4.3.4 Auswirkungen auf die Partnerschaft

Wie schon in der Einleitung besprochen, zeichnet sich die kleine Stichprobe dadurch aus, dass die Partnerschaften aller Befragten die „Extremsituation“ des späten Schwangerschaftsabbruchs ohne Trennung überstanden haben. Daraus folgt, dass die Daten in der Tendenz eine positive partnerschaftliche Bewältigung überrepräsentieren und besonders schwierige, konflikthafte oder destruktive Verläufe hier nicht sichtbar werden, was natürlich nicht bedeutet, dass es solche Paardynamiken nicht gibt.

Die hier analysierten Interviews zeigen Paare, die gut als Team zusammengearbeitet und sich gegenseitig „sehr gut komplementiert“ (Herr Vela) haben, sich gegenseitig verstehen, austauschen und unterstützen konnten und zu einer gemeinsamen Entscheidung gekommen sind. Exemplarisch fasst Herr Vela den Prozess in der Rückschau so zusammen:

„Trotz der Schwere bin ich sehr, sehr dankbar, dass wir in so einer Extremsituation – die extremste, die wir als Paar jemals hatten, [...] sehr gut zusammen durchgegangen sind und wir nie das Gefühl hatten, dass wir nicht an einem Strang ziehen. Und ich glaube, das war absolut Glück für uns beide, dass das so war.“

Viele Männer sind überzeugt, dass die gemeinsam gemeisterte Lebenskrise die Paarbeziehung gestärkt und sie als Paar zusammengebracht hat. Sie berichten von Stolz und Bewunderung für die Kraft und Tapferkeit ihrer Partnerin und auch von einer besonderen Nähe und Intimität, die durch das Erlebte entstanden sei:

„Ich habe so viel Vertrauen mittlerweile in diese Beziehung, dass ich mir irgendwie kaum was vorstellen könnte, was so hart reinschlägt, dass wir das nicht auch noch hinkriegen.“ (Herr Indrus)

„Aber wir sind gut rausgekommen, wir haben jetzt nicht gestern irgendwie krass geheult, wir nehmen uns in den Arm morgens, wir schauen uns an, wir wissen, dass das so ist.“ (Herr Musca)

„Wir sind als Paar gestärkt durch so einen Schicksalsschlag.“ (Herr Leporis)

„Insgesamt hat uns dieses Erlebnis zusammen eher gestärkt, weil wir wissen, dass wir auch in extrem schweren Situationen zusammenstehen können“ (Herr Vela)

„Es gab auch zum Glück keine Situation, wo wir im ganzen Prozess, komplett konträre Meinungen zu irgendwas hatten. Also wir sind da sehr harmonisch zusammen durchgesehelt und sind auch uns dem sehr bewusst.“ (Herr Caelum)

„Wir waren natürlich in sehr intensivem Austausch, wir haben die Verzweiflung miteinander geteilt, wir haben dann alles miteinander geteilt. [...] Und es war natürlich eine Extremsituation, die wir, die wir da zusammen durchstehen mussten.“ (Herr Volans)

Es lassen sich aus den Interviews Hinweise auf positive Faktoren für die gemeinsame Bewältigung der Situation ableiten. Dazu gehören:

- (1) *Eine gute Arbeitsteilung als Team*, bei der sich die männlichen Partner oftmals intensiv mit dem medizinischen Faken und der Studienlage auseinandersetzen, während die Partnerinnen eher Kontakte zu anderen Betroffenen, Einrichtungen und dem Hilfesystem aufnehmen:

„Wir haben da beide abwechselnd unterschiedlichste Impulse reingebracht, was wir machen können und sollten. Meine Frau ist sehr schnell Richtung [Stiftung für Sternenerltern] gegangen und hat die gefunden im Internet und hat auch da eben Angebote gefunden, die passen könnten. Ich habe mich sehr intensiv mit der Studienlage beschäftigt und habe da meine Frau ‚up to date‘ gehalten.“ (Herr Vela)

- (2) *Kontinuierlich im Gespräch bleiben* und sich trotz der krisenhaften Dynamik Zeit für Kommunikation und Austausch nehmen:

„Im Gespräch bleiben. Es muss nicht täglich sein, aber immer wieder mal zueinander finden, in dieser tiefen Trauer. Und einfach sich hinsetzen und mit bewusster Zeit einfach mal ein bisschen im Gespräch bleiben. Hätten wir das nicht gemacht, das wäre nicht gut gewesen für uns. Und das haben wir auch gemerkt und uns auch gegenseitig gesagt, dass das ganz wichtig war.“ (Herr Leporis)

- (3) *Unterschiede im Erleben und Verarbeitungsprozess zulassen* und sich um Verständnis füreinander bemühen:

„Das fiel mir dann teilweise schon schwer nachzuvollziehen, weil ich damit eigentlich abschließen wollte und sie wollte sich damit noch weiter auseinandersetzen. [...] Das war auf jeden Fall eine Belastung, wo ich mich auf sie einlassen musste, oder anders einlassen musste. Und versuchen musste, sie zu verstehen, was mir besonders am Anfang relativ schwerfiel. Und sie auch da abholen musste, wo sie war in der Trauer, auch wenn ich da nicht mehr war.“ (Herr Volans)

„Man ist ja zwei verschiedene Menschen. Man trauert unterschiedlich. Es ist total wichtig, dass man gut in Kontakt ist und auch gemeinsam trauert. Aber man muss dann irgendwie auch für sich natürlich ein Stück weit. Aber das und trotzdem irgendwie in Beziehung bleiben, das ist nicht einfach.“ (Herr Auriga)

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass eine gelingende partnerschaftliche Bewältigung eines späten Schwangerschaftsabbruchs durch intensive, offene und kontinuierliche Kommunikation, gegenseitiges Verständnis und eine kooperative Rollenverteilung gefördert wird und die Beziehung aus der Belastung gestärkt hervorgehen kann.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass die meisten Befragten das ungeborene Kind bereits als Teil ihres Lebens erlebt haben, sodass der Abbruch weniger als medizinischer Eingriff, sondern vielmehr als Verlust eines Kindes wahrgenommen wird. Die dem Abbruch vorangehenden Entscheidungsprozesse sind dabei vielschichtig: Neben der emotionalen Verarbeitung spielen rationale Auseinandersetzungen mit medizinischen Informationen sowie moralische und ethische Abwägungen eine zentrale Rolle. Viele Partner beschreiben die Situation als unauflösbares Dilemma, in dem es keine eindeutig richtige Entscheidung gibt.

4.4 Erleben medizinischer und psychosozialer Versorgung

Im nachstehenden Ergebnisabschnitt stehen die Erfahrungen, die die Befragten mit medizinischer und psychosozialer Versorgung insbesondere vor dem Schwangerschaftsabbruch und während des Klinikaufenthalts, aber auch in der Zeit nach dem Abbruch gemacht haben, im Vordergrund.⁸ Ein zusätzlicher Auswertungsschwerpunkt liegt auf spezifischen Informationen und Unterstützungsangeboten, die sich an Partner richteten, und auf formulierten Bedarfen und Wünschen der Befragten, um stärker berücksichtigt und adressiert zu werden.

4.4.1 Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung – vor dem Abbruch, in der Klinik

Fallübergreifend zeigen sich in den Interviews, dass der Prozess eines späten Abbruchs häufig eine traumatische Erfahrung darstellt und das Erleben der medizinischen Versorgung zwischen sehr positiver Bewertung und stark belastenden Situationen changiert. Wichtige Akteur*innen sind hier neben den unterschiedlichen Fachärzt*innen vor allem Hebammen in der Vor- und Nachsorge sowie der klinischen Begleitung sowie weiteres Pflegepersonal. Zentral für eine gute Bewertung sind dabei insbesondere klare Kommunikation, fachliche

⁸ Die entsprechenden übergeordneten Fragen im Interviewleitfaden lauteten: „Wie hat sich die ärztliche Begleitung vor und nach Ausstellung der Indikation und beim Schwangerschaftsabbruch gestaltet?“, „An welche Beratungsstellen/psychosozialen Hilfestellen können Sie sich im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch erinnern? Wie genau verlief die Begleitung?“, „Welche Informationen über den späten Abbruch oder welche Unterstützungsangebote in der Zeit davor oder danach Sie genutzt haben, die speziell Sie als Partner angesprochen haben?“

Kompetenz, zügige Abläufe sowie eine als angemessen empfundene Balance zwischen Professionalität und Empathie.

Im Vorfeld des Abbruchs berichten mehrere Befragte, dass sie sich durch die behandelnden Ärzt*innen gut informiert und begleitet fühlten. Die medizinische Aufklärung über Diagnosen, Prognosen und Abläufe wird vielfach als hilfreich und orientierungsgebend beschrieben. So hebt Herr Cetus hervor, man habe „eine gute Beratung gehabt [...] und [...] relativ sicher gefühlt bei den Ärzten, die uns da beraten haben und die uns dann gesagt haben, wie jetzt so die nächsten Schritte sind“. Auch die Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur*innen der Versorgung wird positiv wahrgenommen, „man hatte das Gefühl, okay, hier sprechen alle miteinander“ (Herr Leporis).

Mehrfach wird zudem die Bedeutung einer klaren und eindeutigen ärztlichen Kommunikation betont. Diese wird nicht als unangemessen hart, sondern als entlastend erlebt: Die Einschätzung eines Pränatalmediziners sei „absolut hilfreich“ gewesen (Herr Leporis), da sie Orientierung im Entscheidungsprozess geboten habe. Gleichzeitig wird geschätzt, wenn Ärzt*innen neben der medizinischen Expertise auch emotionale Unterstützung leisten können, etwa indem sie „immer wieder die richtigen Worte gefunden“ hätten (Herr Ursa).

Auch die Organisation der Versorgung spielt eine wichtige Rolle. Positiv hervorgehoben werden zügige Abläufe und eine gewisse Priorisierung, die lange Wartezeiten vermeiden, „wir wurden [...] so eben durchgeschoben, das ging relativ schnell“ (Herr Eridanus). Ebenso wird als entlastend beschrieben, wenn administrative Prozesse unkompliziert gestaltet sind und keine zusätzlichen Belastungen erzeugen, „es wurde uns sehr leicht gemacht, zumindest diese ganzen administrativen Dinge“ (Herr Eridanus).

Während des Klinikaufenthalts berichten viele Befragte von einer insgesamt zugewandten und respektvollen Atmosphäre. Besonders geschätzt wird ein Umgang, der weder übermäßig dramatisiert noch distanziert wirkt. So beschreibt Herr Caelum die Haltung eines Arztes:

„Da kam [der Arzt] und hat eine gute Art ausgestrahlt, gleichzeitig das aber nicht überdramatisierte. Also [er] hat einfach seine Sachen gemacht und war dabei locker und war dabei trotzdem auch so ein bisschen entspannt. Lustig ist jetzt der falsche Begriff, charmant. So irgendwie locker ist wahrscheinlich das. Also [er] hat es nicht überdramatisiert. Und das war das Beste, was für meine Frau passieren konnte, weil für sie war das Schlimme: Mitleid.“

Auch erfahrene Mitarbeitende, die ihre Unterstützung klar kommunizieren, werden als entlastend erlebt:

„Das war auch so mit der Arzthelferin, die uns in Empfang genommen hatte, die meinte, sie macht das seit 15 Jahren, sie macht es auch nicht gerne, aber sie wird für uns da sein. Sie kennt das einfach. Das war so ganz, ganz viel, was uns da wirklich gut geholfen hat.“ (Herr Caelum)

Zugleich wird es als sehr wichtig beschrieben, dass räumliche und organisatorische Bedingungen sensibel gestaltet sind, etwa durch die Unterbringung außerhalb von Bereichen mit regulären Geburten, „damit man nicht dauernd neben den Schwangeren, die mit Happy End nach Hause gehen, dasitzt“ (Herr Eridanus). Solche Maßnahmen werden als „rein psychologisch sehr gut“ (Herr Eridanus) bewertet.

Neben diesen positiven Erfahrungen berichten einige Befragte jedoch auch von deutlichen Defiziten in der medizinischen Versorgung. Diese betreffen insbesondere mangelnde Zuständigkeiten, unzureichende Kommunikation und fehlende kontinuierliche Begleitung.

So beschreibt beispielsweise Herr Cetus die Erfahrung in der ersten Klinik, die das Paar für den Abbruch aufsucht, als „eine Katastrophe“. Sie wurden auf einer fachfremden Station aufgenommen, es fühlte sich niemand zuständig für ihre Begleitung, und sie wurden zudem nicht über den weiteren Verlauf aufgeklärt. Schlussendlich wechselten sie noch vor der Geburtseinleitung die Klinik – er berichtet:

*„Und meine Frau war so wahnsinnig traurig und so geschockt, dass wir gesagt haben, wir wechseln die Klinik, wir wechseln jetzt nach [Großstadt C], das ist bei uns das nächste Klinikum. Wir haben da angerufen und gefragt, ob das funktioniert, ob das geht, und da wurden wir von [der*m Chefärzt*in] persönlich empfangen und [die/der] hat uns da durchbegleitet, im Rahmen der Möglichkeiten. Und dann hatten wir eine ganz tolle Hebamme, die dann die Geburt letztendlich dann nachher begleitet hat.“*

Ebenso wird von einigen Befragten der Wunsch nach stärkerer emotionaler Begleitung durch medizinisches Personal formuliert: „Ich hätte mir sehr gewünscht, dass die Ärzte [...] sehr viel einfühlsamer gewesen wären.“ (Herr Cetus) Einzelne kritische Erfahrungen betreffen auch organisatorische Mängel, etwa ausbleibende Rückmeldungen zu Testergebnissen, „man verlässt sich drauf, dass jemand anruft [...] und es passiert nicht“ (Herr Musca). Gerade in der Phase der Diagnosestellung werden solche Verzögerungen als besonders belastend erlebt.

Auch ambivalente Erfahrungen werden geschildert. So beschreibt Herr Indrus die ärztliche Begleitung als „mehrheitlich okay“, betont aber zugleich, dass es „nicht [...] die besten Ärzte [...] gewesen“ seien. Positiv hebt er hervor, dass die Ärzt*innen „Mensch gewesen und geblieben [sind]“, gleichzeitig hätten sie aber auch eine gewisse notwendige Distanz aufgebaut.

Insgesamt zeigen die Interviews, dass die medizinische Versorgung vor allem dann als positiv erlebt wird, wenn sie fachlich kompetent, transparent, koordiniert und zugleich sensibel im Umgang mit der besonderen Situation der Betroffenen ist. Negative Erfahrungen entstehen hingegen insbesondere dort, wo Kommunikation, Kontinuität und emotionale Einbindung fehlen oder institutionelle Abläufe als unzureichend abgestimmt wahrgenommen werden.

4.4.2 Erfahrungen mit der Hebammenversorgung

Auf das Erleben der Hebammenversorgung aus Perspektive der Partner soll hier gesondert eingegangen werden, da diese sowohl in der Vor- und Nachsorge als auch in der Klinik während des Geburtsgeschehens besonders wichtige Akteur*innen darstellen.

Fast alle Befragten hatten im Kontext der stillen Geburt im Krankenhaus mit einer oder mehreren Hebammen Kontakt (Herr Auriga, Herr Caelum, Herr Cetus, Herr Eridanus, Herr Indrus, Herr Leporis, Herr Ursa, Herr Volans). In der Gesamtschau wird die klinische Hebammenversorgung von den Partnern als ein positiver und stabilisierender Faktor inmitten der Krisensituation beschrieben, insbesondere mit Blick auf die Partnerinnen (Herr Auriga, Herr Caelum, Herr Cetus, Herr Eridanus, Herr Indrus, Herr Leporis, Herr Musca). Ein zentrales Merkmal positiver Begleitung ist dabei die Vermittlung von Vertrauen, Empathie und Geborgenheit. Die Befragten beschreiben es unter anderem so:

„Ich weiß noch, wie ich da wirklich Rotz und Wasser geheult habe, und ich spüre bis heute die Hand von der Hebamme auf meinem Rücken, die mich streichelt und sagt, du darfst.“ (Herr Caelum)*

„Und wie stark, wie einfühlsam und empathisch und professionell die Hebamme gewesen ist.“ (Herr Indrus)*

Gerade die Fähigkeit der Hebammen, Normalität in einer belastenden Situation herzustellen, wurde in einigen Interviews positiv hervorgehoben. Dies zeigt sich insbesondere im wertschätzenden Umgang mit dem verstorbenen Kind, wenn eine Hebamme „kein[en] Unterschied zwischen der Totgeburt und normalen Geburt“ (Herr Caelum) macht und sich beispielsweise während der Versorgung des Kindes auch mit diesem unterhalten hat. Die aktive Unterstützung bei der Abschiednahme, etwa durch das Vorbereiten des Kindes für ein erstes Kennenlernen (Herr Eridanus) oder das sensible Vorbesprechen verschiedener Optionen ohne Zeitdruck (Herr Auriga), wird als entlastend und „wunderbar begleitet“ (Herr Leporis) empfunden.

Neben den geschilderten positiven Aspekten werden in den Interviews auch einige Defizite und negative Erfahrungen in der klinischen Hebammenversorgung berichtet. So wurden von

zwei Befragten die Hebammen als „total ruppig“ (Herr Auriga) oder „unfreundlich“ (Herr Cetus) beschrieben. In der vulnerablen Situation eines Spätabbruchs wird solch ein Mangel an Einfühlungsvermögen als besonders schmerzhaft erlebt (Herr Cetus). Eine weitere Kritik betrifft die geringe Betreuung in der Wartephase vor dem Abbruch. Ein Befragter berichtet, dass diese Zeit lediglich durch rein medizinische Routinekontrollen wie Blutdruckmessen geprägt war, jedoch keinerlei seelsorgerische oder psychosoziale Begleitung stattfand (Herr Caelum). In einem Fall kam es im Moment der Geburt selbst zu einer sehr belastenden Situation: Die Hebamme war nicht anwesend beziehungsweise erreichbar, als der Fetus auf der Toilette geboren wurde (Herr Volans). Auch organisatorische Überlastungen im Kreißsaal führten zu negativen Erfahrungen, etwa wenn der Wunsch, das Kind zu sehen, zunächst mit Verweis auf zeitliche Engpässe abgelehnt wurde (Herr Eridanus).

Im außerklinischen Kontext berichteten vier Befragte, dass ihre Partnerinnen von einer Hebamme vor beziehungsweise nach der Geburt im Sinne einer Wochenbettbegleitung betreut wurden (Herr Cetus, Herr Leporis, Herr Vela, Herr Volans). Herr Eridanus berichtete zudem, dass seine Partnerin regelmäßig mit einer Hebamme mit zusätzlicher traumatherapeutischer Ausbildung zur Begleitung nach dem Schwangerschaftsabbruch in Kontakt war.

Mit Blick auf die außerklinische Versorgung, wird die Hebammen*begleitung zwar als positiv und wertvoll beschrieben, jedoch nimmt sie laut der Befragten in der Zeit der pränataldiagnostischen Untersuchungen und des Entscheidungsprozesses nur eine untergeordnete Rolle ein. In der Zeit nach dem Abbruch, im Wochenbett, erleben einige Befragte, wie essenziell die Hebammenbesuche für die Partnerin waren, sowohl auf körperlicher Ebene zur Begleitung der Rückbildung als auch psychosozial. Gleichzeitig wird die eigene Teilhabe an der Hebammenversorgung als gering beziehungsweise weniger wichtig beschrieben (Herr Cetus, Herr Vela). So berichtet etwa ein Befragter, dass er die Termine der Hebamme meist mit dem älteren Kind außerhalb der Wohnung verbracht habe, um der Partnerin einen ruhigen Raum mit der Hebamme zu ermöglichen (Herr Leporis).

Zusammenfassend lässt sich mit Blick auf die Hebammenversorgung sagen, dass sie für viele Befragte einen zentralen emotionalen Anker in der Krisensituation darstellt. Besonders im klinischen Kontext tragen Empathie, Verlässlichkeit und ein würdevoller Umgang wesentlich zur Stabilisierung bei. Gleichzeitig zeigen sich punktuelle Defizite, etwa durch fehlende Präsenz oder unzureichende psychosoziale Begleitung. In der außerklinischen Nachsorge wird

die Unterstützung vor allem für die Partnerinnen als wichtig erlebt, während die Partner selbst eher am Rand stehen.

4.4.3 Erfahrungen mit psychosozialer Beratung und Psychotherapie

Die psychosoziale Beratung wird fallübergreifend überwiegend als wichtige und unterstützende Ressource im Umgang mit der Situation beschrieben, insbesondere im Kontext der Entscheidungsfindung und der emotionalen Verarbeitung. Die Erfahrungen reichen von sehr positiven und als zentral unterstützend beschriebenen Angeboten bis hin zu fehlender oder unzureichender Begleitung, insbesondere im Kontext des Klinikaufenthalts.

Im Vorfeld des Abbruchs berichten viele Befragte von hilfreichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die zur emotionalen Stabilisierung und zur Strukturierung des Entscheidungsprozesses beitragen. Psychosoziale Beratung wird dabei häufig als ergänzend zur medizinischen Aufklärung erlebt. Herr Eridanus beschreibt die Kombination verschiedener Unterstützungsformen als „sehr komplementär“, die „beide Welten abgedeckt“ habe. Auch Herr Cetus hebt hervor, dass „auch mit einer*in Psycholog*in gesprochen“ worden sei und dies zur Orientierung beigetragen habe.

Besonders positiv werden Angebote bewertet, die niedrigschwellig, kontinuierlich und individuell anschlussfähig sind. Die Möglichkeit, jederzeit Kontakt aufnehmen zu können, wird dabei als besonders unterstützend erlebt.

*„Bei der Beratungsstelle [...] waren wir fast immer gemeinsam dort. [Die*Der Leiter*in] hat sich Zeit genommen. [Die*Der] hat meiner Frau auch so eine Handynummer gegeben und hat gesagt, jederzeit direkt hier anrufen und so weiter. Sehr engagiert, supertoll. Und so eine wohlwollende, zurückhaltende und gleichzeitig doch sehr klare Haltung. Neutral.“ (Herr Ursa)*

Mehrere Befragte berichten zudem von sehr positiven Erfahrungen mit psychotherapeutischer Begleitung. Diese wird insbesondere dann geschätzt, wenn sie konkrete Orientierung bietet:

*„Die Therapie, also [unser*e Therapeut*in], war sensationell. Ich hatte ganz, ganz viele Fragen im Umgang mit [unserer Tochter/unserem Sohn], aber [sie*er] hat uns auch klare Antworten gegeben. Es war jetzt nicht so, ihr müsstet euch selber reinhorchen, was richtig ist, sondern, von [unser*e Therapeut*in], da gab es auch Empfehlungen, wie wir mit [unserer Tochter/unserem Sohn] umgehen. Das hat mir sehr geholfen an der Stelle.“ (Herr Caelum)*

Auch langfristige therapeutische Begleitung wird als stabilisierend beschrieben: Man sei „über einen Zeitraum von [1–2 Jahren] [...] immer wieder da gewesen und die haben uns geholfen“ (Herr Indrus). Nachhaltige Unterstützungsstrukturen werden als besonders wertvoll

erlebt, etwa spezialisierte psychologische Angebote mit langfristiger Anbindung, „auch heute noch [...] kann sie jederzeit dahin oder die mal anmailen“ (Herr Cetus).

Während die psychosoziale sowie psychotherapeutische Unterstützung vor und nach dem Abbruch bekannt und in weiten Teilen auch verfügbar war, zeigen sich jedoch deutliche Lücken während des Klinikaufenthalts. Mehrere Befragte kritisieren, dass es in dieser Phase an unmittelbar verfügbarer psychosozialer Unterstützung fehlt. So beschreibt Herr Cetus:

„Ich finde aber viel zu wenig Beistand für so eine unfassbar schwere psychische Belastung, die man da erlebt. [...] Gerade in so einer intensiven Zeit braucht man sofort jemanden an der Seite, eine psychologische Betreuung, auch während des Aufenthalts, gerade in der Klinik. Ich meine, so ein Schwangerschaftsabbruch ist jetzt ja nicht innerhalb von fünf Minuten gemacht, das braucht seine Zeit, und da vergehen viele, viele, viele Stunden von der Einleitung der Geburt bis dann letztendlich ein Kind geboren wird. Und in der Zeit weiß man eben ja schon, dass das Kind, was man da in sich trägt, tot ist. [...] Und ich hätte mir sehr gewünscht, dass die Ärzte, die Hebammen, die Pfleger und auch ein Psychologe sehr viel einfühlsamer gewesen wären. Gerade im Umgang mit dieser Schwierigkeit in der Schwangerschaft.“

Die Integration psychosozialer Angebote in die medizinische Versorgung scheint nicht durchgängig gewährleistet. Während einige Befragte von einer engen Verzahnung berichten, erleben andere eine eher zufällige oder von Eigeninitiative abhängige Inanspruchnahme. So wird positiv hervorgehoben, wenn Kontakte aktiv hergestellt werden („mithilfe ihrer Gynäkologin hat sie da den Kontakt [...] hergestellt“; Herr Cetus), zugleich wird angemerkt, dass solche Zugänge möglicherweise nicht allen gleichermaßen offenstehen.

Insgesamt verdeutlichen die Interviews, dass psychosoziale Versorgung insbesondere dann als hilfreich erlebt wird, wenn sie kontinuierlich, niedrigschwellig erreichbar, individuell passend und eng mit der medizinischen Betreuung verzahnt ist. Gleichzeitig zeigen sich strukturelle Defizite vor allem im klinischen Setting, wo zeitnahe und proaktive Unterstützungsangebote häufig fehlen, obwohl gerade dort ein besonders hoher Bedarf besteht.

4.4.4 Partnerbezogene Angebote: Genutzte Ressourcen und Verbesserungsbedarfe

Inwieweit adressieren die vorhandenen medizinischen und psychosozialen

Unterstützungsangebote sowie Informationsmaterialien nun aber spezifisch die Partner? Die Befragten berichten übereinstimmend, dass es kaum ausreichende partnerspezifische Informations- und Unterstützungsangebote im Kontext des späten Schwangerschaftsabbruchs gibt. Nur vier der zehn Befragten geben an, über entsprechende Angebote informiert worden zu sein. Die genannten Angebote umfassten Einzelsitzungen bei Psychotherapeut*innen und in Beratungsstellen, eine Trauergruppe für Väter sowie eine Gruppe für Väter eines

Sternkindervereins, die jedoch aufgrund zu geringer Anmeldezahlen wiederholt nicht stattfand. In einer Selbsthilfegruppe für Mütter gab es einen Einzeltermin, an dem die Partner teilnehmen konnten. Herr Cetus bringt es auf den Punkt:

„Gezielte Unterstützung kann ich nicht so sehen für Männer. Also, dass man da gezielt irgendwie sagt, Mensch, hier, und der Partner, dem müssen wir mal abgekoppelt von der Frau auch nochmal irgendwie helfen.“ (Herr Cetus)

Viele Angebote richten sich ausschließlich an die schwangere Person, während sich die Partner lediglich „mitverarztet“ (Herr Cetus) fühlen. Es überwiegt das Gefühl, dass die Perspektive und Erfahrungen der Partner keine „zentrale Rolle“ spielen (Herr Indrus). Zudem sind externe Hilfsangebote oft mit Hürden verbunden: Die Befragten berichten von Gruppen, die kurzfristig ausfallen, ohne dass eine Benachrichtigung erfolgt, oder von starren Aufnahmeregeln in Trauergruppen, die einen Einstieg nach dem ersten Termin verweigern, wie es beispielsweise Herr Eridanus erlebte. Aus Sicht der Befragten sollten Angebote niedrigschwellig und unverbindlich sein, da Verpflichtungen in der akuten Trauerphase als überfordernd erlebt werden.

Zudem äußern die Befragten den Wunsch nach einer gezielten persönlichen Ansprache. Viele erleben sich in einer Nebenrolle, da sich die medizinische Indikation rechtlich ausschließlich auf die Gesundheit der schwangeren Person fokussiert und auch die Entscheidung über den Fortgang der Schwangerschaft bei ihr liegt. Herr Indrus formuliert explizit den Wunsch, „explizit beiseitegenommen“ und in der Rolle als gleichberechtigtes Elternteil sowie in der damit verbundenen moralischen Last wahrgenommen zu werden.

Darüber hinaus werden weitere Bedarfe und Wünsche benannt, die im Kontext von späten Schwangerschaftsabbrüchen – insbesondere mit Blick auf die Versorgung und Begleitung von Vätern – als relevant erachtet werden. Ein zentraler Aspekt ist der Wunsch nach mehr Transparenz und Information, insbesondere in der Zeit zwischen dem ersten Verdacht auf Komplikationen und dem Abbruch sowie mit Blick auf den Ablauf in der Klinik. Die Partner beschreiben den Prozess, der sie in der Klinik erwartete, als ein „großes Ungewisses“ (Herr Auriga), das mit massiven Ängsten verbunden ist. Hier wünschen sich die Befragten eine verständlichere Erklärung der Abläufe, um das Gefühl der Ohnmacht zu reduzieren und eine fachlich fundierte, einfühlsame Aufklärung über den körperlichen Prozess sowie mögliche Nebenwirkungen der Geburtseinleitung zu ermöglichen (Herr Auriga, Herr Cetus).

Zudem gilt eine stärkere Vernetzung und aktive Vermittlung durch das jeweilige Fachpersonal als zentraler Verbesserungsfaktor. Die Befragten wünschen sich, dass

Ärzt*innen oder Hebammen nicht nur auf Angebote hinweisen, sondern auch aktiv Kontakte herstellen und gegebenenfalls Termine koordinieren (Herr Ursa). Zudem wird Kritik an ungebetenen Ratschlägen aus dem Umfeld geäußert:

„Und Ratschläge und so sind eigentlich wirklich fehl am Platz. Das fände ich total wichtig, dass die Leute das vielleicht wissen“ (Herr Auriga).

Darüber hinaus wird in mehreren Interviews die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Enttabuisierung betont. Das Schweigen über Komplikationen in der Schwangerschaft und die kontroverse Wahrnehmung von Abbrüchen erzeugen zusätzlichen Druck auf die Paare (Herr Auriga). Die Partner sehen in einer offenen Kommunikation, etwa über soziale Medien oder Forschungsprojekte, die Chance, bestehende Versorgungslücken sichtbar zu machen und die Komplexität dieser Lebensphase und -entscheidung verständlicher zu vermitteln (Herr Vela, Herr Eridanus).

Insgesamt wird deutlich, dass die bestehenden Unterstützungsangebote die Perspektive der Partner bislang nur unzureichend berücksichtigen und ein Bedarf an gezielter Ansprache, transparenter Information sowie niedrigschwelligen und verlässlich zugänglichen Unterstützungsstrukturen besteht.

4.5 Geburt, Begegnung und Abschied in der Klinik

Nachfolgend liegt der Fokus auf dem unmittelbaren Erleben von Geburt, Begegnung und Abschied in der Klinik.⁹ Dabei zeigt sich, dass diese Phase durch klinische Rahmenbedingungen, Handlungsspielräume und die situative Atmosphäre vor Ort, zugleich aber auch durch individuelle Verarbeitungsweisen bestimmt ist. Bereits der zeitliche Verlauf unterscheidet sich bei den Befragten erheblich und reicht von vergleichsweise schnellen Abläufen bis hin zu mehrtägigen, als zermürend erlebten Prozessen. Besonders ein Fetozid sowie die Einleitung des Schwangerschaftsabbruchs und der Geburt werden als erheblich belastend beschrieben – sowohl in der Rolle als Vater wie auch unterstützender Partner. Die Zeit des Wartens in der Klinik ist geprägt von Trauer, Sorge und dem Wunsch nach einem Ende der belastenden Situation. Zugleich verweisen einzelne Interviews auf eine besondere Form partnerschaftlicher Nähe und Intimität in dieser Ausnahmesituation, die in ihrer Intensität als kaum vergleichbar mit früheren Erfahrungen von Beziehung, Zuneigung und Gemeinsamkeit beschrieben wird.

⁹ Die entsprechende übergeordnete Frage im Interviewleitfaden lautete: „Bitte erzählen Sie mir davon, wie Sie den Abschied gestaltet haben und wie es Ihnen in der Zeit nach dem Abbruch ging?“

Viele der Befragten übernehmen in dieser Phase eine aktive Rolle, organisieren Abläufe und versuchen, Kontrolle zu behalten, während sie gleichzeitig emotional stark betroffen sind. Dieses Spannungsverhältnis zwischen „Funktionieren“ und eigener Verletzlichkeit wird wiederholt thematisiert.

Zugleich nutzen einige die Zeit vor der Geburt bewusst, um Abschied zu nehmen und Erinnerungen zu schaffen, etwa im engsten Familienkreis oder durch konkrete, auch handwerkliche Tätigkeiten. Diese Handlungen ermöglichen es, in einer als ohnmächtig erlebten Situation aktiv zu bleiben und dem Kind etwas Persönliches mitzugeben. Herr Cetus beschreibt dies rückblickend so:

„Das sind so verschiedene Varianten. Und das Daraufhinarbeiten, dass dieser Sarg fertig wird, das war für mich, glaube ich, ganz optimal. Und ich glaube, so ein bisschen Vaterstolz. So, du hast mindestens ein bisschen was von mir mitgekriegt für deine Zeit.“ (Herr Cetus)

Im Folgenden werden das Erleben des Geburtsgeschehens als Vater und die persönliche Begegnung mit dem Kind rekonstruiert. Zunächst wird die emotionale Wahrnehmung des Geburtsgeschehens in den Blick genommen. Daran anschließend steht die erste körperliche Begegnung und Interaktion mit dem Kind im Fokus. Ergänzend wird mit der Fotografie des Sternenkindes eine besondere Form von Interaktion und Erinnerung betrachtet. Abschließend wird die Rolle des geburtshilflichen Personals und der klinischen Umgebung analysiert. Auf diese Weise wird sichtbar, dass Geburtsgeschehen und erste Begegnung mit dem Kind nicht nur einen medizinischen oder organisatorischen Ablauf darstellen, sondern einen hoch verdichteten Erfahrungsraum, in dem Verlust, Vaterschaft, Partnerschaft und Abschied auf besondere Weise zusammenkommen.

4.5.1 Emotionale Wahrnehmung des Geburtsgeschehens

Die Befragten erleben den Abschied von ihrem Sternenkind in der Klinik als eine hoch emotionale Phase, die von ambivalenten Empfindungen geprägt ist: Tiefem Schmerz und Trauer stehen nicht selten auch Momente der Erleichterung gegenüber. Bereits die Zeit des Wartens bis zur Geburt wird als „Ausnahmestand“ (Herr Indrus) beschrieben, während die Geburt selbst meist als der schmerzhafteste und traurigste Moment oder als traumatische Konfrontation erlebt wird. In dieser Situation verdichten sich die emotionale Belastung der vorausgegangenen Entscheidung, der Ohnmacht angesichts des Verlusts und der konkreten Konfrontation mit der Endgültigkeit des Geschehens. Besonders eindrücklich zeigt sich dies in der Schilderung von Herrn Eridanus. Er sah sich nicht in der Lage, die Nabelschnur zu durchtrennen, weil er diesen Akt als symbolische Vollendung des Verlusts empfand:

„Ich wollte zum Beispiel nicht die Nabelschnur durchschneiden. [...] Aber für mich war es dann so gewesen, ich kappe jetzt die letzte Überlebensphase unseres Kindes. Das will ich nicht tun. Das können mal die anderen machen. Das wollte ich zum Beispiel nicht.“ (Herr Eridanus)

Die Trauer wird von mehreren Befragten als überwältigend beschrieben und äußert sich etwa in Tränen, Erschöpfung und einem Verlust emotionaler Kontrolle. Herr Musca vergleicht diese Intensität mit der unaufhaltsamen Wirkung einer Narkose:

„Es gibt zwei Momente, glaube ich, im Leben, wenn du eine Narkose bekommst und du versuchst, wach zu bleiben, klappt nicht. Wenn du nicht heulen willst, dann klappt es nicht. Und das ist das Level einer Million gewesen.“ (Herr Musca)

Zugleich wird die Geburt des Kindes trotz aller Trauer auch als Abschluss einer extrem belastenden Phase erlebt. Der Moment der Geburt kann insofern entlastend wirken, als das lange Warten zwischen der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch und der tatsächlichen Geburt endet. Die zuvor bestehende Spannung zwischen Fürsorge für die Partnerin, eigener emotionaler Belastung und existenziellem Entscheidungsdilemma löst sich zumindest teilweise, sodass der eigentliche Trauer- und Heilungsprozess beginnen kann.

4.5.2 Körperliche Begegnung mit dem Kind

Die Zeit unmittelbar nach der Geburt und der erste Schritt des Abschiednehmens vom Kind werden einerseits als schwer oder zutiefst traurig und in ihrer emotionalen Intensität als „grausam“ (Herr Musca) beschrieben. Andererseits berichten einige Befragte, dass sie trotz der empfundenen Trauer auch ein einzigartiges Gefühl der Nähe und kurze Momente innigen Glücks erlebt haben, da es die einzige Zeit ist, in der sie ihr Kind physisch halten und berühren konnten.

Beinahe alle Interviewpartner betonen die Bedeutung, ausreichend Zeit mit dem verstorbenen Kind zu verbringen. Das Anschauen, Berühren, Halten und Sprechen mit dem Kind wird als zentrale Form des Abschiednehmens beschrieben und trägt häufig dazu bei, den Verlust zu realisieren und emotional zu verarbeiten. Während die Beziehung zum Kind bis zur Geburt für manche Väter noch abstrakt blieb, markiert der körperliche Kontakt nach der Geburt oft den Moment, in dem die Realität des Verlusts vollständig begriffen wird:

„Das war ehrlicherweise für mich der Punkt nach der Geburt, als wir dann im Kreißsaal lagen und ich [unser totes Kind] auf dem Arm hatte, wo ich es dann wirklich realisiert habe.“ (Herr Caelum)

Der physische Umgang mit dem Sternenkind sowie die Intensität des Körperkontakts verliefen sehr unterschiedlich. Sie reichen von intensiver körperlicher Nähe bis hin zum

bewussten Verzicht auf etwa das Betrachten des Kindes, um eine bestimmte innere Vorstellung oder Erinnerung zu wahren (Herr Leporis). Während für manche Väter von vornherein feststand, dass sie ihr Kind sehen, halten und sich auf diese Weise verabschieden möchten, berichten andere zunächst von Skepsis, Angst oder Ablehnung. Teilweise wird dann doch noch der Empfehlung des geburtshilflichen Personals oder der Literatur gefolgt. Rückblickend wird dies teils als stimmig und hilfreich, teils als verzichtbar beschrieben. So beschreibt Herr Eridanus:

„Ich fand das erst komisch, da habe ich gesagt, nee, das will ich eigentlich nicht. Aber am Ende doch. Ich würde jetzt auch bestätigen, dass man sich im Nachhinein daran positiv zurückerinnert.“ (Herr Eridanus)

Manche Befragte, wie Herr Caelum und Herr Vela, verbrachten bewusst längere Zeit über mehrere Stunden damit, ihr Kind zu halten und anzusehen, um den Verlust zu begreifen und Abschied zu nehmen. Anderen fiel es dagegen schwer oder sie entschieden sich bewusst dagegen, um das Kind in einer bestimmten Erinnerung zu behalten. Herr Leporis dosierte die Nähe zu seinem Kind beispielsweise stark, indem er zwar Körperkontakt suchte und das Ärmchen seines Kindes berührte, jedoch auf das Halten des Kindes verzichtete und auch den Blick auf das Kind vermied.

Insgesamt zeigt sich, dass das Betrachten, Berühren und Halten des Kindes zwar häufig als schmerzhaft erlebt wurde, zugleich jedoch dazu beitragen konnte, das Kind als real erfahrbar zu machen, den Verlust emotional nachzuvollziehen und dem Kind erstmals nah zu sein.

Diesen Kontakt zu dem Kind erlebten diese Befragten als entscheidend für die Trauerbewältigung und zugleich als einen wesentlichen Beitrag zur Identitätsstiftung als Vater. Die körperliche Begegnung mit dem Kind nach der Geburt ermöglichte erstmals eine konkret leiblich erfahrbare Vaterschaft, wobei das Sternenkind unmittelbar erlebt werden kann:

„Diese drei, vier Stunden, es war sehr viel Geborgenheit, sehr viel Vertrauen, das war auch sehr wichtig, dass wir das hatten. Es war sehr viel Trauer, aber trotzdem so ein Moment vom Glück, weil es für mich als Vater auch der einzige Moment ist, wo ich [sie/er] wirklich, also, wo ich [sie/ihn als Tochter/Sohn] mal hatte.“ (Herr Caelum)

Zusammenfassend wird deutlich, dass die haptische Abschiednahme für manche Väter einen zentralen Moment darstellt, in dem sie aus der eher passiven Außenrolle heraustreten, den Verlust realisieren und ihre Vaterrolle – wenn auch unter extrem schmerzhaften Umständen – erstmals aktiv erleben können.

4.5.3 Fotografie als Form der Annäherung und Erinnerung

In allen Interviews wird auf das Thema der Sternenkind-Fotografie eingegangen. In den Interviews erscheint Fotografie nicht nur als Dokumentation des Kindes und des Abschiedsmoments, sondern auch als eine spezifische Form der Interaktion, die im unmittelbaren Kontext von Geburt, Abschied und Verlust verortet ist. Die Fotos können sowohl für die Erinnerung als auch für die spätere Verarbeitung bedeutsam werden. Herr Vela beschreibt dies rückblickend wie folgt:

„Haben auch Fotos von ihm gemacht, [...] was für uns auch wichtig war. Also wir haben uns im Nachhinein die Fotos immer wieder angeschaut. Und es war gut und wichtig auch, das greifbar zu haben.“ (Herr Vela)

Zugleich wird in den Interviews deutlich, dass die Entscheidung, Fotos vom Kind zu machen oder machen zu lassen, keineswegs selbstverständlich war. Vielmehr war sie mit emotionalen Abwägungen, inneren Konflikten und teilweise deutlicher anfänglicher Skepsis verbunden. Manche Eltern entschieden sich bewusst für Sternenfotografie, teils auf Anraten von Fachpersonal, Literatur oder anderen Betroffenen, die diese Form der Erinnerung als hilfreich für spätere Trauerarbeit beschrieben. In anderen Fällen stellte die Fotografie zunächst eine Art Zwischenlösung dar: Die Bilder sollten zwar angefertigt, aber nicht sofort angesehen werden müssen. Gerade diese Offenheit, Fotos zunächst nur zu besitzen, ohne sich unmittelbar mit ihnen konfrontieren zu müssen, erscheint als eine Möglichkeit, sich schrittweise auf die Realität des Verlusts einzulassen. Herr Eridanus schildert dies besonders eindrücklich:

„Eine Sache, über die wir lange nachgedacht haben, wo ich eigentlich auch erst gegen war, war, ob wir unser Kind hinterher sehen oder halten wollen. Da haben wir uns überzeugen lassen, weil eigentlich haben alle gesagt, die wir gesprochen haben, dass das von dahinter her als positiv empfunden wird. Und auch in allen Literatursachen, die online sind, stand, dass das extrem wichtig wäre, um Abschied zu nehmen. [...] Ich fand das erst komisch, da habe ich gesagt, nee, das will ich eigentlich nicht. Aber am Ende doch. Ich würde jetzt auch bestätigen, dass man sich im Nachhinein daran positiv zurückerinnert. Uns wurde auch angeboten, dann Fotos zu machen vom Kind. Eigentlich war das unsere Zwischenlösung. Wir dachten, wir machen Fotos. Und dann können wir die in einem verschlossenen Umschlag bekommen und immer noch angucken, wenn es dann so weit ist. Am Ende haben wir beides gemacht. Und das war auch sehr gut.“ (Herr Eridanus)

Für manche Väter war das eigene Fotografiertwerden mit dem Kind ein tastender Annäherungsprozess und eine Möglichkeit, Kontakt herzustellen, den sie sonst aus Angst, Unsicherheit oder Überforderung eher vermieden hätten. Fotografie kann in diesem Sinne als Dokumentation und als Handlung im Abschiedsmoment gerahmt werden. Besonders deutlich

wird dies in der Schilderung von Herrn Volans. Er beschreibt das Fotografieren zunächst als irritierend und befremdlich, bewertet es rückblickend jedoch gerade deshalb als wertvoll, weil es ihn in eine Form der Begegnung mit seinem Kind brachte, der er sich sonst möglicherweise entzogen hätte:

„Das Ganze hat sich irgendwie in dem Moment ziemlich bizarr angefühlt, da für die Kamera zu posieren. Und die Fotos sind schon schön geworden irgendwo. Ich bin auch froh, dass wir sie haben, aber das, was ich jetzt persönlich daran am besten, wenn man von dem Besten in dem Kontext sprechen kann, fand, war, dass es mich so ein Stück weit gezwungen hat, auch noch mal mit der Kleinen zu interagieren, weil ich fast schon, ich will jetzt nicht sagen, Angst hatte, sie zu berühren, aber es war so ein kleines zerbrechliches Wesen mit so dünner Haut, und ich, ja, ich hatte Angst, was kaputt zu machen, was falsch zu machen oder auch generell vielleicht mich einfach damit auseinanderzusetzen. Und für die Fotos hab ich 's dann aber getan und das war eigentlich das, wo ich dann hinterher am frohesten drüber war. Aber ich hätte wahrscheinlich am Anfang gesagt, ich will sie dann gar nicht erst sehen, aber so war 's auf jeden Fall schon besser, um das irgendwo verarbeiten zu können, das Ganze.“ (Herr Volans)

Herr Volans beschreibt an anderer Stelle den Anblick seines Kindes als „ein Bild, was sich wahrscheinlich für immer in mein Gedächtnis eingebrannt hat“. Gerade diese zunächst nicht gewollte Nähe wird im Nachhinein als hilfreich für die Verarbeitung bewertet. Damit verbindet sich die Erfahrung, dass die emotionale Überforderung des Moments einerseits Distanz erzeugen kann, andererseits aber gerade über die praktische Situation des Fotografierens eine Form von Nähe und vorsichtiger Zuwendung erfahren werden konnte.

In anderen Erfahrungen bleibt die Bedeutung von Fotografien ambivalent und ist nicht für alle Väter gleichermaßen entlastend. Zwar wird die anfängliche Scheu in mehreren Schilderungen rückblickend relativiert, doch führt die Zuwendung zu dem Kind über die Fotografie nicht zwangsläufig dazu, sich dem verstorbenen Kind auch im Nachhinein dauerhaft annähern zu können. Herr Musca verweist darauf besonders klar:

„[...] meine Frau wollte, dass ich ein Foto mache, habe ich auch gemacht, aber habe ich schon auch dann weg von meinem Telefon. Das liegt woanders. Das möchte ich auch nicht, ich schaue mir das auch nicht nochmal gerne an.“ (Herr Musca)

Zusammenfassend erscheint Fotografie im Kontext des Abschieds vom Sternkind damit weder als bloße Dokumentation noch als eindeutig hilfreiche Maßnahme. Vielmehr kann Sternenfotografie im Erleben der Väter verschiedene Funktionen erfüllen: Sie kann erstens eine visuelle Vergegenständlichung des Kindes ermöglichen und damit zur Realisierung des Verlusts beitragen. Sie kann zweitens als Rahmen des Kontakts fungieren, der Berührung,

Blickkontakt und vorsichtige Zuwendung im Abschiedsmoment hervorbringt. Und sie kann drittens als zeitlich verschobene Ressource der Erinnerung dienen, deren Bedeutung nicht nur im Augenblick ihrer Entstehung festgelegt ist, sondern sich später erschließt oder auch unausgeschöpft bleibt. Dass manche Väter die Bilder wiederholt betrachten und als „greifbar“ erleben, während andere sie bewusst wegräumen und nicht erneut ansehen möchten, verweist gerade auf diese Mehrdeutigkeit.

4.5.4 Die Klinik als sozial-emotionaler Raum des Abschieds

Die Interviews zeigen sehr deutlich, dass das geburtshilfliche Personal und die klinische Umgebung das Erleben von Geburt und Abschied wesentlich mitprägen. In der vulnerablen Phase rund um die Geburt des Sternenkindes ist es entscheidend, ob sich die Partner in ihrer Mitbetroffenheit, ihrer Trauer und ihrem Schmerz gesehen, informiert und ernst genommen fühlen oder die äußeren Bedingungen zusätzliche Belastung erzeugen. Für die Befragten geht es dabei nicht nur um medizinische Versorgung im engeren Sinn, sondern um die Frage, ob die Klinik einen Rahmen schafft, in dem Abschied überhaupt als persönlicher und würdevoller Prozess möglich wird. Zeit, Ruhe, geschützte Räume und sensible Begleitung erweisen sich als zentrale Voraussetzungen dafür, dass Geburt und Abschied nicht ausschließlich als Überforderung erinnert werden.

In den Interviews wird betont, wie wichtig es ist, dass das Personal die Väter und ihre Partnerinnen bei der Gestaltung des Abschieds aktiv unterstützt. Dabei geht es nicht nur um die medizinische Versorgung, sondern auch darum, Zeit und Möglichkeiten zu geben, das Kind zu sehen, zu berühren, bei sich zu haben und Erinnerungen zu schaffen. Zu den als besonders bedeutsam erlebten Formen klinischer Unterstützung gehören Erinnerungsstücke, die in der Klinik geschaffen oder übergeben werden, etwa Fußabdrücke, Karten, Stoffe oder andere kleine Andenken. Sie werden als greifbares Zeichen dafür erlebt, dass das Kind wahrgenommen wird und Spuren hinterlässt. Solche symbolischen Andenken können eine Brücke zwischen der überwältigenden Situation in der Klinik und der späteren Erinnerung im Alltag schlagen. Ebenso kann das Waschen, Ankleiden oder liebevolle Ansprechen des Kindes durch das Personal wichtig werden, weil es das Kind nicht als bloßen medizinischen Fall, sondern als Sohn oder Tochter sichtbar macht. Herr Caelum berichtet:

„[...] sie hat sich dabei auch mit [ihr/ihm] unterhalten, also die Hebamme hat keinen Unterschied gemacht zwischen der Totgeburt und einer normalen Geburt. Und das hat so ganz viel Normalität trotzdem ausgestrahlt in der Situation.“ (Herr Caelum)

Dass „kein Unterschied“ zwischen Totgeburt und normaler Geburt gemacht wird, wird von Herrn Caelum nicht als Verharmlosung, sondern als Ausdruck von Würde und Anerkennung erlebt.

Ebenso zentral wie die Haltung des Personals sind die räumlichen und zeitlichen Bedingungen der Klinik. Wiederholt betonen die Interviewten, wie wichtig ein geschützter Raum für den Abschied ist. Ein eigenes Zimmer oder ein besonderer Trauerraum ermöglichen es, ungestört Zeit mit dem Kind zu verbringen und sich in Ruhe zu verabschieden. Ein solcher geschützter Raum ist Ausdruck einer Haltung: Die Klinik schafft Bedingungen, unter denen sich die Paare auf ihr Kind und ihren Abschied konzentrieren können. Herr Musca beschreibt dies so:

„Man hat es geschafft, uns einen Raum zu geben, um uns wirklich voll und ganz auf uns zu fokussieren, und [...] dass sich das medizinische Personal sich wirklich dieser Aufgabe annimmt.“
(Herr Musca)

Die wenigen Stunden nach der Geburt haben für viele Väter eine hohe emotionale Dichte: In kurzer Zeit muss realisiert, berührt, betrachtet, fotografiert, getrauert und Abschied genommen werden. Wie wichtig es ist, dafür Raum und Zeit zu bekommen, zeigt auch die Schilderung von Herrn Cetus:

„Nach der Geburt sind wir dann vom Kreißsaal quasi wieder ins Zimmer zurück und haben dann da [...] vielleicht zwei Stunden [unser Kind] bei uns gehabt, um sie zu sehen, wahrzunehmen, zu spüren und auch zu verabschieden [...]. Und wir hatten dann einen Fotografen da, der Bilder gemacht hat [...]. Und dann haben wir natürlich wahnsinnig getrauert, und das war es im Grunde, dann wurde sie mitgenommen und dann irgendwann war der Zeitpunkt, wo wir sagten, wir gehen jetzt nach Hause [...].“ (Herr Cetus)

Als besonders belastend wird dagegen erlebt, wenn der Abschied räumlich in eine Umgebung eingebettet ist, die von Freude, Lebendigkeit und regulären Geburten geprägt ist. Mehrere Befragte beschreiben, wie schwer es auszuhalten ist, wenn sie zeitgleich zu ihrem eigenen Verlust etwa mit Babyschreien oder „glücklichen“ Geburten konfrontiert sind. Ein Einzelzimmer allein reicht dann nicht unbedingt aus, wenn sich die Paare weiterhin mitten auf einer Station mit Lebendgeburten befinden. Die Interviews legen nahe, dass räumliche Trennung hier einen Schutz vor zusätzlicher Belastung darstellt.

In einigen Interviews werden auch Belastungen durch Hürden und Herausforderungen in den Abläufen berichtet. Wenn Dokumente fehlen, Abläufe unklar sind oder Zuständigkeiten nicht funktionieren, wird der Abschied nicht nur gestört, sondern in seiner inneren Logik

unterbrochen. Herr Indrus berichtet von bürokratischen Anforderungen, die in der Situation als belastend erlebt wurden. Besonders drastisch zeigt sich dies bei Herrn Cetus, bei dem es aufgrund fehlender ärztlicher Dokumentation sogar zur Beschlagnahme des Leichnams durch die Staatsanwaltschaft kam. Gerade weil viele Befragte während des Aufenthalts ohnehin eine organisierende Rolle übernehmen, werden diese Schwierigkeiten von ihnen als besonders schwer erlebt und drängen sie in eine funktionale Rolle, obwohl eigentlich Trauer, Begegnung und Abschied im Vordergrund stehen müssten.

Insgesamt zeigt sich, dass die klinische Umgebung und ein reflektierter Umgang des geburtshilflichen Personals wesentlich mitprägen, wie Geburt und Abschied erlebt und erinnert werden. Sensible Kommunikation, respektvolle Begleitung, geschützte Räume, ausreichend Zeit und Angebote zur Erinnerung können dazu beitragen, dass der Abschied als würdevoll und menschlich erfahren wird. Umgekehrt verschärfen unsensible Begegnungen, räumliche Überforderung und bürokratische Störungen die ohnehin hoch belastende Situation. Die Klinik erscheint damit nicht nur als Ort medizinischer Versorgung, sondern auch als sozialer und emotionaler Raum des Abschieds.

4.6 Bestattung und Abschiedsrituale

Bei der Gestaltung von Abschiedsritualen und der Bestattung kommen Trauer, organisatorische Anforderungen, partnerschaftliche Aushandlung und Fragen würdevoller Erinnerung in besonderer Weise zusammen. In den Interviews erweisen sich beide Faktoren als bedeutsame Bestandteile des Trauer- und Verarbeitungsprozesses der Befragten. Die Wahl der Bestattungsform, des Bestattungsortes und der konkreten Gestaltung des Abschieds eröffnet den Befragten und ihren Partnerinnen Möglichkeiten, dem Verlust einen räumlichen, symbolischen und sozialen Rahmen zu verleihen und mit dem Geschehen aktiv umzugehen. Zugleich wird deutlich, dass diese Entscheidungen unter Bedingungen hoher emotionaler Belastung getroffen werden und sowohl entlastend als auch überfordernd erlebt werden können.

Im Folgenden werden zunächst die Wahl der Bestattungsform und des Bestattungsortes sowie anschließend der Umgang mit seinen unterschiedlichen Funktionen für Erinnerung und Besuch betrachtet. Abschließend wird herausgearbeitet, inwiefern Planung und Organisation der Bestattung nicht nur eine Belastung, sondern auch einen bedeutsamen Handlungsraum im Heilungsprozess darstellen können.

4.6.1 Bedeutung von Bestattungsform und Bestattungsort

Die Befragten berichten von sehr unterschiedlichen Beisetzungsorten und -formen. So wurde neben klassischen Friedhofsbestattungen auch ein Friedwald gewählt, und es wurde von anonymen Bestattungen, Gemeinschaftsbestattungen mit anderen still geborenen Kindern oder individuellen Bestattungszeremonien berichtet. Die Entscheidung für oder gegen bestimmte Bestattungsformen und -orte hing dabei unter anderem mit persönlichen Überzeugungen, mit ästhetischem und atmosphärischem Empfinden und der gewünschten räumlichen Nähe zum eigenen Wohnort zusammen.

Vereinzelte bot das jeweilige Krankenhaus an, die Bestattung in Form einer Sammelbestattung oder anonymen Bestattung zu organisieren. Diese Angebote annehmen zu können wurde von einigen Befragten als Entlastung wahrgenommen. Durch diese Unterstützung konnten organisatorische Fragen zunächst in den Hintergrund treten, und die Personen konnten sich stärker mit dem Verlust selbst sowie mit der emotionalen Unterstützung ihrer Partnerin beschäftigen:

„Fairerweise muss man sagen, dass wir zu dem Zeitpunkt, ich würde nicht sagen, dass uns die Beerdigung egal war, aber dass wir so mit anderen Themen beschäftigt waren, dass wir uns zu dem Zeitpunkt noch gar nicht wirklich mit dieser Frage beschäftigen wollten. Uns wurde aber auch gesagt, dass wir uns im Nachhinein nochmal umentscheiden könnten.“ (Herr Vela)

„Das wussten wir ja vorher auch alles gar nicht, das war auch ganz wichtig und gut zu wissen, dass das alles passiert irgendwie, [...]“.“ (Herr Leporis)

Von denjenigen Interviewpartnern, die sich für einen Abschied im Rahmen von Sammel- und Gemeinschaftsbestattungen entschieden hatten, wurde das Gefühl, mit dem eigenen Verlust nicht allein zu sein und den Abschied mit anderen betroffenen Familien teilen zu können, als tröstlich und unterstützend hervorgehoben. Auch ohne persönliche Bekanntschaft entstand in solchen Situationen ein trostpendendes Gefühl geteilter Erfahrung:

„Und das haben wir zu zweit gemacht, auch ohne [Geschwisterkind], weil wir da auch gesagt haben, wir müssen da für uns sein, und [sie/er] versteht es [in ihrem/seinem Alter] eh nicht. Und das waren auch 25 andere Elternpaare, vielleicht 30, die kannten die Geschichten nicht und trotzdem war eine Verbundenheit da. Es war schön, dass man das teilen konnte mit anderen Eltern.“ (Herr Leporis)

Neben der Verbundenheit mit den betroffenen Eltern konnte auch die Vorstellung tröstlich sein, dass das eigene Kind nicht allein ist, sondern gemeinsam mit anderen Sternenkindern bestattet wird, wie Herr Volans beschreibt:

„Wir hatten da auch die Option, das entweder selbst zu organisieren, was wir, was wir jetzt zum einen auch nicht wollten, und zum anderen war die Option, irgendwie dann eine kleine Zeremonie mit anderen Kindern mit ähnlichem Schicksal zusammen zu machen.“ (Herr Volans)

Die Bestattungsform der Sammelbestattung oder Bestattung auf einem Kinderfriedhof war aber nicht für jeden Befragten eine passende Vorstellung. Manche entschieden sich ausdrücklich gegen die Bestattung auf einem Kinderfriedhof, weil ihnen die Atmosphäre dort nicht zusagte. So empfanden manche Interviewten Kinderfriedhöfe mit unterschiedlicher Intensität als hinderlich für den eigenen weiteren Heilungsprozess:

„Und wir haben beide gesagt, das ist jetzt wieder auch sehr persönlich und individuell, aber für uns ist das mehr so ein Spielzeugladen am Ende. Da hingen Poster mit ‚Heute wärst du 18 geworden‘, ‚Heute wärst du 12‘, ‚Alles Gute zum 12. Geburtstag‘. Und es war so eine Atmosphäre, die wir, das wollten wir nicht haben für uns. Weil wir gesagt haben, okay, also wir werden [sie/ihn] immer vermissen, aber wir wollen nicht, dass [sie/er] unser restliches Leben so negativ und dass wir nicht loslassen können. Und wir müssen auch irgendwie für [unsere Tochter/unsere Sohn], für uns selber, irgendwie muss das Leben auch weitergehen. Und diese Vorstellung, man kommt dann zum Friedhof, und das waren nur negative Empfindungen, die wir auf diesem Kinderfriedhof hatten. Wohl wissend, dass das jetzt sehr individuell für uns ist, aber das ist, so haben wir beide gefühlt.“ (Herr Caelum)

Einige Befragte wählten einen Friedwald als Bestattungsort. Diese Entscheidung wurde unter anderem mit dem Wunsch nach einer ruhigeren Atmosphäre sowie nach einem Ort begründet, der nicht ausschließlich mit Trauer assoziiert ist. So hatten auch Herr Indrus und seine Partnerin anfangs einen Friedwald in ihrer unmittelbaren Wohnnähe als Bestattungsort in Betracht gezogen, sich dann aber dagegen entschieden, um eine Distanz zwischen sich und dem Ort der Bestattung zu schaffen und so zu vermeiden, dass der Ort ständig präsent ist. Herrn Indrus ist wichtig, dass der Besuch dort eine „kleine Reise“ (Herr Indrus) notwendig macht.

In einzelnen Fällen spielte auch die symbolische Einbindung des Kindes in bestehende Familienstrukturen eine Rolle, etwa wenn das Kind in einem Familiengrab beigesetzt wurde. Dabei wurde die Vorstellung als tröstlich empfunden, dass das Kind einen Platz innerhalb der Familie hat:

*„Also wir haben dann einen sehr schönen Platz gefunden. Das war dann bei [meiner Oma/meinem Opa, die*r] ein Grab hat und wir durften da quasi dann [sie/ihn] da mit dazu tun. Und das ist jetzt quasi ein Grab von beiden. Aber das ist ein sehr schönes [...].“ (Herr Auriga)*

Die Gestaltung der Bestattung fand in der Regel ausschließlich im engsten Familienkreis oder nur zu zweit statt, teilweise fand unabhängig zur Beisetzung eine kleine Trauerfeier zuhause

statt (beispielsweise Herr Volans). Herr Indrus und seine Partnerin gestalteten ihren Abschied auf die Weise, dass sie sich auf ihr Erleben als Paar zurückzogen, um sich exklusiv zu zweit verabschieden und trauern zu können:

„Und das war auch alles ein Prozess und es war aber auch sehr würdevoll. Also wir haben eine schöne Urne ausgesucht und haben uns schöne Dinge überlegt drumherum, die wir für uns machen, und wir haben niemanden, wir haben vielleicht Leuten gesagt, dass es stattfindet, aber wir haben niemanden dazugebeten. Das ist unser Weg, das sind wir, das ist unsere Entscheidung, das ist unsere Trauer, unser Schmerz, [4 Sekunden Pause] das muss bei uns bleiben.“ (Herr Indrus)

Herr Ursa und seine Partnerin entschieden sich gänzlich gegen einen offiziellen Akt, weshalb die Bestattung an einem geheimen Ort erfolgte, der nur ihnen und ihren Kindern bekannt ist und als „Familiengeheimnis“ (Herr Ursa) bewahrt wird.

Die Bestattung beschrieben die Befragten durchweg als einen bedeutsamen Moment ihres Trauer- und Heilungsprozesses. Sie gab ihnen Raum, sich bewusst Zeit für den Abschied von ihrem Kind zu nehmen und dem Verlust einen symbolischen sowie sozialen Rahmen zu geben. Dabei fungiert die Bestattung beziehungsweise die Abschiedszeremonie nicht nur als formaler Abschluss eines Ereignisses, sondern auch als eine (wie auch immer) ritualisierte Handlung, die den Übergang von der akuten Verlustsituation in eine neue Phase der emotionalen Heilung markiert:

„Und das war für uns ganz wichtig. Ja, dann nochmal wirklich den Abschied zu nehmen, uns die Zeit zu nehmen und auch einen Ort zu haben, zu dem wir mit unseren Kindern fahren können, um uns immer wieder daran zu erinnern.“ (Herr Vela)

„Wir haben [sie/ihn] dann, glaube ich, eine Woche später oder zehn Tage später zu Grabe getragen und haben das so ein bisschen für uns noch gut und sauber abgeschlossen.“ (Herr Musca)

Herr Leporis verdeutlicht eindrücklich, dass der Verlust über den symbolischen Abschluss hinaus Teil der eigenen Lebensgeschichte bleibt und in ihr fortbesteht:

„Das war für uns auch nochmal wichtig, um noch weiter in den Abschluss reinzukommen, ich sage immer Abschluss, aber um nochmal Abschied nehmen zu können. Und wir für uns, sogar auch ich, mit dem Gefühl, was ich am Anfang gesagt habe, wir haben relativ schnell gesagt, dass [sie/er] ein Teil von uns bleiben wird, das hat auch geholfen, also mich nicht dagegen zu wehren oder sich dafür zu öffnen [...]. Es wird auch eine Traurigkeit in uns drinbleiben, es ist gut so oder es soll so sein, da haben wir viel darüber gesprochen.“ (Herr Leporis)

Insgesamt zeigt sich, dass die Wahl der Bestattungsform, des Bestattungsortes und der Rahmung der Beisetzung für die Väter weit über eine organisatorische Entscheidung

hinausgeht. Sie ist eng mit Fragen von Würde, Zugehörigkeit, Erinnerung, Distanz und der Möglichkeit verbunden, dem Verlust einen individuell tragfähigen räumlichen und symbolischen Rahmen zu geben.

4.6.2 Bestattungsort = Erinnerungsort?

Der Bestattungsort kann ein wichtiger Ort der Erinnerung und des Gedenkens sein, gleichzeitig aber auch mit ambivalenten Gefühlen verbunden bleiben. Die Art und Weise, wie Väter mit diesem Ort umgehen, spiegelt auch unterschiedliche individuelle Strategien im Umgang mit Trauer und Erinnerung wider. Manche Interviewpartner heben hervor, wie wichtig es sei, einen Ort zu haben, an dem sie sich an das Kind erinnern können. Herr Vela erwähnt, dass sie einen Erinnerungsort haben wollten. Andere Befragte haben wiederum bewusst eine Distanz zum Wohnort gesucht, um zum Beispiel im Alltag nicht ständig mit dem Verlust konfrontiert zu werden.

Die Besuchsfrequenz am Bestattungsort variiert in den Erzählungen stark und wird von den Befragten unterschiedlich gehandhabt. Manche Väter besuchen den Bestattungsort regelmäßig oder der Friedhofsbesuch ist zu einem festen Ritual mit der Kernfamilie geworden:

„Und das war für uns ganz wichtig, [...] auch einen Ort zu haben, zu dem wir mit unseren Kindern fahren können, um uns immer wieder daran zu erinnern. [...] dass wir jetzt einen Platz haben, wo wir hingehen können, wo [Name des verstorbenen Kindes] liegt. Was jetzt unser Ritual geworden ist, dass wir mit den Kindern zum Friedhof gehen und Blumen mitbringen und dort Zeit verbringen.“ (Herr Vela)

Wieder andere besuchen den Ort nur quartalsweise oder seltener, beispielsweise zu besonderen Anlässen wie Geburtstagen oder wenn sie spontan das Bedürfnis danach verspüren. Mehrere Befragte berichten, seltener dort zu sein, als sie es zuvor gedacht hatten, und führen dies auf eine Mischung aus Vermeidung und alltäglichen Verhinderungsgründen zurück.

„Ja. Besuchen wollen, ehrlicherweise. Das ist eine Sache, die wir uns jetzt zwei, drei Mal vorgenommen haben, zwei, drei Mal nicht gemacht haben, aber definitiv besuchen wollen. Aber das ist jetzt [...], ja, wahrscheinlich auch eine Mischung aus ein bisschen vermeiden, aber es ist auf jeden Fall auch, wir haben uns bewusst für was entschieden, was nicht direkt um die Ecke ist, weil wir in der Betreuungsgruppe für verwaiste Eltern in [Großstadt A], da sind Eltern, die jeden Tag noch zum Grab ihrer Tochter gehen und darüber gefühlt nicht loslassen können. Meine Interpretation, die waren ein halbes Jahr später noch in der gleichen Trauer, wie sie am Tag eins waren, und da bin ich sehr froh, dass wir da ein bisschen distanzierter und weiter in der Verarbeitung sind.“ (Herr Caelum)

„Wir haben es noch nicht wieder hingeschafft. [...] Ich bin fest davon ausgegangen, dass wir da öfter hingehen, und es ging aber auch so [...] Sonntag vielleicht, das kann gut sein, dass ich mit [Pyrit] nochmal bespreche, ich müsste nicht unbedingt, aber ich würde.“ (Herr Leporis)

„Ja, ab und zu. Wir sind da nicht so oft. Wir waren da drei Mal innerhalb von einem Jahr. Plus der Beisetzung. Quartalsmäßig ungefähr. Vielleicht ein bisschen weniger. Man nimmt sich das vor. Klar, wenn jetzt der Geburtstermin ansteht, dann macht man das.“ (Herr Eridanus)

Einige Befragte berichten auch, dass es für sie keinen physischen Erinnerungsort brauche. Für sie funktioniert ein alternativer fester Erinnerungsort daheim am besten, wie etwa Herr Volans erzählt:

„Wir haben uns dann [...] dazu entschieden, keine wirkliche Bestattung machen zu lassen. Das Krankenhaus hat das dann anonym übernommen. [...] da wir beide keine großen Friedhofgänger sind und so einen Erinnerungsort haben wollten, haben wir uns dann für diese anonyme Bestattung entschieden und haben stattdessen so eine kleine Erinnerungsbox uns zuhause hingestellt, in die wir immer wieder reinschauen können.“ (Herr Volans)

Solche Formen fortdauernder Erinnerung, die nicht an den Friedhof oder die Beisetzung selbst gebunden sind, beschreiben auch andere Befragte. Genannt werden neben Erinnerungsboxen etwa Geburtsurkunden, Stofftiere, Karten oder symbolische Gegenstände im privaten Wohnraum. Solche Andenken fungieren als alternative oder ergänzende Erinnerungsorte und machen deutlich, dass Abschied und Gedenken auch im Alltag materiell verankert werden können.

Es zeigt sich, dass die Erinnerung an das Kind nicht unbedingt an einen öffentlichen Gedenkort gebunden ist, sondern auch über private, kontrollierbare und im Alltag integrierbare Formen des Erinnerns aufrechterhalten werden kann.

4.6.3 Verantwortung für die Bestattung als Teil des Heilungsprozesses

Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Bestattungsform war häufig ein intensiver Prozess, in dem sich die Befragten gemeinsam mit ihren Partnerinnen Gedanken über die Bedeutung der Bestattung und über die Wichtigkeit eines Erinnerungsortes machten. Die Möglichkeit, den Abschied aktiv und nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, wurde vielfach als hilfreich empfunden. Gleichzeitig wurden organisatorische Aspekte wie die Suche nach einem geeigneten Ort, die Wahl der Bestattungsform und die Gestaltung von Beisetzung beziehungsweise Trauerfeier auch als intensiv und belastend beschrieben, da dies in einer Phase umgesetzt werden musste, die ohnehin von Trauer, Unsicherheit und emotionaler Überforderung geprägt war. Die Befragten sahen sich mit formalen Abläufen und

Entscheidungsdruck konfrontiert und mussten unter belastenden Bedingungen Entscheidungen für ihr verstorbenes Kind treffen. Herr Caelum und Herr Auriga beschreiben, wie sehr diese Verantwortung erschöpfte:

„Ich habe die Rolle dann übernommen, mich um das ganze Thema Beerdigung zu kümmern. Und das waren die schwersten Gespräche und Telefonate, die ich in meinem Leben bisher geführt habe, war irgendwie, okay, ich muss jetzt irgendwie ein Bestattungsinstitut finden, ich muss entscheiden, wo und wie wir [unsere Tochter/unseren Sohn] bestatten [...]. Das habe ich alles gemacht, und ich weiß noch, das war am Ende solcher Tage, wo ich zwei, drei Telefonate geführt habe und mich danach einfach zu Hause eingekollt habe. Ich kann nicht mehr, ich bin einfach emotional und körperlich durch. Ich war einfach völlig energielos.“ (Herr Caelum)

„Und danach ging eher so das weiter wie, ja, wo wollen wir [sie/ihn] beerdigen und wie finden wir da eine gute Lösung. Das hat natürlich auch nochmal viel Organisation gebraucht und Information, was ist jetzt gut für uns. Und auch zwischen uns in Beziehung, dass wir da irgendwie zu einer Lösung kommen. [...] Und was natürlich auch da so war, war irgendwie, wo finden wir halt einen guten Platz für [sie/ihn] auch. Das war auch nochmal so ein Thema, wo gibt es das überhaupt, welche Friedhöfe bieten sowas an. Und manches ist dann irgendwie auch teuer und so, das ist irgendwie auch noch so eine Frage.“ (Herr Auriga)

Im Fall von Herrn Cetus verschärften sich diese Belastungen zwischenzeitlich zusätzlich durch institutionelle Komplikationen: Weil Unterlagen seitens der Klinik nicht weitergeleitet worden waren, stand zeitweise eine Beschlagnahmung des Leichnams durch die Staatsanwaltschaft im Raum. Die drohende Anklage belastete den ohnehin schwierigen Prozess zusätzlich.

Zwar bedeutete die Übernahme von Planung und Organisation zusätzliche emotionale, rechtliche und organisatorische Belastung, sie eröffnete aber zugleich für viele Befragte aktive Handlungsmöglichkeiten, denen im Trauer- und Heilungsprozess eine wichtige Funktion zukommen konnte. In einer ansonsten überwiegend von Ohnmachtsgefühlen geprägten Situation waren die Befragten durch klar abgrenzbare Aufgaben nicht mehr ausschließlich passiv von dem Geschehen betroffen. Für einige Befragte lag gerade darin eine wichtige Ressource, dass sie Entscheidungen treffen und den Abschied aktiv mitgestalten konnten. Die aktive Übernahme konkreter organisatorischer und praktischer Aufgaben war dabei eine Weise, dem Kind nahe zu sein, handlungsfähig zu sein und dem eigenen Verlust etwas entgegensetzen zu können:

„Aber irgendwie auch so wichtig, weil man kann es so, sozusagen, das ist das Einzige, was man machen kann.“ (Herr Auriga)

Die Bestattung und damit zusammenhängende Aspekte waren in diesem Sinne nicht nur ein organisatorischer Akt, sondern auch ein Prozess, in dem sich emotionale Verarbeitung und praktische Gestaltung eng miteinander verschränkten. Den Befragten erschienen die hohen Anforderungen rückblickend nicht allein als Belastung, sondern oft zugleich als bedeutsamer Teil ihres individuellen Trauer- und Heilungsprozesses. Damit erweist sich auch die Organisation der Bestattung für manche Väter als ein Handlungsraum, in dem sie ihre Vaterrolle praktisch ausüben und sich ihrem Kind gegenüber fürsorglich und verantwortlich positionieren konnten. So lehnte etwa Herr Caelum einen Bestattungstermin ab, weil dieser auf den eigentlichen Geburtstermin seines Kindes gefallen wäre und dies für ihn kein angemessener Umgang mit seinem Kind war:

„Am Ende wurden wir auch angerufen [...]. Ihr könnt am nächsten Termin teilnehmen, das wäre der [Datum vier Monate nach Abbruch] gewesen, was im Endeffekt ein verschobener Geburtstermin von [ihr/ihm] hätte sein sollen. Da habe ich gesagt, ich mache keine Beerdigung [meiner Tochter/meines Sohnes] am eigentlichen Geburtstermin.“ (Herr Caelum)

Herr Ursa beschreibt, sein Kind selbst im Sarg zum Bestattungsinstitut gefahren und es als Akt der Würde, des Respekts und der Liebe empfunden zu haben:

„Ich habe dann mein Kind, im Sarg, zum Beerdigungsinstitut gefahren. Wir durften das. Normalerweise darf man das in Deutschland nicht, keine Chance. Wir durften es, aus irgendeinem Grund, und für mich hat das einfach mit Würde was zu tun. Mit Würde, mit Respekt, mit Liebe. Das ist mein Auftrag, das zu tun, das zu machen.“ (Herr Ursa)

Auch Herr Auriga schildert mehrere Situationen, in denen er sein Kind selbst sowohl zur Obduktion als auch zur Bestattung begleitet, gebracht oder abgeholt hat:

„Und ich habe irgendwie immer versucht, dann möglichst viel selber zu machen. Das war so eine Möglichkeit, wie ich damit umgehen kann. [...] Auch wenn es natürlich eigentlich so, ich dachte, ich schaffe es nicht. Aber dann auch zum Beispiel bei der Beerdigung, habe ich [sie/ihn] dann auch abgeholt.“ (Herr Auriga)

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Bestattungsorganisation für viele Befragte zu einem zentralen Handlungsraum wird, der ihnen Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit zurückgibt und in dem sich Vaterrolle und -identität im Kontext von Verlust konkret und praktisch vollziehen.

4.7 Bewältigungsstrategien und Unterstützung durch das Umfeld

In diesem Abschnitt stehen weitere Strategien und Prozesse im Mittelpunkt, mit denen die Befragten auf die Krisensituation des Spätabbruchs reagieren, Handlungsmacht zurückgewinnen und das Erlebte emotional, kognitiv und sozial verarbeiten. Dazu gehören (1) die Unterstützung durch Freunde und Familie als wichtige stabilisierende Ressource sowie (2) die Arbeit beziehungsweise die Rückkehr an den Arbeitsplatz, die sowohl entlastend als auch ambivalent erlebt wird und einen Schritt zurück in die Normalität darstellen kann.

Rückzugsorte und Ablenkung, etwa durch (3) Sport, Hobbys oder handwerkliche Tätigkeiten, helfen zudem, die hohe emotionale Anspannung zu regulieren. Darüber hinaus sind für die Verarbeitung und Integration in die (reproduktive) Biografie auch (4) eine Neuausrichtung der eigenen und partnerschaftlichen Zukunftsplanung sowie die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch bedeutsam.

Grundsätzlich hängen der Umgang mit Trauer, Verlust und Abschied ebenso wie die jeweiligen Bewältigungsstrategien von vielfältigen partnerschaftlichen, sozialen und familiären Rahmenbedingungen ab. Auch individuelle Resilienzen sowie biografische Erfahrungen mit Trauer, Abschied und Tod prägen den Verarbeitungsprozess.

4.7.1 Unterstützung durch Freundschaften und Familie

Insgesamt hatten Freund*innen und Familienmitglieder für alle Interviewten eine wichtige unterstützende Funktion, sowohl bei der Orientierung und Entscheidungsfindung als auch im Abschieds- und Trauerprozess. Bedeutsam war, dass einzelne Personen präsent, erreichbar und nicht verurteilend waren. Zugleich führten fehlendes Verständnis, befürchtete moralische Verurteilung oder die Sorge, andere mit der Situation zu belasten, dazu, dass soziale und familiäre Kontakte teilweise nur selektiv oder gar nicht einbezogen wurden. Unterstützung war somit nicht allein davon abhängig, ob Kontakte vorhanden waren – entscheidend war, ob diese als tragfähig, passend und entlastend erlebt wurden.

Der Kontakt zu guten Freund*innen spielte für viele Väter eine wichtige Rolle und wurde manchmal als bedeutsamer und unkomplizierter erlebt als der Kontakt zu Familienmitgliedern. Besonders relevant waren Freundschaften in der Zeit zwischen der ersten medizinischen Auffälligkeit und der Entscheidung für den Spätabbruch. Dies galt insbesondere dann, wenn einzelne Freund*innen über themenspezifische medizinische Expertise und Erfahrungen mit Spätabbrüchen verfügten. Sowohl ihr Wissen über die Situation als auch ihre Einbindung wurden dann als besonders hilfreich erlebt. Einige

Interviewpartner berichten, mit engen Freund*innen offen über das Erlebte gesprochen zu haben, um die Geschehnisse zu verarbeiten und Gedanken zu teilen:

„Wir haben klar und offen kommuniziert, was es ist, was es war, warum. [...] Natürlich nicht mit jedem. Aber mit dem engen Umfeld und den guten Freunden haben wir ganz klar und offen darüber gesprochen. Weil sowas, glaube ich, zu teilen [...], und wenn Menschen dann mit einem sind, [ist] auch irgendwie wichtig.“ (Herr Musca)

Andere betonen dagegen, dass Freund*innen und andere Menschen in ihrem sozialen Umfeld häufig nicht wussten, wie sie reagieren sollten, mit dem Thema überfordert waren oder ihm auswichen:

„Es fällt mir wirklich schwer, überhaupt jemandem nahezubringen, was sich da abspielt. Emotional, das ist schwierig. Ich habe das auch noch nicht oft gemacht [...]. In meinem Umfeld scheut das jeder. Die wollen das nicht wissen.“ (Herr Indrus)

„So ganz kann es ja keiner nachvollziehen. Das weiß man ja auch schon, während man mit Leuten redet und telefoniert. Man hält da selber ja auch ein Stück weit sich zurück, in dem Moment. Weil man schon weiß, man will ja auch den anderen nicht überfordern damit. Wenn man das alles so im Detail ..., wäre es auch überfordernd.“ (Herr Auriga)

Entsprechend wurden enge soziale Kontakte, obwohl sie grundsätzlich als stabilisierend eingeschätzt wurden, teilweise nicht oder nur eingeschränkt einbezogen, weil die Befragten ihnen diese Bürde nicht auferlegen wollten. Zudem wurde die Sorge geäußert, moralisch verurteilt oder nicht verstanden zu werden. Ein Kompromiss bestand darin, je nach Person zu differenzieren, welche Details oder Hintergründe mitgeteilt wurden:

„Man merkt sehr schnell, wem man was wie erzählt. Am Anfang will man es vielleicht auch gar nicht irgendjemandem erzählen. Natürlich erzählt man es verschiedenen Leuten in verschiedenen Detailgraden. [...] Im einfachsten Fall erzählt man einfach nur, wir haben unser Kind verloren. Die meisten fragen dann nicht nach.“ (Herr Eridanus)

Neben ihrer Funktion als Gesprächspartner*innen waren Freundschaften auch deshalb relevant, weil sie zeitweise Distanz und Ablenkung von dem belastenden Geschehen ermöglichten. Die Betroffenen suchten ihre Freund*innen auf oder wurden von ihnen besucht, um über andere Dinge zu sprechen und vorübergehend aus dem belastenden Gedankenkarussell herauszutreten. Sie berichten von wichtigen Freundschaften, in denen (generell) nicht viel über Gefühle gesprochen wird, sondern über technische, alltägliche oder banale Themen. Diese Freund*innen waren ein Gegenüber, das Normalität, Unterbrechung und soziale Entlastung ermöglichte. Herr Ursa führt beispielsweise einen Freund an, mit dem

er sich auf technische Themen konzentrierte, um sich von seinen Emotionen abzulenken. Eine weitere wichtige Form der Unterstützung bestand aus schlichter Anwesenheit und Zuhören:

„Es gab genug Jungs, die mit mir dann auf dem ... Ich saß nicht immer alleine auf dem Balkon, [...] es war immer jemand da, und es hat immer irgendjemand gefragt.“ (Herr Musca)

Als potenziell unterstützende Familienmitglieder wurden ausschließlich Eltern und Geschwister genannt; entferntere Familienmitglieder wurden nicht erwähnt. Ähnlich wie bei Freund*innen nahm die Unterstützung durch Familienmitglieder unterschiedliche Formen an. Teilweise waren sie eine emotionale und praktische Hilfe bei der Verarbeitung des Geschehenen oder zum Beispiel bei der Trauerfeier im kleinen Kreis anwesend. Elterliche und geschwisterliche Unterstützung war für die Befragten dort bedeutsam, wo sie konkrete Entlastung bot und das Paar in der Bewältigung der Situation praktisch mittrug. Eine wichtige Form der familiären Unterstützung war die Übernahme der Kinderbetreuung während medizinischer Untersuchungen oder alltägliche Hilfe bei der Aufrechterhaltung des Familienalltags. So reisten beispielsweise die Eltern eines Befragten aus 800 Kilometer Entfernung an, um das Enkelkind während des Klinikaufenthalts zu betreuen. Ein anderer erzählte von der wertvollen Unterstützung durch seine Schwester:

„Meine Schwester, die hat uns unfassbar unterstützt und war einfach da. Auch während der Geburt war sie da, [...] für den Fall, dass wir angerufen hätten. [...] Und das war schon ganz toll, [...] dass sie zu jedem Zeitpunkt greifbar war, wenn etwas gewesen wäre. Oder sie dann auch auf [unser Kind] aufgepasst hat, währenddessen wir zur Untersuchung waren.“ (Herr Cetus)

Zugleich werden auch im familiären Kontext Ambivalenzen sichtbar. Familiäre Beziehungen sind nicht für jeden Befragten und auch nicht durchgängig eine Ressource, sondern konnten auch enttäuschen oder zusätzlichen Anpassungsbedarf erzeugen.

„Um die Themen tiefer zu besprechen [...], war das irgendwo nicht der richtige Kontext. [...] Natürlich haben die dann einmal zugehört, vielleicht auch zweimal zugehört, aber das ist natürlich relativ schwer für Außenstehende, Unbetroffene, dieses zu verstehen. [...] Besonders bei meiner Frau, wo der Heilungsprozess länger gedauert hat als bei mir, wurde dann eher Unverständnis teilweise gespiegelt, warum das dann immer noch ein Thema ist.“ (Herr Volans)

In Einzelfällen wurden Eltern sogar als potenziell belastender Kontakt erlebt und deshalb bewusst auf Distanz gehalten oder nur eingeschränkt involviert. So schildert Herr Ursa die Reaktion eines Elternteils während der Schwangerschaft, die dazu führte, den Kontakt zu den Eltern zu reduzieren:

„Das ist eine Familie, [...] wenn alles gut läuft, wunderbar. Aber wenn es Probleme gäbe, reden wir nicht drüber [...]. Deswegen könnten die nicht damit umgehen. [...] während der Schwangerschaft mit [Kind, kam] so eine SMS von der Mutter. So, ihr belastet mich mit eurem Thema. Das war dann so, dass meine Frau gesagt hat, okay, wir werden dich nie wieder belasten in deinem Leben.“ (Herr Ursa)

Andere Interviewpartner berichten hingegen von stabilisierenden Erfahrungen, einem Ausbleiben moralischer Verurteilung und gemeinsamer Trauer:

„Und das hat auf jeden Fall geholfen, das irgendwo zu verarbeiten, dass dann sowohl ihre Eltern als auch meine Eltern da waren.“ (Herr Volans)

„Also ich habe mich natürlich einfach schon an meine Familie gewandt. Also [meine Schwester/mein Bruder] würde mir da schon am ehesten einfallen und auch von [meiner Frau] die Eltern. Die waren, ja, die waren wirklich, [...] die waren wirklich auch nochmal sehr spürbar für uns da und haben auch mitgetrauert und so.“ (Herr Auriga)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Freundschaften und Familie insbesondere dann als tragfähige Ressource erlebt wurden, wenn sie situativ passende Formen von Unterstützung anbieten konnten: als zuhörende und nicht wertende Gesprächspartner*innen, als praktisch Helfende, als fachlich informierte Bezugspersonen oder als Quellen von Ablenkung und Normalität. Die Unterstützung durch das nahe soziale Umfeld wurde je nach Situation unterschiedlich genutzt. Ihre Bedeutung lag weniger in einer durchgehend verfügbaren emotionalen Nähe als vielmehr in ihrer flexiblen Rolle zwischen Mittragen, Entlasten und punktueller Stabilisierung.

4.7.2 Zwischen „Schein-Normalität“ und Stabilität: die Rückkehr zur Arbeit

Ein Großteil der Befragten ist zeitnah und deutlich früher als ihre Partnerin wieder an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt. Für einige stellte die Arbeit eine Möglichkeit dar, ein gewisses Maß an Struktur, Ablenkung und Alltagsnormalität aufrechtzuerhalten oder zurückzugewinnen. Andere erlebten die Rückkehr in den Beruf als zusätzliche An beziehungsweise Überforderung oder haben diese bewusst aufgeschoben. Ein Befragter beschreibt die ambivalente Erfahrung, durch die Arbeit schnell eine „Schein-Normalität“ wiederherzustellen und durch berufliche Themen „sehr schnell abgelenkt“ gewesen zu sein (Herr Vela). Ein anderer schildert, dass er den „Alltag als Stabilisator“ gebraucht habe und sich über die Arbeit ein „stabiles Konstrukt von davor“ in sein Leben geholt habe, was ihm geholfen habe, seinen „Weg zurückzufinden“ (Herr Indrus). Ein dritter berichtet, dass er nach mehreren Wochen der Arbeitsunfähigkeit irgendwann wieder „Ablenkung“ gebraucht habe

(Herr Leporis). Die Rückkehr in die Arbeit erfolgte auch aus dem Bedürfnis und dem Anspruch heraus, weiterhin die finanzielle Stabilität der Familie zu sichern.

Demgegenüber berichten andere Interviewpartner, dass ihnen die Arbeit in der akuten Situation nicht gutgefallen habe. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz war für sie herausfordernd oder zeitweilig emotional nicht leistbar. Herr Indrus beschreibt, dass er gemerkt habe, „unter der Last [...] zusammenzubrechen“. Er lässt sich krankschreiben und bewertet dies rückblickend als „beste Entscheidung“. Auch Herr Auriga erlebt die Frage, ab welchem Zeitpunkt arbeiten wieder möglich ist, als „total schwierig“. Sein erster Versuch habe gezeigt, „es geht gar nicht“, die Situation sei „einfach überfordernd“. In ähnlicher Weise beschreibt Herr Cetus, dass er nach der Rückkehr zur Arbeit bemerkt habe, „noch nicht so fit“ zu sein, und sich erneut habe „rausnehmen“ müssen.

Als besondere Zumutung werden schwierige Aushandlungsprozesse mit den Arbeitgebenden oder berufliche Konflikte in der ohnehin hoch belasteten Situation erlebt. Herr Musca schildert seine Kündigung kurz vor der Totgeburt als massive Enttäuschung und zusätzliche Belastung, die Wut und Fassungslosigkeit in ihm ausgelöst habe. Er sei tagsüber mit den „Vater-Problemen“ und abends mit den „Versorger-Problemen“ beschäftigt gewesen.

Ob die Berufstätigkeit in der Krise entlastend oder belastend wirkt, hängt auch davon ab, ob den Befragten am Arbeitsplatz Verständnis und Unterstützung entgegengebracht wurde. Ein Befragter, der im engen Kolleg*innenkreis offen über seine Situation gesprochen hat, erlebte daraufhin „sehr viel Unterstützung“ und konnte sich die Zeit nehmen, die er brauchte (Herr Vela). Ein anderer beschreibt eine hilfreiche Absprache mit seiner Arbeitsstelle, die ihm ermöglichte, nur so viel zu arbeiten, wie es ihm möglich war.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Berufstätigkeit im Kontext eines späten Schwangerschaftsabbruchs für die Väter eine ambivalente Ressource darstellt: Sie kann in einer von Kontrollverlust und emotionaler Überforderung geprägten Situation Struktur, Ablenkung und ein Mindestmaß an Normalität bieten, zugleich aber auch mit Pflichtgefühl, Versorgerrolle und Funktionsdruck verbunden sein oder zur Überforderung werden. Entscheidend ist dabei weniger die Arbeit selbst als ihre subjektive Passung, die Möglichkeit zur Flexibilität sowie das Ausmaß an Verständnis und Unterstützung im beruflichen Umfeld.

4.7.3 Bewegung, Hobbys, Rückzugsräume

Die Frage, „wie viel Zeit habe ich, um mich selber zu kümmern, mich abzulenken, um selber Sport zu machen“ und „was kann ich für meine Frau tun“ (Herr Caelum), beschäftigte

verschiedene Interviewte. Neben sozialer Unterstützung und therapeutischen Angeboten beschreiben sie verschiedene Praktiken des Rückzugs und der Ablenkung, mit denen sie auf die Belastung reagierten. Genannt werden insbesondere Sport und körperliche Anstrengung, Hobbys, handwerkliche oder kulinarische Tätigkeiten, Medienkonsum sowie kleinere selbstgewählte Routinen. Diese Praktiken, Rückzugsorte und Tätigkeiten dienen dabei nicht der Verdrängung, sondern funktionieren als Formen der Selbstregulation und Stabilisierung in einer emotional hoch beanspruchenden Situation. Sie unterbrechen belastende Gedanken, bauen Anspannung ab, stellen Struktur her und helfen dabei, ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeit zurückzugewinnen.

Als besonders hilfreich, um sich aus dem inneren Druck der Situation herauszubewegen und Stress abzubauen, werden Sport und Bewegung beschrieben. Ein Befragter ist „jeden Tag entweder laufen [gegangen]“ oder einer anderen körperlich fordernden Sportart nachgegangen, um „einfach rauszukommen [und sich] ablenken“ zu können und „mal nicht an Sachen denken“ zu müssen (Herr Caelum). Mehrere Befragte beschreiben, „relativ viel Sport“ gemacht zu haben, und ordnen dies als „Form von Bewältigung“ ein (Herr Leporis). Die körperliche Anstrengung schafft ein Gegengewicht zur psychischen Überlastung. Darüber hinaus ermöglichen selbstgewählte sportliche Aktivitäten ein Gefühl von Selbstfürsorge und Eigensteuerung: So reflektiert Herr Caelum, sein Sportprogramm habe rückblickend nicht nur ihm selbst, sondern auch dem „System Familie“ gutgetan, weil es wieder Energie in das System gegeben habe.

Ein Befragter engagiert nach einer Phase der Kraftlosigkeit gezielt einen Privatcoach, um sich zu motivieren und zu seinen regelmäßigen sportlichen Routinen zurückzufinden. Er beschreibt dies als einen Weg, wieder „Struktur“ in sein Leben zu bringen, nachdem dies „komplett eingebrochen“ sei.

„Ich habe einfach die Kraft nicht mehr gehabt, morgens zum Sport zu gehen. Eigentlich bin ich ein Morgensportmensch. Wenn ich morgens Sport mache, dann ist der Tag tausendmal besser, als wenn ich morgens verratte [...]. Aber ich hatte einfach diese Kraft morgens nicht mehr.“ (Herr Musca)

Wenn sportliche Aktivität ein Teil des Selbstverständnisses ist, ermöglicht ihre Wiederaufnahme, an ein positives Selbstbild anzuknüpfen, und gewinnt damit eine identitätsstiftende Funktion.

Neben sportlicher Betätigung werden auch Hobbys und andere Tätigkeiten als selbstgewählte Rückzugsräume genannt, die den Fokus verengen, Konzentration binden und einen zeitlich begrenzten Raum schaffen, in dem die Betroffenen bei sich selbst sein können. Herr Ursa

beschreibt eine spezielle kulinarische Praxis, die für ihn einen ähnlichen Effekt hatte „wie eine längere Radtour“. Herr Musca erzählt, er habe auf dem Balkon Sportvideos angeschaut, um „in andere Welten“ zu kommen. Solche Praktiken fungieren als kontrollierte Unterbrechung, in der die Belastung und der Verlust für einen Moment nicht im Zentrum steht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich in den Interviews eine Spannung zwischen Rückzug und Verantwortlichkeit zeigt: Zeit für Selbstfürsorge, etwa durch Sport oder Ablenkung, steht häufig im Konflikt mit dem Anspruch, für die Partnerin verfügbar zu sein. Rückzug wird so zu einem Aushandlungsprozess zwischen eigener Entlastung und Fürsorge. Insgesamt erweisen sich Rückzugsräume und Ablenkung als wichtige Ressource, um Belastung zu dosieren und in der Krisensituation handlungsfähig zu bleiben.

4.7.4 Neuorientierung, die weitere Familienplanung und der unerfüllte Kinderwunsch

Abschließend geht es um Perspektiven und Handlungsformen, mit denen die Interviewpartner versuchen, trotz des Verlusts neue Orientierung zu gewinnen, Hoffnung aufrechtzuerhalten oder veränderte Zukunftsentwürfe zu entwickeln. Der Versuch der Bewältigung und Integration des Spätabbruchs in die reproduktive Biografie zeigt sich auch in partnerschaftlichen Aushandlungsprozessen über die Fortsetzung, Unterbrechung oder Beendigung der Familienplanung.

Wünsche nach Veränderung und Pläne für einen Neuanfang sind ein starker Motivator, um schwierige Zeiten zu überwinden und neue Wege zu finden:

„Nach dem Ganzen sind wir [aus der Wohnung] ausgezogen. Das haben wir bewusst gemacht. Das hat auch damit zu tun. Wir haben gewusst, wir brauchen Veränderungen. [...] Mit diesen schwierigen Zeiten, die wir dort auch immer hatten, wollten wir da auch raus.“ (Herr Auriga)

Ein Befragter führt aus, wie er Kraft aus der Neuausrichtung seiner Berufskarriere und der Priorisierung des Familienlebens gewinnt. Dadurch kann er mit der Schwere des Erlebten, mit bleibendem Schmerz oder Trauer umgehen und sich auf die Zukunft konzentrieren:

„Ich freu mich jetzt auch, dass wir [ein paar Jahre auf einen anderen Kontinent] gehen. Habe mich jetzt erst mal gegen Karriere entschieden und für Familie. [...] Jetzt bin ich Familienvater. Nur Familienvater, Führungszeichen. Was ganz andere Herausforderungen sind und ganz andere Belastungen. Da freue ich mich extrem drauf. [...] Ich habe da einfach gesagt, ganz ehrlich, das Leben ist zu kurz. [...] Und darauf freue ich mich. [...] Und dann kommt man, mit einem solchen Riesenrückschlag, kommen wir dann doch besser klar.“ (Herr Musca)

Ein weiterer Ansatz besteht darin, den Fokus auf die bereits vorhandenen Kinder und den gegenwärtigen Stand der eigenen Familienplanung zu richten. Dabei deutet sich an, dass der „Status quo“ der bestehenden Familienkonstellation für manche Interviewpartner zu einem wichtigen Bezugspunkt wurde, um den Verlust biografisch einzuordnen. In den folgenden Zitaten wird exemplarisch deutlich, dass Glück, Dankbarkeit und ein neues Gefühl von Wertschätzung für die schon vorhandenen Kinder und die bestehende Familie dabei helfen, die Trauer über den Verlust in eine veränderte Sicht auf ihr Leben zu integrieren:

„Da fiel es mir ein bisschen leichter, von dem Zukunftsbild abzuweichen und zu sagen, wir haben [unser Kind], wirklich das große Glück, sonst weiß ich auch nicht, wie ich damit umgegangen wäre. Wir haben [unser Kind] und sind superglücklich zu dritt als Familie. Das hat mir geholfen.“ (Herr Leporis)

„Dankbar zu sein für das, was wir haben: zwei gesunde Kinder, eine wunderbare Familie. Ich [habe] wirklich eine neue Brille aufgesetzt bekommen, auf das Leben. Wir wünschen [uns], dass es so erstmal weitergeht. Und wir nicht irgendwann wieder, wie das häufig der Fall ist, irgendwann dann auch wieder im Alltagsdetail das nicht mehr so wertschätzen können.“ (Herr Vela)

Die Frage, wie genau ein Spätabbruch in die reproduktive Biografie eingeordnet wird, hängt auch damit zusammen, ob es Fehlgeburten gab, ob es Kinder gibt, ob die Zeugung mit reproduktionsmedizinischer Hilfe erfolgte oder ob nach dem Spätabbruch noch Schwangerschaften und Geburten erfolgten. Acht der zehn Befragten haben zum Zeitpunkt des Interviews Kinder. Es scheint naheliegend, dass diejenigen, die bereits vor dem Spätabbruch oder auch danach Kinder bekommen haben, eine andere Perspektive auf das Erlebte einnehmen können als diejenigen, deren Kinderwunsch eventuell ganz unerfüllt bleibt.

Bei den geschilderten Überlegungen, die Familienplanung fortzuführen, zu pausieren oder zu beenden, werden verschiedene Aspekte wie Alter, emotionale Belastung und veränderte Zukunftsvorstellungen abgewogen. Trotz der negativen Erfahrungen bleibt der Wunsch nach einem Kind oft bestehen, wird aber von Hürden und Ängsten überschattet. Gleichzeitig wird die Vorstellung geäußert, dass ein weiteres Kind zur „Heilung“ (Herr Ursa) beitragen würde.

„Danach war das Thema, okay, wir brauchen noch mal ein, wir möchten noch mal ein lebendes Kind. Weil so ist die Geschichte nicht vollkommen. Zum Thema der Heilung, ein eigenständiges Kind.“ (Herr Ursa)

Mit dem Wunsch nach einem weiteren Kind gehen jedoch häufig ambivalente Gefühle, teilweise auch erhebliche Ängste einher. Besonders die Furcht vor einem erneuten Verlust

und die Vorstellung einer weiteren Schwangerschaft in permanenter Sorge führen dazu, dass Zukunftsorientierung nicht als ungebrochene Hoffnung erscheint, sondern als vorsichtiges, mit Sorgen durchzogenes Weiterdenken:

„Es kommen mehr Ängste mit rein, [in] die ganze Gleichung. Was passiert, wenn das nochmal – also kommen wir da nochmal durch –, wenn das nochmal passiert? Kann [meine Partnerin] diese emotionale Lage, nochmal neun Monate unter Anspannung, schafft sie das, wie schafft sie das? [...] Der Wunsch ist noch da, aber die Hürde ist immer hoch. Das hat sich enorm aufgebaut.“ (Herr Caelum)

Die Angst vor einem erneuten Verlust sowie die Ungewissheit während der Schwangerschaft können dazu führen, dass die Familienplanung aus Sorge oder aus Gründen der Selbstfürsorge vorerst pausiert oder abgeschlossen wird. So setzten sich einige Paare ein zeitliches Limit für den Kinderwunsch, um sich vor weiteren emotionalen Belastungen zu schützen. Herr Leporis und seine Partnerin beschlossen etwa, nach mehreren Fehlgeburten eine Pause einzulegen; mit dem Risiko, dass sie aufgrund ihres Alters die Familienplanung nach noch „ein, zwei Versuche[n]“ möglicherweise beenden müssten:

„Nach einer Fehlgeburt kam schnell der Kinderwunsch wieder auf, gefolgt von einem weiteren frühen Abbruch. Dies führte zur Erkenntnis, dass eine Pause zur Verarbeitung und Selbstfürsorge nötig war, um den Verlust zu bewältigen.“ (Herr Leporis)

Diejenigen Partner, die nach dem Spätabbruch eine Folgeschwangerschaft erlebten, beschreiben, dass diese von erhöhter Angst, starker Anspannung und einer neuen Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt geprägt war. Die frühere Unbeschwertheit weicht einem ausgeprägten Bewusstsein für die Risiken, mögliche Komplikationen und die Fragilität eines positiven Schwangerschaftsverlaufs:

„Natürlich war bei [der Folgeschwangerschaft] immer die Sorge, dass nochmal sowas passiert. Und ehrlich gesagt, als ich sie dann im Arm hatte, im Krankenhaus, sie rauskam und lebte, war aber erst mal so, jetzt habe ich keine Sorge mehr. Diese Angst und Sorge [war] in anderer Form, natürlich anders als beim allerersten Kind. Wenn man das einmal mitgemacht hat, [weiß man,] es kann ja immer irgendwas passieren. Das ist schon eine große Sorge, durch die Fehlgeburt oder die stille Geburt, also die Fehlgeburt. Das wird auch beim nächsten Kind so sein. Das wird, glaube ich, nie weggehen.“ (Herr Musca)

In den Folgeschwangerschaften, von denen berichtet wurde, haben die Paare ein erhöhtes Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit: Sie zählen die Wochen, beobachten Veränderungen besonders aufmerksam, nehmen vermehrt Ultraschalluntersuchungen in Anspruch oder suchen Spezialist*innen auf. Sie erleben starke Nervosität bei Untersuchungen, insbesondere

beim ersten und zweiten Screening, und beschäftigen sich mit der Frage, wie viel pränatale Diagnostik nötig ist, um diese Nervosität zu verringern. So berichtet Herr Eridanus, dass er und seine Partnerin sich in einer nachfolgenden Schwangerschaft bewusst gegen bestimmte Formen der Pränataldiagnostik entschieden hätten, um sich nicht zu verunsichern, zugleich aber auf regelmäßige Ultraschalluntersuchungen und das Vertrauen in die behandelnden Ärzt*innen gesetzt hätten.

Insgesamt wird deutlich, dass zukunftsorientiertes Denken und Handeln im Kontext eines späten Schwangerschaftsabbruchs keine lineare Bewegung in Richtung „Abschluss“ oder „Überwindung“ darstellt, sondern als ambivalente Form der Bewältigung verstanden werden kann. Hoffnung, Ängste, Akzeptanz, Vorsicht und Neuorientierung stehen nebeneinander und die Betroffenen versuchen, dem Erlebten einen Platz in ihrer Biografie zu geben sowie Möglichkeiten zu entwickeln, mit dem Verlust weiterzuleben, ohne ihn aus ihrer Lebensgeschichte auszuschließen.

5. Handlungsempfehlungen für die Praxis

Zusammenfassend zeigt sich, dass werdende Väter im Kontext eines späten Schwangerschaftsabbruchs sowohl emotional als auch organisatorisch stark beansprucht sind, ihre Bedürfnisse in der Versorgung bislang jedoch teilweise unzureichend berücksichtigt werden. Für eine empathische und wirksame Begleitung ist es entscheidend, beide Partner*innen explizit anzusprechen und auch den Partnern ausreichend Raum für eigene Emotionen und Trauer zu geben. Gleichzeitig sollten organisatorische Abläufe zuverlässig, nachvollziehbar und möglichst individuell anpassbar gestaltet werden. Niedrigschwellige, flexible und digital ergänzte Angebote sowie eine proaktive Vernetzung zu Hebammen, Beratungsstellen oder Trauergruppen stellen gerade auch für Partner potenziell wichtige Ressourcen dar. In der Interviewstudie waren zudem die Themen Abschied, Bestattung und Bewältigung für die Befragten sehr zentral, vor allem unter dem Fokus, eigene Handlungsspielräume zu eröffnen und Stabilität zu schaffen. Fortbildung und Enttabuisierung in allen beteiligten Berufsgruppen – unter medizinischen, geburtshilflichen, psychosozialen und therapeutischen Fachkräften – sind notwendig, um die Rolle der Partner wahrzunehmen, ambivalente Gefühle anzuerkennen und eine umfassende Begleitung zu gewährleisten.

Nachfolgend finden sich einige Handlungsempfehlungen, die sich aus den Ergebnissen ableiten lassen:

Adressierung: Die vorgestellten Ergebnisse verdeutlichen die Wichtigkeit der expliziten Ansprache der Partner als Trauernde vonseiten der Fachpersonen. Dies betrifft die konkrete Ansprache im Kontakt („Wie geht es Ihnen in Ihrer Rolle?“), aber auch zur Verfügung gestellte Informationsmaterialien und Unterstützungsangebote.

Aktive Einbindung in Entscheidungen: Partner sollten, soweit gesetzlich und ethisch möglich, aktiv in den Entscheidungsprozess eingebunden werden. Dies umfasst das transparente Aufzeigen medizinischer Optionen, möglicher Risiken und organisatorischer Abläufe, um Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

Wartezeiten und Koordination: Die Zeitspanne zwischen Entscheidung zum Abbruch und Durchführung muss so kurz wie möglich gehalten werden beziehungsweise den individuellen Wünschen der Betroffenen entsprechen. Zudem bedarf es einer verlässlichen Kommunikation bei Testergebnissen und einer gesicherten Logistik für Erinnerungsstücke wie die Sternenfotografie.

Vernetzung: Gynäkologische Praxen und Kliniken sollten proaktiv Kontakte zu spezialisierten Hebammen, Beratungsstellen, Therapeut*innen sowie Trauergruppen herstellen. In der emotional herausfordernden Zeit der Entscheidung für einen Abbruch und des Abschieds von einer Schwangerschaft wird dies als sehr entlastend erlebt.

Niedrigschwellige, flexible Beratungs- und Gruppenangebote: Beratungsangebote sollten sich verlässlich auch an (mit)betroffene Partner/Elternteile richten. Trauergruppen sollten flexibler auf Neuzugänge reagieren und eine verlässliche Organisation garantieren. Es sollte digitale wie analoge Angebote geben, die sich explizit an Partner beziehungsweise zugehörige Personen richten.

Langfristige Begleitung: Beratung und Unterstützung sollten nicht nur während der Entscheidung und des Abbruchs erfolgen, sondern auch in der Wochenbettphase, Trauerarbeit oder bei der weiteren Familienplanung. Zurückgegriffen werden kann in diesem Kontext auch auf bereits vorhandene Ressourcen, etwa zur angemessenen Trauerbegleitung von Eltern nach Schwangerschaftsverlust oder -abbruch durch beteiligte Ärzt*innen (zum Beispiel Muin 2024: 561).

Sensibilisierung und Fortbildung: Um eine adäquate Versorgung und empathische Kommunikation zu erreichen, ist eine Reflexion der eigenen moralischen Werte zum Thema später Schwangerschaftsabbruch für alle beteiligten Berufsgruppen notwendig. Hier sollte explizit darauf geachtet werden, auch die Rolle der Partner beziehungsweise mit-betroffenen Elternteile zu reflektieren und thematisieren. Fachkräfte sollten erkennen und mitbedenken, dass Partner ihre Emotionen möglicherweise erst später ausdrücken oder unterdrücken. Schulungen und Leitlinien sollten dies explizit berücksichtigen.

6. Limitationen der Studie und Schlusswort

Bei einer qualitativen Interviewstudie zu einem so hochsensiblen Thema wie dem Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation aus der Partnerperspektive ergeben sich spezifische methodische und inhaltliche Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten:

Kleine Stichprobe: Aufgrund des zeitlich und finanziell begrenzten Umfangs der Untersuchung konnten lediglich zehn Männer befragt werden, was die Generalisierbarkeit der Befunde stark einschränkt.

Self-Selection-Bias: Die Teilnehmenden haben sich freiwillig für die Studie gemeldet, wodurch es möglich ist, dass besonders interessierte oder besonders belastete Personen überrepräsentiert sind.

Fehlende Differenzierung nach demografischen Merkmalen: Alter, Dauer der Partnerschaft oder andere sozioökonomische Faktoren wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Begrenzte Kontextualisierung: Die Einbettung des Schwangerschaftsabbruchs in die gesamte reproduktive Biografie der Befragten konnte nur ansatzweise erfasst werden.

Homogenes Sample: Die Stichprobe bestand überwiegend aus *weißen*, gut gebildeten und eher bürgerlichen Cis-Männern. Differenzierungen nach Migrationshintergrund oder sexueller Identität waren daher nicht möglich.

Erinnerungsverzerrungen: Da der berichtete Schwangerschaftsverlust in einigen Fällen mehrere Jahre zurückliegt, können retrospektive Verzerrungen die Angaben beeinflussen.

Soziale Erwünschtheit: Die Befragten könnten dazu tendiert haben, sich in den Interviews als unterstützend oder solidarisch darzustellen. Ambivalente Gefühle, Wut auf die Partnerin oder Zweifel an der Entscheidung könnten aus Angst vor Bewertung zurückgehalten worden sein.

Zudem konnten aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen die hier vorliegenden Daten nicht systematisch in Zusammenhang mit den Befunden aus der PsyMeV-Studie (Böhm et al. 2025) analysiert werden.

Unsere Stichprobe umfasst nur einen bestimmten Ausschnitt aller Paare/Frauen, die von einem späten Schwangerschaftsabbruch nach einer medizinischen Indikation betroffen sind. Es handelt sich ausschließlich um Paare, die diese Schwangerschaft gewünscht oder sogar

geplant hatten und in einer bestehenden (heterosexuellen) Partnerschaft leben. Und es handelt sich bei der Stichprobe ausschließlich um Personen mit der Erfahrung von Spätabbrüchen nach einem pränataldiagnostischen Befund.

Andere Schwangere, die sich beispielsweise aus medizinischen Gründen, die die Frau betreffen, aus psychiatrischen Gründen oder aus einer psychosozialen Notlage heraus um eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bemühen, oder deren Partner, wären für ein Forschungsvorhaben sicher schwerer zu gewinnen, da sie nicht nur medizinisch schlechter versorgt und unter anderem dadurch beraterisch schlechter erreichbar sind, sondern sich auch noch stärker mit Scham und Schuldgefühlen in einem tabuisierten Bereich auseinandersetzen müssen. Die Vermutung, dass ein unterstützender Partner hier häufiger fehlt, liegt nahe.

Diese Limitationen verdeutlichen, dass die Ergebnisse primär explorativ sind und eine Erweiterung durch größere, diversere Stichproben sowie längsschnittliche Ansätze sinnvoll wäre.

Zukünftige Forschung sollte diese Lücken aufgreifen, etwa durch größere und diversere Stichproben, die auch unterschiedliche Altersgruppen, Partnerschaftsdauern, kulturelle Hintergründe sowie sexuelle Identitäten einbeziehen. Auch die Befragung von Paaren, die einen gemeinsamen Schwangerschaftsverlust erlebt haben, könnte aufschlussreich sein, da sie Einsichten in gemeinsame Entscheidungsprozesse, wechselseitige Unterstützung und die Dynamik der Bewältigung eines späten Schwangerschaftsabbruchs vertiefen könnte. Längsschnittliche Designs könnten darüber hinaus die Entwicklung emotionaler Bewältigungsprozesse über die Zeit hinweg erfassen und die Einbettung des Schwangerschaftsabbruchs in die gesamte reproduktive Biografie detaillierter beleuchten. Auch methodische Zugänge, die soziale Erwünschtheit reduzieren und ambivalente Gefühle stärker erfassen, wären wünschenswert.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Perspektive der Partner in der Versorgung nach einem späten Schwangerschaftsabbruch bislang zu wenig berücksichtigt wird und systematisch stärker in Forschung und Praxis einbezogen werden sollte. Der vorliegende Bericht sollte dazu beitragen, ihre Erfahrungen im Verlauf der Entscheidung für einen späten Schwangerschaftsabbruch, ihr Erleben der medizinischen und psychosozialen Begleitung sowie ihre Trauer- und Bewältigungsprozesse etwas sichtbarer und besprechbarer zu machen.

Quellen und Literatur

- Achtelik, K. (2022): Emanzipative Selbstbestimmung? Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik im Spannungsfeld zwischen Individualismus und Gesellschaftskritik. In: Fröhlich, M., Schütz, R., Wolf, K. (Hrsg.): Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder: 101–112. Bielefeld: Transcript.
- Alexopoulos, J., Tmej, A., Naderer, A. et al. (2024): Men don't cry: The supporting role as necessary for women's well-being after termination of pregnancy. In: Int J Gynecol Obstet. 2024; 164: 1205–1211.
- Böcker, J. (2022): Der Wandel zur Anerkennung von Fehl- und Totgeburt als Geburt eines Kindes. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie; 47/1: 59–82.
- Böhm, M., Baer, J., Walsch, J. (2025): Zum Erleben der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon aus Sicht Betroffener (PsyMeV). pro familia dokumentation. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 30.3.2026).
- Böhm, M., Nitzsche, R., Walsch, J. (2022): „Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon“ (KAST). Abschlussbericht des Forschungsprojekts. pro familia dokumentation. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 30.3.2026).
- Böhm, M., Nitzsche, R., Walsch J. (2021): Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon – eine explorative Erhebung zur aktuellen Versorgungslage. In: Z Sexualforsch 2022; 35: 160–165.
- Charbonnier, R. (2008): Schwangerschaftsabbrüche: Individual-, organisations- und sozialethische Überlegungen aus theologischer Perspektive. In: Wewetzer, C., Wernstedt, T. (Hrsg.): Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts: 66–85. Frankfurt am Main: Campus.
- Destatis 2025: [Link zu den Daten](#) [Zugriff: 30.3.2026].
- Flechter, R. J., StGeorge, J., May, C. (2014): Fathers' prenatal relationship with 'their' baby and 'her' pregnancy – implications for antenatal education. In: International Journal of Birth and Parent Education; 1/3: 23–27.
- Gläser, J., Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Grussmann, M., Naderer, A., Tordy, K. et al. (2023): Termination of pregnancy for fetal malformation: A traumatic event? A qualitative analysis of women's perception. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; 69/1: 36–55.
- Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (2024): Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. [Link zum Bericht](#) [Zugriff: 30.3.2026].
- Kuckartz, U., Rädiker S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. Weinheim: Beltz Juventa.
- Locock, L., Alexander, J. (2006): 'Just a bystander?' Men's place in the process of fetal screening and diagnosis. In: Social Science & Medicine; 62/6: 1349–1359.
- Meuser, M. (2012): Vaterschaft im Wandel. Herausforderungen, Optionen, Ambivalenzen. In: Böllert, K. (Hrsg.): Mutter+Vater=Eltern? Sozialer Wandel, Elternrolle und soziale Arbeit: 71–82. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Muin, D. A. (2024): Der späte intrauterine Fruchttod. In: Kaisenberg, C. von, Klaritsch, P., Hösli-Krais, I. (Hrsg.): Die Geburtshilfe: 557–579. 6. Aufl. Berlin: Springer.
- Rohde, A., Woopen, C., Gembruch, U. (2007): Entwicklungen in der Pränataldiagnostik. In: Zeitschrift für Familienforschung; 20/1: 62–79.
- Simon, A. (2008): Später Schwangerschaftsabbruch und passive Sterbehilfe beim Neugeborenen: Moralische Dilemmata zur Lebensfähigkeit. In: Wewetzer, C., Wernstedt, T. (Hrsg.): Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts: 57–65. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Wehling, A. (2021): Männer im Schwangerschaftskonflikt. Erfahrungen nach einem beunruhigenden pränatalen Befund. Bielefeld: Transcript.
- Wewetzer, C., Wernstedt, T. (2008): Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Frankfurt am Main: Campus.
- Wewetzer, C., Winkler, M. (2013): Beratung schwangerer Frauen. Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Pränataldiagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wetterauer, C., Schürmann, J., Winkler, L. et al. (2025): How to deal with the criterion of severe mental distress for late termination of pregnancy? A scoping literature review and a content analysis of clinical ethics consultations. In: BMC Med Ethics; 26/1: 45.

Wulf, C. (2012): Die Geburt als Übergangsritual vom Mann zum Vater. In: Baader, M., Bilstein, J., Tholen, T. (Hrsg.): Erziehung, Bildung und Geschlecht. Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies: 415–426. Wiesbaden: Springer VS.

www.profamilia.de/Publikationen

