

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

2011

Bachelorarbeit
Hochschule Luzern
Soziale Arbeit

Psychische und soziale Folgeerscheinungen nach einem Schwangerschaftsabbruch

Einsatz der Salutogenese in der
Sozialen Arbeit



Sonja Wildhaber

Susanne Wipf

Astrid Wyss

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2006 - 2011**

Namen: Sonja Wildhaber, Susanne Wipf, Astrid Wyss

**Psychische und soziale Folgeerscheinungen nach einem
Schwangerschaftsabbruch**

Einsatz der Salutogenese in der Sozialen Arbeit

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im Januar 2011 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2011

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

ABSTRACT

Trotz Annahme des straflosen Schwangerschaftsabbruchs im Jahre 2002 in der Schweiz werden neue Volksinitiativen lanciert, welche die Auseinandersetzung mit der Thematik durch kontroverse Diskussionen der Pro- und Kontra-Parteien antreiben. Diese politischen Debatten motivierten uns, uns mit dem Thema des Schwangerschaftsabbruchs näher zu beschäftigen. Dabei wird der Fokus nicht auf den Abbruch und die Folgeerscheinungen gerichtet, unter denen Frauen leiden können, sondern auf den salutogenetisch orientierten Problemlösungsprozess in der Beratung der Sozialen Arbeit.

Daher steht nicht die Frage im Vordergrund, weshalb Frauen nach einem Abbruch in ihrem psychischen und sozialen Wohlbefinden beeinträchtigt sein könnten, sondern die Frage, was Frauen nach diesem unerwarteten und einschneidenden Lebensereignis gesund hält.

Die Erkenntnis, dass Risiko- und Schutzfaktoren, die bereits vor dem Abbruch bestanden, sowie ein fehlendes Kohärenzgefühl die Gesundheit einer Frau beeinflussen können, bilden die Grundlage für das Verfahren im Problemlösungsprozess. Das Ziel ist es, mit geeigneten Interventionen das psychische und soziale Wohlbefinden der betroffenen Frauen wiederherstellen zu können.

1 Einleitung	9
1.1 Ausgangslage	9
1.2 Motivation	10
1.3 Fragestellungen und Zielsetzung	10
1.4 Schwerpunkt und Grenzen dieser Bachelorarbeit.....	11
1.5 Berufsrelevanz und Adressatenschaft	11
1.6 Aufbau der Arbeit.....	12
2 Grundlagen und Fakten zum Schwangerschaftsabbruch	13
2.1 Schwangerschaftsabbruch	13
2.2 Entwicklung der Gesetzgebung in der Schweiz	14
2.3 Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz	16
2.4 Aktuelle Gesetzgebung.....	17
2.5 Beratung	18
2.6 Gründe für eine Abtreibung	19
2.7 Methoden des Schwangerschaftsabbruches	21
2.8 Medizinische Risiken	21
3 Psychische und soziale Auswirkungen	22
3.1 Häufigste Reaktionen – Zahlen und Fakten.....	22
3.2 Das Post-Abortion-Syndrom (PAS).....	26
3.3 Fazit.....	29
4 Theoriebezüge	31
4.1 Konzept der Salutogenese	31
4.2 Kohärenzgefühl und Stressbewältigung	32
4.3 Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit und Stress.....	35
5 Bewältigungsstrategien nach dem Schwangerschaftsabbruch	39
5.1 Risikofaktoren	39
5.2 Schutzfaktoren.....	42
5.3 Fazit.....	44
6 Problemlösungsprozess in der Sozialberatung	45
6.1 Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie.....	45
6.2 Phase I: Faktenorientierung/Situationsanalyse.....	47

6.3	Phase II: Werte- und Problemorientierung	47
6.4	Phase III: Lösungsorientierung	48
6.5	Phase IV: Verfahrensentscheidung	49
6.6	Phase V: Evaluation	50
7	Problemlösungsprozess nach Schwangerschaftsabbruch (SSA)	51
7.1	Phase I: Faktenorientierung nach SSA	51
7.2	Analyse des Kohärenzgefühls	52
7.2.1	Analyse der Risiko und Schutzfaktoren	56
7.2.2	Erklärungshypothese	63
7.3	Phase II: Werte- und Problemorientierung nach SSA	66
7.3.1	Prognoseentwicklung	67
7.3.2	Bewertung	70
7.4	Phase III: Lösungsorientierung nach SSA	74
7.4.1	Zielsetzung	75
7.4.2	Handlungsplanung	82
7.5	Phase IV: Verfahrensentscheidung nach SSA	97
7.6	Phase V: Evaluation nach SSA	97
8	Schlussfolgerungen für die Profession	100
9	Abschliessende Gedanken und Ausblick	103
10	Literatur- und Quellenverzeichnis	104

Die gesamte Arbeit wurde gemeinsam von den Autorinnen Sonja Wildhaber, Susanne Wipf, Astrid Wyss verfasst.

ANHANG

A – Fragebogen zum Kohärenzgefühl	107
---	-----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz	16
Abbildung 2: Strafgesetzbuch: Art. 120 Abs. 1	18
Abbildung 3: Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz	19
Abbildung 4: Darstellung überwiegende Risikofaktoren	39
Abbildung 5: Darstellung überwiegende Schutzfaktoren	40
Abbildung 6: Darstellung Risiko- und Schutzfaktoren	44
Abbildung 7: Luzerner Handlungsmodell (2009).....	46
Abbildung 8: Belastungen und Anforderungen halten sich die Waage	98
Abbildung 9: stete Überforderung	98
Abbildung 10: stete Unterforderung	99

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Risiko- und Schutzfaktoren	38
Tabelle 2: Risikofaktoren	41
Tabelle 3: Schutzfaktoren	43
Tabelle 4: Risikofaktoren und Fragestellung.....	59
Tabelle 5: Schutzfaktoren und Fragestellung	63
Tabelle 6: Erklärungshypothese	66
Tabelle 7: Erklärungshypothese und Prognoseentwicklung	70
Tabelle 8: Problembeschrieb nach Geiser.....	70
Tabelle 9: Zielsetzung nach SSA.....	77
Tabelle 10: erster Transformativer Dreischritt.....	80
Tabelle 11: zweiter Transformativer Dreischritt	85
Tabelle 12: dritter Transformativer Dreischritt.....	88
Tabelle 13: Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Comprehensibility	90
Tabelle 14: Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Meaningfulness	90
Tabelle 15: Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Manageabilityl	94
Tabelle 16: Interventionsplan bei Zwängen und Druck.....	95
Tabelle 17: Interventionsplan bei fehlender sozialer Unterstützung:	96



DANK

Wir bedanken uns bei allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Unser Dank geht an:

- Anne-Marie Rey, Expräsidentin SVSS und Sekretärin APAC-Suisse, für die kompetente Beantwortung unserer Fragen und das Zustellen relevanter Unterlagen.
- Käthi Vögtli, Fachexpertin Beratung Konfliktschwangerschaft und Dozentin der Hochschule Luzern für Soziale Arbeit, für das Fachpoolgespräch und die guten Inputs für unsere Arbeit.
- Claudia Wyrsh, Leiterin der Fachstelle Elbe (Ehe-, Lebens- und Schwangerschaftsberatung) in Luzern, für das interessante Interview über Beratungssituationen und Beratungsabläufe.
- Simone Villiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Luzern für Soziale Arbeit, für die fachliche Unterstützung bezüglich der Richtlinien für wissenschaftliches Arbeiten.
- Selma Koch, Dozentin der Hochschule Luzern für Soziale Arbeit, für das Fachpoolgespräch und die kritische Betrachtung der Methodik.
- Cordula Schürmann für die kritische Sichtung und das Lektorat unserer Arbeit.
- Wir danken uns gegenseitig für eine ausserordentlich angenehme und konstruktive Teamarbeit.



1 EINLEITUNG

1.1 Ausgangslage

Vielfach sind Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, psychisch sehr belastet. Risikofaktoren auf der Mikro-, Meso- sowie auf der Makroebene, können solche Belastungen auslösen oder begünstigen. Parallel verfügen die betroffenen Frauen auf diesen Ebenen über Schutzfaktoren, die sie zur Stärkung ihres Wohlbefindens aktivieren können. Dadurch können negative psychische und soziale Auswirkungen reduziert oder sogar eliminiert werden.

Häufig sind es ungünstige psychosoziale und sozioökonomische Verhältnisse, die eine schwangere Frau dazu bringen, sich für einen Abbruch zu entschliessen. Ein Schwangerschaftsabbruch ist für die Frau eine Stresssituation. Bei fehlenden eigenen Ressourcen und Überforderung hat sie die Möglichkeit eine Beratungsstelle aufzusuchen.

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Handlungsplanung in der Beratung der Sozialen Arbeit gerichtet. Die Interventionsplanung stützt sich auf das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Diese Theorie wird gewählt, weil ein Schwangerschaftsabbruch, im pathologischen Sinne nicht zwingend als belastend zu bezeichnen ist. Die Theorie überzeugt, da sie davon ausgeht, dass sich Menschen zeitlebens auf einem fließenden Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewegen. In den Gesundheitswissenschaften hat sich auf der Basis des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky eine Sichtweise entwickelt, die neben Belastungen und Risiken auch Ressourcen und Schutzfaktoren eine wesentliche Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden beimisst. Diesbezüglich wird das Risiko/Schutzfaktoren-Modell aus der Studie Gesundheitsförderung Schweiz (2005) als eine Weiterentwicklung des salutogenetischen Konzeptes nach Aron Antonovsky, im Beratungsteil stark gewichtet.

In dieser Bachelorarbeit soll das theoretische Konzept der Salutogenese in die Beratung eingebunden werden. Es empfiehlt sich für die Handlungsplanung in der Disziplin der Sozialen Arbeit. Vor allem soll es anregen und dazu verhelfen die Frauen, die an psychischen und sozialen Folgeerscheinungen nach einem Schwangerschaftsabbruch leiden, in der Beratung zu stärken ihre Probleme selber zu lösen. Das Konzept soll einerseits zur Gesundheitsförderung der Frau und andererseits zur Qualität der Beratung beitragen.



1.2 Motivation

Der Artikel „Schluss mit bezahlten Abtreibungen?“ stand am 3. Februar 2010 im Tagesanzeiger. Dem Text war zu entnehmen, dass christlich-konservative Kreise verlangen, dass Frauen in Zukunft ihre Abtreibung selbst bezahlen müssen. Aus diesem Grunde haben diese Gruppen die Absicht, eine Volksinitiative zu lancieren. Gemäss CVP Kanton Solothurn ist jede Abtreibung zu viel. Diese Aussage wird mit dem ethischen Argument ergänzt, dass die Grundversicherung nicht missbraucht werden darf, um Leben zu vernichten. Trotz Annahme des straflosen Schwangerschaftsabbruchs werden immer wieder neue Volksinitiativen lanciert, welche die Auseinandersetzung mit der Thematik zwischen den „Pro-“ und „Kontra-“ Parteien antreiben. Die heftigen und nicht sehr objektiven Diskussionen in den Medien, verunsichern Frauen immer wieder von neuem und belasten sie in ihrer Entscheidungsfindung zusätzlich. Die geplante Volksinitiative weckte das Interesse der Autorinnen, sich mit dem Schwangerschaftsabbruch und den Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit der betroffenen Frauen näher auseinanderzusetzen. Ihre Motivation liegt im professionellen Kontext der Sozialen Arbeit, die Frauen so zu unterstützen, dass sie partizipativ ihr gesundheitliches Gleichgewicht wieder erlangen können.

1.3 Fragestellungen und Zielsetzung

Im Verlauf der Arbeit werden, basierend auf der oben beschriebenen Ausgangslage, die folgenden Fragen beantwortet:

- Was für psychische und soziale Auswirkungen kann ein Schwangerschaftsabbruch haben?
- Welche Schutz- und Risikofaktoren sind relevant für die Erhaltung des psychischen und sozialen Wohlbefindens nach einem Schwangerschaftsabbruch?
- Wie kann das psychische und soziale Wohlbefinden der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch gemacht haben, wiederhergestellt werden?

Diese Arbeit setzt sich mit dem Kontext auseinander, in dem sich die Frauen befinden, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen liessen. Die Bachelorarbeit stützt sich auf relevante Theorieelemente aus Literatur- und Studienrecherchen.

Ziel der Arbeit ist die Beratung für die Klientinnen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben, so gestalten zu können, dass ihr psychisches und soziales Wohlbefinden gestärkt werden kann. Folglich besteht die Absicht eine Interventionsplanung, die auf der Basis des salutogenetischen Konzeptes gründet, praxistauglich auszuarbeiten.



1.4 Schwerpunkt und Grenzen dieser Bachelorarbeit

In dieser Arbeit wird die Beratungsmethodik der Sozialen Arbeit fokussiert. Die Handlungsplanung in der Beratung stützt sich auf das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky.

Für die Autorinnen stehen strukturelle Ursachen auf der Mikro- und Mesoebene im Vordergrund. Über die Motivation und Gründe von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, gibt es nur spärlich Literatur und wenig empirisch valide Untersuchungen. Eine soziologisch und psychologisch fundierte Eruiierung der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch würde den Umfang dieser Arbeit sprengen und wird aus diesem Grund nur am Rande erwähnt. Das Zusammenspiel und die Potenzierung sozialpsychologischer Argumente sind wenig erforscht. Deshalb stützen sich die Autorinnen auf Literatur, die Erfahrungsberichte von betroffenen Frauen schildert, die nach einem Schwangerschaftsabbruch durch psychische und soziale Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden leiden.

In dieser Arbeit wird keine systemische Sichtweise eingenommen. Zudem wird weder die Stellung des abgetriebenen Embryos, noch die des Kindsvaters beleuchtet. Genauso wenig wird auf die sich daraus ergebende Komplexität der Vernetzung und der Interaktionsmuster eingegangen. Die Konfliktschwangerschaftsberatung bleibt nur am Rande Thema dieser Arbeit.

1.5 Berufsrelevanz und Adressatenschaft

Die Soziale Arbeit übernimmt eine wichtige Aufgabe bei der Gesundheitsfürsorge, Prävention und Gesundheitsförderung. Sie unterstützt Gesunde und Kranke, damit sie ihre alltagsbezogene Balance wieder gewinnen können. Sie klärt auf, berät und aktiviert bei den Klientinnen und Klienten die individuellen und sozialräumlichen Ressourcen. Dabei spricht Monika Köppel (2003) den salutogenetischen Ansatz nach dem Konzept das Antonovsky entwickelte an (S.30).

Die Salutogenese ist heute aus der Gesundheitswissenschaft nicht mehr wegzudenken. Köppel (2003) spricht sogar von einem Paradigmenwechsel. Sie hält fest, dass der Begriff der Gesundheit in der Medizin mit Aufhebung von Krankheit einhergeht. Mit anderen Worten das Kernthema der Medizin war eine Diagnose zu stellen und somit nach der Krankheit zu fragen, um die Gesundheit wieder herzustellen. Antonovsky stellt jedoch die Frage - vereinfacht ausgedrückt - was macht den Menschen gesund? (S.21).

Das salutogenetisch orientierte Arbeiten muss als sozialpädagogischen Auftrag verstanden und in der Handlungsplanung der Praxis integriert werden.



Die Soziale Arbeit kann in verschiedenen Berufs- und Problemfeldern mit belasteten Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch in Kontakt kommen, sei es in einer Ehe- und Familienberatungsstelle, in einem Sozialdienst, in der Sozialhilfe oder auf einer spezifischen Fachstelle. Die Sozialarbeitenden werden je nach Situation der Klientinnen indirekt oder direkt mit dem Thema konfrontiert. Es geht darum, den betroffenen Frauen mit Respekt zu begegnen und ihre Autonomie hoch zu werten. Eine wichtige Aufgabe der Sozialarbeitenden liegt zudem darin, die Gesundheit und das soziale Umfeld der Klientinnen ganzheitlich zu betrachten und zu beurteilen. Die körperliche, psychische und soziale Gesundheit soll in der Beratung im Vordergrund stehen.

Die Arbeit richtet sich an alle Sozialarbeitenden in den verschiedenen Berufsfeldern. Die Arbeit soll weiter allen Betroffenen, Studierenden und Interessierten zugänglich gemacht werden.

1.6 Aufbau der Arbeit

Nachfolgende Bachelorarbeit ist in neun Kapitel gegliedert. In Kapitel eins wird auf die Ausgangslage sowie die Motivation für diese Arbeit eingegangen. Des Weiteren werden darin die Ziele, Schwerpunkte und Grenzen der Arbeit erläutert. Kapitel zwei klärt über die aktuelle Gesetzesgrundlage auf und dokumentiert anhand von diversen Studien die psychischen und sozialen Auswirkungen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Im dritten Kapitel werden die psychischen und sozialen Auswirkungen und die häufigsten Reaktionen bei der Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch an Hand von Zahlen und Fakten erforscht. Das Post-Abortion-Syndrom wird näher untersucht und die Erkenntnisse der psychischen und sozialen Folgen nach Schwangerschaftsabbruch dargelegt. Kapitel vier enthält die Einführung in die theoretischen Grundlagen und beschreibt das Konzept der Salutogenese sowie das Risiko-Schutzfaktoren-Modell. Kapitel fünf fügt das Wissen aus Kapitel zwei über die Gesetzgebung und die psychischen Folgeerscheinungen nach einem Schwangerschaftsabbruch in den verschiedenen Ebenen des Risiko- Schutzfaktorenmodells zusammen. Im sechsten Kapitel wird das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie, das Luzerner-Modell erklärt. An Hand dieses Modells wird im siebten Kapitel die Interventionsplanung in der Beratung von Frauen nach dem Schwangerschaftsabbruch dargestellt. Die Schlussfolgerungen für die Profession der Sozialen Arbeit und die abschliessenden Gedanken zu dieser Arbeit werden in den letzten Kapiteln acht und neun beschrieben.



2 GRUNDLAGEN UND FAKTEN ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Das Kapitel zwei gibt einen Einblick in die gesetzliche Entwicklung des Schwangerschaftsabbruches in der Schweiz. Die aktuelle Gesetzgebung wird daraufhin zitiert. In diesem Segment werden zudem die verschiedenen Abbruchmethoden beschrieben.

2.1 Schwangerschaftsabbruch

Michèle Minelli (2000) besagt, unter einem Schwangerschaftsabbruch versteht man die absichtliche Entfernung, oder die Herbeiführung zur Ausstossung einer ausserhalb des Mutterleibes noch nicht lebensfähigen Embryo. Der Embryo wird von der Gebärmutter entfernt, dies dient der Beendigung einer unerwünschten oder der Gesundheit der Frau gefährdenden Schwangerschaft. Ein Schwangerschaftsabbruch ist ein operativer Eingriff und kann in Spitälern, ambulant oder stationär, oder bei dafür ausgebildeten Ärzten oder Ärztinnen in der Praxis durchgeführt werden. Weitere für diesen Eingriff verwendete Begriffe sind: Abtreibung, Abort, Interruption oder Abbruch (S.81).

Gemäss Christian Fiala (2009) löst die Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft für die meisten Frauen eine Krise aus, auch wenn das Ausmass der Krise sehr unterschiedlich ist. Betroffene Frauen sind in nur kurzer Zeit darauf angewiesen von Beratungsstellen die nötigen Informationen zu erhalten, auch wenn der eigene Entscheid für den Abbruch bereits gefällt ist. Diese Suche nach Informationen wird durch einige Besonderheiten deutlich erschwert:

- Die Informationen betreffen einen intimen Bereich des Lebens, der in unserer Gesellschaft stark tabuisiert ist.
- Die Schwangerschaft ist in einigen Fällen nicht das Ergebnis einer sozial akzeptierten Beziehung, weshalb die Schwangerschaft nicht bekannt werden darf.
- Das soziale Umfeld der Frau, aber auch Professionelle aus Sozialberufen reagieren nicht selten mit moralischer Verurteilung, Verweigerung von Hilfe oder gar irreführenden Informationen.
- Die benötigten Informationen sind sehr umfangreich und komplex. Gefragt sind Informationen zum Abbruch, zu den Methoden und weiteren Adressen von Beratungsstellen.
- Die anstehende Entscheidung hat grosse Auswirkungen auf das eigene soziale Umfeld, auf zentrale zukünftige Lebensbereiche und ist nicht rückgängig zu machen.



- Mit dem Partner ist eine zweite Person direkt betroffen und in die Entscheidung mehr oder weniger mit einbezogen.

In der Gesellschaft stösst die Abtreibung oft auf Ablehnung und Verurteilung. Der Blick auf die Entwicklung der Gesetzgebung macht diese Reaktion nachvollziehbar.

2.2 Entwicklung der Gesetzgebung in der Schweiz

Anne-Marie Rey (2007, S. 424 - 439) zeigt die Entwicklung der Gesetzgebung von 1889 bis 2007 auf. Für die Schweiz sind die folgenden Veränderungen relevant:

1889: Die Abtreibung wird in der Schweiz durch kantonale Strafgesetze geregelt und sieht von 2 Monaten bis zu fünf Jahren Gefängnisstrafen vor. Besonders Abtreibungen in der Ehe werden streng bestraft. Einige Kantone kennen den straflosen Schwangerschaftsabbruch, wenn das Leben der schwangeren Frau auf dem Spiel steht. Genf erlaubt einen Abbruch, wenn dieser medizinisch angezeigt ist und grösseres Unheil für das entstehende Kind und die Mutter vermeiden kann.

1898: Der Bundesrat gibt den Auftrag zur Vereinheitlichung des Strafrechts schweizweit. Das neue Gesetz ist jedoch noch keine Verbesserung in Bezug auf die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches. Die Gefängnisstrafe von bis zu fünf Jahren bleibt nach wie vor bestehen. Das Volk nimmt die Vereinheitlichung des Strafrechts an und übergibt die Zuständigkeit dem Bund.

1902 und 1906: Die Ärzteschaft fordert die explizite Erwähnung der Straflosigkeit im Gesetz bei ärztlich indizierten Schwangerschaftsabbrüchen.

1911: Die SP verlangt die Fristenlösung, folglich die Straflosigkeit der Abtreibung in den ersten drei Monaten.

1912: Der Verein zürcherischer Rechtsanwälte fordert einen straffreien Abbruch in den ersten ein bis zwei Monaten. Dieser Antrag wird von der Schweizerischen Gynäkologischen Gesellschaft abgelehnt.

1912 bis 1916: Der Anspruch der SP für eine Fristenlösung wird mit grosser Mehrheit abgelehnt. Die Ärzteschaft bringt ihren Vorschlag ganz knapp durch. Infolge werden ärztlich indizierte Abtreibungen straflos, wenn Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren besteht. Auch sollen Abtreibungen legal sein, wenn die Schwangerschaft durch eine Straftat entstanden ist.

1942: Das Strafgesetzbuch tritt in Kraft.

1971: Im März beschliesst der Bundesrat, das Strafgesetzbuch (StGB) einer umfassenden Revision zu unterziehen. Am 19. Juni wird die Volksinitiative für die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs lanciert und am 1. Dezember eingereicht.



1973: Der Schweizerische Verein für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS) wird gegründet. Die Expertinnen- und Expertenkommission unterbreitet dem Bundesrat drei Lösungsvorschläge.

1976 und 1977: Die SVSS reicht eine Fristenlösungsinitiative ein, diese wird mit 51,7 % Nein-Stimmen vom Volk knapp verworfen. Gegen das Bundesgesetz ergreift sowohl die progressive als auch die konservative Seite das Referendum. Das Gesetz schränkt die liberale Praxis mehrerer Kantone ein.

1980: Die Initiative "Recht auf Leben" wird eingereicht. Sie verlangt den Rechtsschutz "von der Zeugung bis zum natürlichen Tod".

1981: Die Kantone werden gesetzlich verpflichtet, Schwangerschaftsberatungsstellen einzurichten. Gleichzeitig werden die Krankenkassen zur Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruches verpflichtet.

1985: Im November beschliesst der Bundesrat, die Initiative "Recht auf Leben" abzulehnen. Er unterbreitet einen Gegenvorschlag, dessen Wortlaut dem Entwurf für die Totalrevision der Bundesverfassung entnommen ist.

1983 bis 1985: National- und Ständerat verwerfen nicht nur die Initiative "Recht auf Leben", sondern auch den Gegenvorschlag. Die Initiative wird mit 69% Nein-Stimmen vom Volk verworfen.

1993: Das Parlament reicht eine Initiative zur Revision des Strafgesetzes ein. Sie verlangt den straflosen Schwangerschaftsabbruch in den ersten Monaten der Schwangerschaft (Fristenlösung). Wenn das Leben der Schwangeren gefährdet ist oder wenn die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihrer physischen oder psychischen Gesundheit besteht, soll der Abbruch auch nach Ablauf der Frist erlaubt sein,

1999: Die Abtreibungspille Mifegyne® (RU 486) erhält Zulassung in der Schweiz und wird ein Jahr später Krankenkassen anerkannt.

2001: Die Eidgenössischen Räte heissen am 23. März die Fristenregelung gut. Verschiedene fundamentalistische Gruppierungen, sowie die CVP ergreifen das Referendum. Der Bundesrat stellt sich jedoch hinter die vom Parlament verabschiedete Fristenregelung.

2002: Die Fristenregelung wird vom Volk angenommen und tritt am 1. Oktober in Kraft.

Gemäss der Medienmitteilung des Eidgenössischen Justiz- und Polizei-Departementes (EJPD) vom 12.09.2002 lautet die Fristenregelung folgendermassen:

Der Schwangerschaftsabbruch ist künftig straflos, wenn ihn die Frau in den ersten zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode schriftlich verlangt und eine Notlage geltend macht. Der Arzt oder die Ärztin muss mit der Frau ein eingehendes Gespräch führen und



sie beraten. Die Frau erhält zudem ein Verzeichnis der Stellen und Vereine, die ihr moralische oder materielle Hilfe anbieten. Sie wird auch über die Möglichkeit informiert, das geborene Kind zur Adoption freizugeben. Für Schwangere unter 16 Jahren ist der Besuch einer für Jugendliche spezialisierten Beratungsstelle Pflicht. Die Kantone müssen Spitäler und Praxen bezeichnen, welche die Voraussetzungen für eine fachgerechte Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und für eine eingehende Beratung erfüllen.

In den letzten hundert Jahren war die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruches in der Schweiz stark umstritten. Die 2002 in Kraft getretene Fristenlösung schafft eine einheitliche Regelung in allen Kantonen und gibt den Frauen das Recht zur Selbstbestimmung.

Aktuell wollen christlich-konservative Kreise mit einer Initiative erreichen, dass die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruches nicht mehr von den Krankenkassen übernommen wird. Die Errungenschaft der Fristenlösung würde dadurch eingeschränkt. Frauen mit wenig monetären Mitteln würden zusätzlich belastet.

2.3 Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz

Die folgende Abbildung zeigt, wie viele Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz von 1950 bis 2006 vorgenommen wurden.

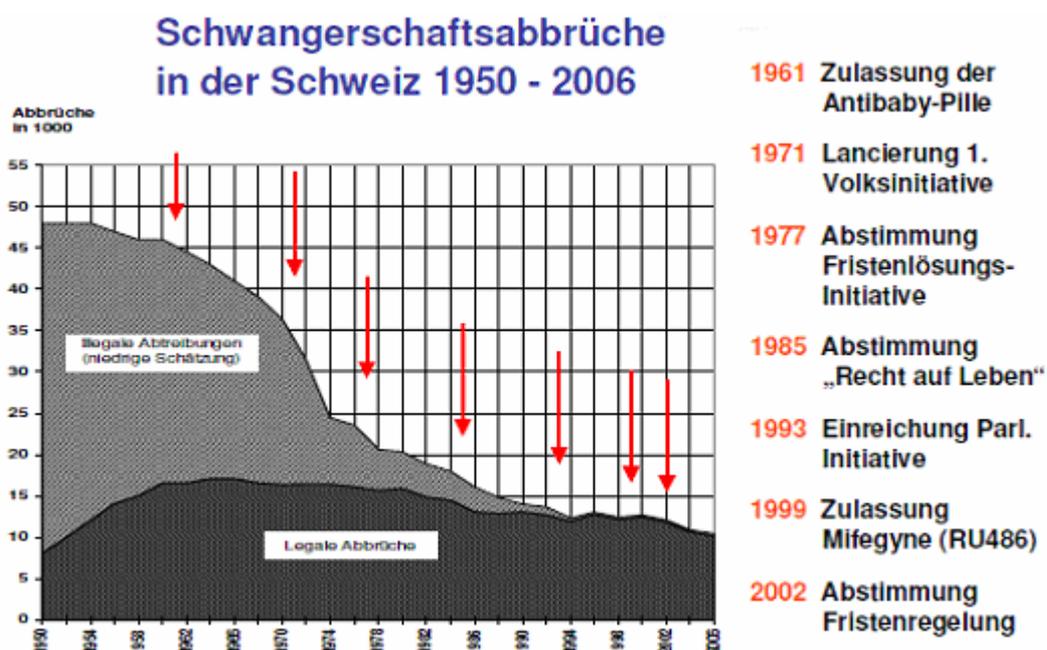


Abbildung 1: Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz
Quelle: Anne-Marie Rey – VSSB (2009)



Rey hebt an der Fachtagung des Verbandes der Schwangerschafts- und SexualberaterInnen in Zürich (7. Mai 2009) vor allem zwei wichtige Daten hervor: 1942 trat das schweizerische Strafgesetzbuch in Kraft, das den Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen legalisierte. Das zweite wichtige Datum ist die Annahme der Fristenregelung von 2002. In der Statistik ist deutlich zu erkennen, dass sowohl die illegalen wie auch die legalen Abbrüche in den letzten 50 Jahren gesunken sind. Dies ist mitunter den breiten öffentlichen Diskussionen in Zusammenhang mit der Volksabstimmung 1976 zu verdanken. Denn sie führten durch Endtabuisierung und Aufklärung zur Sensibilisierung in der Familienplanung.

Die Fristenregelung von 2002 liess die Zahl der Abbrüche wider Erwarten nicht ansteigen. Sie trug viel mehr dazu bei, dass die Abbrüche frühzeitig vorgenommen wurden. Folgen dieser frühzeitigen Abbrüche sind, weniger gesundheitliche Risiken für die Frauen.

2.4 Aktuelle Gesetzgebung

Die aktuelle Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch ist in Artikel 118 bis 120 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) geregelt.

Art. 118
Strafbarer Schwangerschaftsabbruch

1 Wer eine Schwangerschaft mit Einwilligung der schwangeren Frau abbricht oder eine schwangere Frau zum Abbruch der Schwangerschaft anstiftet oder ihr dabei hilft, ohne dass die Voraussetzungen nach Artikel 119 erfüllt sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

2 Wer eine Schwangerschaft ohne Einwilligung der schwangeren Frau abbricht, wird mit Freiheitsstrafe¹ von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft.

3 Die Frau, die ihre Schwangerschaft nach Ablauf der zwölften Woche seit Beginn der letzten Periode abbricht, abbrechen lässt oder sich in anderer Weise am Abbruch beteiligt, ohne dass die Voraussetzungen nach Artikel 119 Absatz 1 erfüllt sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

In den Fällen der Absätze 1 und 3 tritt die Verjährung in drei Jahren ein.

Art. 119
Strafloser Schwangerschaftsabbruch

1 Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.

2 Der Abbruch einer Schwangerschaft ist ebenfalls straflos, wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch eine zur Berufsausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird. Die Ärztin oder der Arzt hat persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.

3 Ist die Frau nicht urteilsfähig, so ist die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen Vertreters erforderlich.

4 Die Kantone bezeichnen die Praxen und Spitäler, welche die Voraussetzungen für eine fachgerechte Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und für eine eingehende Beratung erfüllen.

5 Ein Schwangerschaftsabbruch wird zu statistischen Zwecken der zuständigen Gesundheitsbehörde gemeldet, wobei die Anonymität der betroffenen Frau gewährleistet wird und das Arztgeheimnis zu wahren ist.



Art. 120	1 Mit Busse wird die Ärztin oder der Arzt bestraft, die oder der eine Schwangerschaft in Anwendung von Artikel 119 Absatz 2 abbricht und es unterlässt, vor dem Eingriff
Übertretungen durch Ärztinnen oder Ärzte	a) von der schwangeren Frau ein schriftliches Gesuch zu verlangen; b) persönlich mit der schwangeren Frau ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten, sie über die gesundheitlichen Risiken des Eingriffes zu informieren und ihr gegen Unterschrift einen Leitfaden auszuhändigen, welcher enthält: 1. ein Verzeichnis der kostenlos zur Verfügung stehenden Beratungsstellen, 2. ein Verzeichnis von Vereinen und Stellen, welche moralische und materielle Hilfe anbieten, und 3. Auskunft über die Möglichkeit, das geborene Kind zur Adoption freizugeben; c) sich persönlich zu vergewissern, dass eine schwangere Frau unter 16 Jahren sich an eine für Jugendliche spezialisierte Beratungsstelle gewandt hat. 2. Ebenso wird die Ärztin oder der Arzt bestraft, die oder der es unterlässt, gemäss Artikel 119 Absatz 5 einen Schwangerschaftsabbruch der zuständigen Gesundheitsbehörde zu melden.

Abbildung 2: Strafgesetzbuch: Art. 120 Abs. 1

Quelle: Günter Stratenwerth; Wolfgang Wohlers (2007)

Beim Erstgespräch mit dem Arzt oder der Ärztin wird der Frau ein Leitfaden abgegeben. Darauf sind Adressen von Fachstellen, sowie Informationen zu relevanten Fragen, im Hinblick auf eine frühzeitige Beendigung der Schwangerschaft aufgeführt. Die Beratung ist relevant für den weiteren Verlauf eines Schwangerschaftsabbruches. Aus diesem Grunde wird im folgenden Kapitel detaillierter darauf eingegangen.

2.5 Beratung

Die Beratung nach Art. 120 Abs. 1 lit. b StGB soll den Frauen alle Möglichkeiten aufzeigen, damit sie sich entscheiden können, ob sie das Kind behalten wollen, oder andernfalls eine Abtreibung vornehmen lassen. Auch werden sie beim ärztlichen Gespräch über gesundheitliche Risiken, Kosten und Methoden einer Abtreibung aufgeklärt. Art. 120 Abs. 1 lit. c StGB legt fest, dass Frauen unter 16 Jahren nebst der ärztlichen Beratung eine für Jugendliche spezialisierte Beratungsstelle aufsuchen müssen, wenn sie abtreiben wollen.

Claudia Wyrsh–Villiger, von der Ehe-, Lebens- und Schwangerenberatung Luzern bestätigt im Interview vom 2. Juni 2010, wie wichtig eine professionelle Beratung für die schwangere Frau ist. Sie sagt, dass Frauen die einen Abbruch vornehmen lassen und ihre Gründe für den Entscheid nicht kennen, können nach der anfänglichen Erleichterung des vorgenommenen Abbruchs, Zweifel an der Richtigkeit ihres Entscheides bekommen.

Ebenso können religiöse oder kulturelle Prägungen die Entscheidungsfindung erschweren. Hinzu kommt, dass Frauen oft das Gefühl haben, den Bedürfnissen ihres Partners gerecht



werden zu müssen. Daher werden bei den Frauen, welche aufgrund ihres bevorstehenden Schwangerschaftsabbruchs eine Familienberatungsstelle aufsuchen, gemäss Wyrsh-Villiger die vier folgenden Ziele erarbeitet:

- die Gründe für den Abbruch aufzeigen und untersuchen
- eine Tagesstruktur planen
- das soziale Umfeld besprechen
- Perspektiven schaffen

Wyrsh-Villiger weist mehrmals darauf hin, dass die wichtigsten Schritte darin bestehen, dass Frauen ihrer eigenen Gründe bewusst werden und sich nicht vom Umfeld beeinflussen lassen. Im folgenden Kapitel wird daher noch einmal kurz auf die Abtreibungsgründe eingegangen.

2.6 Gründe für eine Abtreibung

Mit der folgenden Grafik werden die Beweggründe, die zu einem Schwangerschaftsabbruch führen dargelegt und prozentual gewichtet.

Gründe für den Schwangerschaftsabbruch

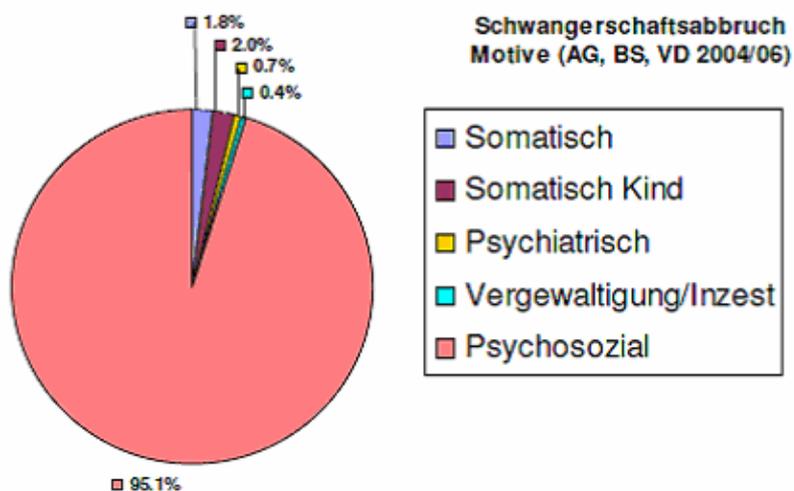


Abbildung 3: Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz
Quelle: Anne-Marie Rey – VSSB (2009)

Die Angaben zu den Beweggründen, sind leider sehr lückenhaft. Die oben statistisch aufgeführten Daten wurden erfasst aufgrund einer Hochrechnung aus dem Kanton Basel vom Jahr 2004, sowie aus den Kantonen Aargau und Wadt vom Jahr 2006.



- Der Anteil Somatisch Kind 2% bedeutet, dass eine fötale Missbildung oder Erkrankung der ausschlaggebende Grund für die Abtreibung war.
- Vergewaltigung und Inzest betrifft zwar lediglich 0.4% der Frauen, entspricht jedoch 40 Fällen pro Jahr in der ganzen Schweiz.
- Der Hauptgrund mit 95.1% welcher zum Abbruch führt, liegt offensichtlich in den psychosozialen Belastungen. Ebenfalls zu den psychosozialen Gründen zählt das Umfeld, Familie, Freundschaften, Arbeit, Wohnung, Geld etc., das Einfluss auf die Entscheidung der Frau haben kann. Rey (2009) gewichtet die Umstände sowie das Umfeld, in denen sich die Frau befindet sehr stark. Frauen werden Zwängen ausgesetzt, wenn zum Beispiel der Partner zur Abtreibung drängt oder eine Partnerschaft, die in die Brüche geht oder gegangen ist. Oft stehen Frauen im Berufsleben oder mitten in einer Ausbildung und entscheiden sich für eine Abtreibung, um die Karriere, Ausbildung weiterzuführen (S.24).

Patricia Lunneborg (2002) untersuchte die neuesten Studien und Umfragen zum Schwangerschaftsabbruch und stellte eine „Rangliste“ der meist genannten Begründungen zusammen, weshalb Frauen eine Abtreibung vornehmen lassen.

- Die Frauen sind besorgt darüber, wie sehr ein Kind ihr Leben verändern wird.
- Die Frauen fühlen sich noch zu jung für ein Kind.
- Die Frauen können sich ein Kind jetzt nicht leisten.
- Die Frauen wollen nicht, dass andere Menschen wissen, dass sie eine sexuelle Beziehung hatten oder dass sie schwanger sind.
- Die Frauen haben Beziehungsprobleme und möchten nicht eine allein erziehende Mutter werden.
- Die Frauen können die Verantwortung für ein Kind noch nicht übernehmen.

Diese Gründe entsprechen nicht dem Bild, welches in der Öffentlichkeit oft vorherrscht. Man geht davon aus, dass Frauen vor allem nach einer Vergewaltigung oder einem Inzest, bei Missbildung des Fötus oder wegen einer Gefährdung des eigenen Lebens aus egoistischen Gründen eine Schwangerschaft abbrechen lassen. Wie die Abbildung 3 belegt, sind psychosoziale Gründe die Hauptursache für Abtreibungen. Sie besagen, dass ein Kind zum jetzigen Zeitpunkt im Leben dieser Frau keinen Platz hat: Sie ist zu jung, hat zu wenig Geld, ist unverheiratet oder möchte kein Kind haben (S. 23-24). Aufgrund ihrer Wichtigkeit, werden die psychosozialen Gründe für eine Abtreibung in Kapitel 4 anhand des Risiko- und Schutzfaktorenmodells aufgegriffen.



2.7 Methoden des Schwangerschaftsabbruches

Es existieren verschiedene Methoden, um eine unerwünschte Schwangerschaft zu beenden. Gemäss Michèle Minelli (2000) kommen diese Eingriffe jedoch nur zur Anwendung, wenn der Kopf des Fötus weniger als zwei Zentimeter misst. Zu einem späteren Zeitpunkt wird ein Geburtsvorgang eingeleitet (S. 190). Minelli (2000) beschreibt die Behandlungen wie folgt:

Die Kürettage (Auskratzung, Ausschabung): Für die Kürettage muss der Muttermund geweitet werden, dies geschieht durch das Einführen von Metallstiften unterschiedlichen Durchmessers (ca. 0.5 mm bis maximal 2 cm). Bei der Kürettage wird die Gebärmutter mit der Kürette, einem scharfkantigen, löffelartigen Instrument ausgeschabt. Es wird die Schleimhaut sowie das sich in der Gebärmutterhöhle befindende Fötalgewebe entfernt. Verletzungen der Gebärmutter oder des Gewebes, können zu anhaltenden Blutungen führen.

Das Absaugen: Gleich wie bei der Kürettage wird beim Absaugen anfangs der Muttermund geweitet. Anschliessend wird der Gebärmutterinhalt abgesaugt. Auch bei dieser Methode können Rückstände des Embryos oder der Plazenta Blutungen auslösen, diese sind jedoch nicht zwingend gefährlich für die Frau.

Die Saugkürettage: Diese Methode ist eine Kombination von Kürettage und Absaugen. Sie ist jedoch etwas fortschrittlicher als die Kürettage und gilt als ungefährlicher.

Mifegyne® (RU 486): Mifegyne® (RU 486) ist eine medikamentöse Methode zum Schwangerschaftsabbruch und kann maximal bis zum 49. Tag nach Beginn der letzten Periode eingenommen werden. Die Frauen sind bei vollem Bewusstsein und nehmen beim ersten Termin bei der Ärztin oder beim Arzt drei Tabletten Mifegyne® ein. Bei manchen geht bereits in den nächsten zwei Tagen der Embryo samt Plazenta ab. Nach zwei weiteren Tagen erhalten die Frauen zwei Tabletten Cytotec®. Dieses Präparat sollte zur vollständigen Entleerung der Gebärmutter führen. Ist dem nicht so, wird mittels Saugkürettage unterstützt (S. 190-192).

2.8 Medizinische Risiken

Minelli (2000, S. 193) besagt, dass wie jede Operation bringt auch der Schwangerschaftsabbruch Risiken mit sich. Bei einem Schwangerschaftsabbruch ist jedoch das Komplikationsrisiko verschwindend klein, wenn die Voraussetzungen für den Abbruch stimmen. Zu den körperlichen Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs gehören Infektionen, Gewebsverletzungen und Blutungen, welche im schlimmsten Falle zur Gebärmutterentfernung führen können.

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit medizinischen Risiken verbunden ist. Im Nachfolgenden Kapitel wird untersucht, wie die psychischen Folgen eines Abbruchs aussehen können.



3 PSYCHISCHE UND SOZIALE AUSWIRKUNGEN

Im folgenden Kapitel wird untersucht, wie die psychischen und sozialen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der betroffenen Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aussehen können. Besonders die psychische Beeinträchtigung eines Schwangerschaftsabbruchs wird kontrovers diskutiert. Dies zeichnet sich auch in einigen Studien ab, welche infolge ideologischer Verzerrungen oder einseitiger Thesen und Vermutungen nur mit Vorbehalt betrachtet werden. Kapitel zwei bildet die Grundlage dieser Arbeit, auf die in den anschliessenden Kapiteln aufgebaut wird.

3.1 Häufigste Reaktionen – Zahlen und Fakten

Nachfolgend werden sowohl die psychischen Belastungen als auch positive psychische und soziale Wirkungen aufgezeigt. Diese Darlegung von Zahlen und Fakten basiert auf Literaturrecherchen und Studien. Sowohl die Erfassungsmethoden wie auch soziodemographische Daten (Nationalität und Religionszugehörigkeit) werden hier nicht weiter ausgeführt.

Gemäss Lunneborg (2002, S. 118–119) belegen zahlreiche Hinweise aus empirischen Untersuchungen, dass das stärkste Empfinden der Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch das der Erleichterung ist. Als Beispiel führt sie eine Studie an, die 1987 am Kaiser Permanente Hospital in Nordkalifornien durchgeführt wurde. 250 nach dem Zufallsprinzip ausgesuchte Frauen, die vor anderthalb Jahren einen Abbruch vornehmen liessen, wurden befragt, ob sie sich an ihre Gefühle gleich nach dem Eingriff erinnern und wie sie sich gegenwärtig fühlen. Zuerst auf der Liste stand das Gefühl der Erleichterung, was die bereits gemachte Aussage wiederum bestätigt. Dennoch kamen unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch Verunsicherung und Schuldgefühle hinzu. Diese Gefühle verschwanden jedoch nach wenigen Monaten beinahe vollständig.

In der oben erwähnten Studie wurde des Weiteren nach der Zukunftsperspektive und dem psychischen Wohlbefinden gefragt. Dies ergab folgendes:

- 53 Prozent der Frauen hatten verbesserte Zukunftsaussichten
- 46 Prozent der Frauen hatten ein gesteigertes Leistungsvermögen
- 44 Prozent der Frauen hatten eine abnehmende Angst und Spannung und hatten verbesserte Beziehungen in ihrem Umfeld (S. 119).

Im Gegensatz dazu erwähnten einige Frauen auch psychische Belastungen:

- 17 Prozent der Frauen hatten eine Depression



- 12 Prozent der Frauen hatten Angstgefühle

Brunell und Norfleet (2002) stellen fest, dass im Laufe der Zeit nur noch 10 Prozent dieser Frauen von negativen Folgen berichten (zit. in Lunneborg, 2002, S. 119).

Angelika Schwendke (2001) liefert im Tagungsbericht des Symposiums am Inselspital Bern einige interessante Informationen über Studien, die in den 60er, 70er und 90er Jahren erfasst wurden. Die Studien werden nachfolgend zusammengefasst, erläutert und interpretiert (S. 17–19):

Eine der ersten Studie überhaupt entstand 1964 in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel. Es wurden 50 Patientinnen fünf Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch interviewt. Daraus resultierte:

- 36 Prozent der Frauen hatten vermehrte Schuldgefühle
- 18 Prozent der Frauen verdrängten den Abbruch
- 46 Prozent der Frauen zeigten keine zwiespältigen Gefühle

In einer Studie, die Ende der 70er Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel bei 21 jugendlichen Patientinnen durchgeführt wurde, stellte man bei zehn Befragten eine gute Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs fest. Bei neun Patientinnen wurden Schuldgefühle, Angstentwicklung, eine depressive Symptomatik oder Minderwertigkeitsgefühle erkannt. Zwei junge Frauen waren in diesem Zeitraum erneut unerwünscht schwanger.

Die Universitäts-Frauenklinik Basel erhob ebenfalls Ende der 70er Jahre in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Universitätspoliklinik in Basel statistische Zahlen wobei 84 Frauen sechs Monate nach ihrem Schwangerschaftsabbruch befragt wurden:

- 7 Frauen litten unter einer Depression und erhöhter Ängstlichkeit
- 23 Frauen waren ständig von Schuldgefühlen betroffen
- 71 Frauen würden den Entscheid nie ändern

Eine aktuelle Studie die Schwendke (2001) erwähnt, wurde Ende der 90er Jahre in der medizinischen Abteilung für gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik an der Universitäts-Frauenklinik Basel realisiert. Zu diesem Zeitpunkt wurde der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch (siehe Kapitel 2.7) eingeführt. 125 Frauen, welche die medikamentöse Behandlung wählten, wurden erstmals nach vierzehn Tagen und erneut nach sechs Monaten nach dem Schwangerschaftsabbruch nach ihrem Befinden befragt. Die Patientinnen waren zwischen 16 und 44 Jahre alt. Beim medikamentösen Abbruch standen die Patientinnen mit der Entscheidung unter hohem Zeitdruck, da das Medikament maximal bis zum 49. Tag nach Beginn der letzten Periode eingenommen werden muss. Bei den meisten Frauen fand das



Beratungsgespräch in der sechsten Schwangerschaftswoche statt. Somit konnten die Frauen ihren Entscheid nur noch wenige Tage reflektieren. Ein wesentlicher Teil der befragten Patientinnen war nach der Einnahme von Mifegyne® erleichtert. Trotzdem haben die Frauen die Ausstossung, da sie mit Schmerzen und Blutungen verbunden ist, sowohl körperlich als auch psychisch als belastend erlebt. In dieser Studie zeigt sich, dass sich die meisten Frauen nach der Ausstossung entlastet gefühlt haben. Sechs Monate nach dem Abbruch konnten 27 der befragten Frauen telefonisch kontaktiert werden. 25 gaben an, dass ihr Befinden gut war. Zwei von ihnen haben das Erlebnis noch nicht verarbeitet. Dreizehn ehemalige Patientinnen berichten dass sie keine wiederkehrenden Erinnerungen oder Bilder vom Eingriff haben. Neun Patientinnen bestätigen hingegen das wiederholte Auftreten von Flashbacks (siehe Kapitel 2.2.3 Post-Abortion-Syndrom). Gemäss Schwendke (2001) handelt es sich bei den Retraumatisierungen um das Wiedererleben der Schmerzen, welche die Frauen in der Ausstossungsphase erleiden, und um das Wiedererleben der Gefühle, die das Betrachten des Schwangerschaftsproduktes nach der Ausstossung auslöst (S. 17-19).

Obwohl ein Schwangerschaftsabbruch mit Krisen und Belastung verbunden ist, kann er auch nachhaltige positive psychosoziale Wirkungen auf die betroffenen Frauen haben. Lunneborg (2002) führte zahlreiche Gespräche mit Betroffenen durch. Sie weist darauf hin, dass es für viele Frauen die erste verbindliche Entscheidung in ihrem Leben ist. Die Frauen wurden in ihrer Persönlichkeit gestärkt, weil sie sich selbst bestimmt und eigenverantwortlich mit ihrem Entschluss und ihrer Zukunftsgestaltung auseinandersetzen (S. 120).

Lunneborg (2002, S. 122-123) führt eine Studie an, die vom Psychiater Arthur Lazarus 1985 an der Medizinischen Fakultät der Temple University erfasst wurde. Darin bekunden Frauen, die ihre Erfahrung positiv bewerten, die Absicht nach dem Abbruch die Kontrazeption besser zu planen. Sie bezeugen eine positivere Entwicklung der Partnerschaft und eine Befreiung von drohender ökonomischer Einbusse sowie die Loslösung von religiöser Glaubensauffassung und moralischer Betrachtungsweisen. Des Weiteren bestätigen sie, sich durch die Konfliktbewältigung, eine bessere Strategie für die Lösung von Problemen angeeignet zu haben. Insbesondere jugendliche Frauen bekräftigen ihre verbesserte Zukunftsperspektive und einen klareren Blick in die Zukunft.

Auf der Basis von Persönlichkeitstests und -befragungen ermittelten Robert Blum und Michael Resnick (1982) bei Teenagern, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen liessen, dass sie sich am deutlichsten gegen Zwang und Diktat aus ihrem Umfeld durchsetzen konnten (zit. in Patricia Lunneborg 2007, S.123).

Lunneborg (2007) bestätigt, dass diese Art von Selbstbestimmung bei den jungen Frauen zur persönlichen Reife beiträgt. Sie belegt in ihrer Forschungsarbeit mit narrativen Interviews



weitere positive Folgen: Die Frauen gewinnen durch den bewältigten Konflikt an Selbsterkenntnis, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen (S.124-136).

Fazit: Ein interessanter Aspekt in der Studie aus den sechziger Jahren zeigt, dass über fünfzig Prozent der Frauen nach dem Abbruch vermehrt Schuldgefühle hatten. Dies könnte mit der damaligen Einstellung und Werthaltung, die eher religiös geprägt war und mit der strafrechtlichen Verfolgung des Schwangerschaftsabbruches zu jener Zeit, zusammenhängen. Wie im Kapitel 2.1 gezeigt wurde, war in der damaligen Zeit der Schwangerschaftsabbruch in unserer Gesellschaft ein Tabu. Gemäss Rey (2007) wurden seit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts bis in die sechziger Jahre pro Jahr geschätzte fünfzigtausend illegale Abtreibungen getätigt. Nur wenige davon konnten staatsanwaltlich ermittelt werden (S. 66).

Hingegen ist in den Studien, die Ende der siebziger Jahre erwähnt wurden zu erkennen, dass die Anzahl der Frauen mit Schuldgefühlen rückgängig ist. In der Befragung der Universitäts-Frauenklinik Basel waren 23 Frauen von 84 von Schuldgefühlen betroffen. Das könnte auf eine veränderte Einstellung in der Gesellschaft gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch hindeuten. Die Gesellschaft hat erkannt, dass die Strafverfolgung nicht zur Lösung der Problematik beiträgt. Diese Sichtweise einer ungewollten Schwangerschaft hat zur liberaleren Einstellung und zu einer gesetzlichen Revision beigesteuert (S. 5).

Ebenso bemerkenswert in derselben Studie ist die Aussage von 71 Frauen, den getroffenen Entscheid nie ändern zu wollen. Möglicherweise hat dies auch mit dem Feminismus der siebziger Jahren und dessen Einfluss auf die Sexualität und die Selbstbestimmung der Frau zu tun sowie mit der kontrazeptiven Revolution dieser Epoche.

Die Ergebnisse der Studie Ende der neunziger Jahre zeigen, dass sich die gesellschaftliche Sichtweise sowohl in der eingeführten medikamentösen Schwangerschaftsabbruchmethode als auch in den allgemein verbesserten Bedingungen für die Frauen niederschlägt. Nur zwei von siebenundzwanzig Frauen gaben sechs Monate nach dem Eingriff an, den Abbruch noch nicht verarbeitet zu haben.

Gestützt auf diese Studien können den psychischen und sozialen Belastungen nach einem Schwangerschaftsabbruch folgende negativen Komponenten zugeordnet werden:

- Schuldgefühle
- Verunsicherung
- Spannung
- Ambivalenz
- Minderwertigkeitsgefühle
- Angstgefühle



- Depressive Verstimmung
- Depression
- wiederkehrende Flashbacks (nach medikamentösem Abbruch)

Folgende Kriterien stehen für eine positive Wirkung nach einem Schwangerschaftsabbruch:

- Selbstbestimmung
- Eigenverantwortung
- Empfängnisverhütung
- positive Entwicklung der Partnerschaft
- stabile ökonomische Verhältnisse
- Befreiung von religiösen Vorstellungen
- Coping-Strategie
- verbesserte Zukunftsperspektive
- persönliche Reife
- Selbstvertrauen

Die aufgeführten Studien vermitteln, dass ein Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft für die meisten Frauen mit Gewissenskonflikten unterschiedlichen Ausmasses verbunden ist. Nach dem Abbruch berichten die Frauen über ein Gefühl der Erleichterung. Trotz dieses positiven Gefühls fühlen sich viele Frauen nach dem Abbruch psychisch und sozial belastet. Zahlreiche Frauen erwähnen aber, dass sich ihr Befinden nach den anfänglichen Belastungen positiv verändert hat.

Nur ein geringer Teil, etwa zehn Prozent der Frauen, weist längerfristig psychische Probleme auf. Diese Belastungen nach einem Schwangerschaftsabbruch, bezeichnet als Post-Abortion-Syndrom (PAS), werden im nächsten Abschnitt näher beschrieben.

3.2 Das Post-Abortion-Syndrom (PAS)

Zu den psychischen Folgeerscheinungen existieren keine eindeutigen Zahlen. Zudem ist die Existenz des Post-Abortion-Syndroms umstritten und ist weder im DSM IV noch im ICD 10, den international anerkannten Klassifizierungssysteme für Krankheiten, aufgeführt. Aus diesem Grunde existiert keine allgemeingültige Definition des Post-Abortion-Syndroms.

Das PAS bildet Teil der Abtreibungsdebatte und wird kontrovers diskutiert.

Im Internet beispielsweise sind zahlreiche Artikel zum Thema zu finden. Die Verfasserinnen oder Verfasser dieser Artikel sind teilweise nicht erkennbar, ihr Hintergrund ist unklar, ihr



Ausdrucksstil häufig von moralischer Einstellung geprägt. Solche Wertungen sind wenig hilfreich für Frauen, die in einer Konfliktsituation kompetente Hilfe und Beratung suchen.

Angelika Pokropp-Hippen (2006) niedergelassene Ärztin und Psychotherapeutin in Münster-Amelsbüren, Deutschland definiert das PAS als Sonderform der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf folgende Weise:

- Das Post-Abortion-Syndrom ist eine seelische Erkrankung nach Abtreibung mit psychosomatischer Symptomatik, die in einem zeitlich variablen Intervall auftritt.
- Das PAS ist eine Sonderform von PTSD (Post-Traumatic-Stress-Disorder).
- Der Zusammenhang mit dem Trauma (Abtreibung) wird oft verdrängt.
- Der Zusammenhang mit körperlichen und seelischen Störungen ist für Betroffene und Helfer oft nicht direkt erkennbar (S. 43).

Zu dieser Definition führt sie typische psychische und physische Störungen sowie die möglichen Zeitpunkte des Auftretens an:

Typische psychische Störungen:

- Depressionen (reaktiv, neurotisch; z. T. larviert), mit Antriebs- und Schlafstörungen, Alpträume, z. T. mit Wiederholungsneigung
- Angsterkrankung, Panikattacken
- Autoaggressive Impulse, Selbstbestrafungstendenzen, Suizidalität
- Schuldkomplexe, Beziehungsstörungen (Trennung, Scheidung), Überbehüten geborener Kinder (Post-Abortion-Surviver-Syndrom)
- Auslösen oder Verstärken von Essstörungen
- Suchtentwicklung
- Psychosemanifestation

Typische physische Störungen:

- Psychosomatische Erkrankungen mit Organmanifestation je nach Disposition: Z. B. Migräne, Rückenbeschwerden, asthmatische Beschwerden, Herzbeschwerden, Reizmagern, Reizdarm, Menstruationsbeschwerden, Hauterkrankungen.

Typische Zeiten der Manifestation des PAS:

- unmittelbar nach der Abtreibung
- nach einer Phase der vermeintlichen Entlastung Wochen oder Monate nach der Abtreibung
- um den Geburtstermin des abgetriebenen Kindes



- zum Tötungstermin = Sterbetag des Ungeborenen
- bei erneuter Schwangerschaft und Geburt selbst oder im sozialen Umfeld
- bei schwerer Erkrankung oder Unfall geborener Kinder
- nach einem Todesfall; das abgetriebene Kind hat kein Grab, sondern wurde als „Organmüll“ entsorgt, fehlender Ort der Trauer
- nach Trennung oder Scheidung
- nach dem Auszug der Kinder
- im Klimakterium (Wechseljahre)
- bei der Konfrontation mit dem eigenen Tod (S. 43-45).

Pokropp-Hippen (2006) ist der Ansicht, dass jeder Schwangerschaftsabbruch mit einem Trauma verbunden ist. Sie stützt sich dabei auf empirische Untersuchungen die belegen, dass ungefähr achtzig Prozent der Frauen nach einem Abbruch psychische und physische Krankheitszeichen aufweisen. Sie sieht eine deutliche Relation zwischen PAS und der Posttraumatischen Belastungsstörung (S. 45). Vor allem christliche Organisationen akzentuieren immer wieder negative Effekte von Schwangerschaftsabbrüchen auf die Psyche. Dazu sei beispielhaft Pokropp-Hippen (2009) in ihrem Referat der Tagung des Bundes katholischer Akademikerinnen in Bonn zitiert:

Die menschliche Psyche verfügt über verschiedene Mechanismen, auf das Bewusstsein überlastende Vorgänge zu reagieren. Im Falle der Tötung eines ungeborenen Kindes kommen häufig die Verleugnung und Verdrängung der eigenen Trauer und der eigenen Schuld zum Tragen.

Der aggressive Akt des Tötens wird unbewusst ein aggressiver Akt gegen das eigene Selbst. Dies findet häufig später seine Expression in der Entwicklung psychosomatischer und depressiver Krankheitsbilder.

Gemäss Lunneborg (2002) wurde 1989 vom Präsidenten der Vereinigten Staaten von Amerika Ronald Reagen eine Untersuchung in Auftrag gegeben, um die negativen Folgen des Schwangerschaftsabbruches zu eruieren. Die Forschungsergebnisse entsprachen nicht den Erwartungen. Es konnte nicht belegt werden, dass ein Abbruch psychische Probleme mit sich bringt (S. 137).

Am Symposium (2001) in Bern setzten sich Fachkräfte aus Medizin und Soziologie mit der Frage auseinander, ob das Post-Abortion-Syndrom existiert. Die Ärztin, Dr. Schwendke spricht von Risikofaktoren, welche die Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruches be-



einträchtigen können. Diese Risikofaktoren sind psychisch und sozial bedingt und haben vor dem Abbruch schon bestanden. Sie betont, dass in einer Untersuchung gewichtet werden muss, ob die Entscheidungsfindung der Patientin ohne äusseren Einfluss, das heisst ohne Druck oder Zwang stattgefunden hat. Eine geringe oder sogar fehlende Unterstützung aus dem Umfeld der Betroffenen kann die Verarbeitung erschweren. Die Lebensumstände der Frau zum Zeitpunkt des Abbruches können ebenfalls negative Folgeerscheinungen begünstigen. Laut Schwendke ist es verständlich, dass viele Frauen nach einem Abbruch belastet sind und entsprechende Reaktionen verspüren. Sie bezeichnet den Abbruch als eine Krisensituation und als einen wichtigen Eingriff ins Leben einer Frau (S. 20). Dr. Eliane Perrin, Soziologin am Universitätsspital Genf, kommt in ihren Studien zum Schluss, dass die Auftretenshäufigkeit einer Psychopathologie sehr gering ist. Des Weiteren ist sie der Meinung, dass das Schuldgefühl ein Risikofaktor ist und eine der Ursache für die emotionalen und psychischen Folgeerscheinungen der Betroffenen darstellt. Sie betont, dass die soziale Unterstützung als Schutzfaktor für die Bewältigung der Belastungsstörung eine wichtige Rolle spielt. Aus soziologischer Sicht hat das Schuldgefühl weder mit Biologie, noch mit Genetik zu tun, sondern ist ein gesellschaftliches Konstrukt oder das Konstrukt einer Gruppe, deren man angehört. Perrin macht hier auf die Anti-Abtreibungskampagne aufmerksam, die einen Fötus in der Abfalltüte darstellt. Sie ist der Meinung, dass diese Art von Propaganda Schuldgefühle und ein gesundheitliches Risiko der Frauen begünstigt (S. 28).

Nancy Felipe Russo (2001), Psychologie-Professorin an der Arizona State University USA, nennt das Post-Abortion-Syndrom als ein Konstrukt der AbtreibungsgegnerInnen. In diesem Zusammenhang erwähnt sie den amerikanischen Psychologen- und Psychologinnenverband (American Psychological Association), der alle verfügbaren Forschungsergebnisse untersuchte. Der Verband erklärt, dass das psychische, physische und soziale Wohlbefinden vor dem Schwangerschaftsabbruch ein bedeutender Einflussfaktor ist. Bei Frauen, die von ihrem sozialen Umfeld nicht unterstützt werden, besteht ein erhöhtes Risiko für psychische Folgeerscheinungen. Russo (2001) erklärt zudem, dass körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch einen signifikanten Einfluss auf die Psyche haben. Anhand dieser Schlussfolgerungen kann der unmittelbare Einfluss des Schwangerschaftsabbruches auf die psychische Gesundheit der betroffenen Frauen nicht bestätigt werden (S. 36-37).

3.3 Fazit

Ein Schwangerschaftsabbruch stellt für die betroffenen Frauen ein belastendes Ereignis dar. Angst, Schuldgefühle und depressive Symptomatik können sich negativ auf die psychischen und sozialen Folgeerscheinungen manifestieren. Diese Auswirkungen zeigen sich besonders ausgeprägt direkt nach dem Abbruch. Sie sind teilweise auch sechs Monate oder noch spä-



ter feststellbar. Es müssen jedoch die verschiedenen Faktoren diskutiert werden, die das Wohlbefinden der Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch erlebt hat, beeinflussen. Das psychische Wohlbefinden vor dem Schwangerschaftsabbruch hat einen grossen Einfluss auf die psychischen Folgen danach. Für die Betroffenen mit fehlender Unterstützung von ihrem Umfeld, besteht ein höheres Risiko an psychischen Folgeerscheinungen zu erkranken. In diesem Kontext spielen die Risiko- und Schutzfaktoren der Frau eine bedeutende Rolle und prägen die Interventionsplanung in der Beratung von Sozialarbeitenden. Risiko- und Schutzfaktoren werden schwerpunktmässig im Kapitel fünf erörtert.



4 THEORIEBEZÜGE

Wie im Kapitel zwei festgestellt wurde, entwickelt sich für viele Frauen das Wohlbefinden nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht linear. Die Gründe dafür sind vielschichtig, wobei die Fähigkeit zur aktiven Bewältigung mit einem kritischen Lebensereignis umzugehen, eine wichtige Rolle spielt. In diesem Kapitel zeigt das Konzept der Salutogenese auf, wie Gesundheit entsteht und wie man die Fähigkeit erlangen kann, kritische Lebensereignisse, Lebensübergänge sowie alltägliche und chronische Stressbelastungen zu bewältigen. Diese Erkenntnis bildet die Grundlage für den methodischen Teil der Bachelorarbeit, wo ein Beratungsmodell erarbeitet wird für Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch unter psychischen und sozialen Folgeerscheinungen leiden.

Die Grenze zwischen gesund und krank ist gemäss Antonovsky (1997) fließend (zit. in Wolfram Schüffel et al., 1998, S. 13). Folglich ist eine Fokussierung auf die Pathogenese (Krankheitslehre) ungeeignet. In den folgenden Kapiteln wird aufgezeigt, wie Antonovsky zu dieser Erkenntnis gekommen ist.

4.1 Konzept der Salutogenese

Antonovsky erkannte, dass in entwickelten industrialisierten Gesellschaften Ungleichheiten fortbestehen und fokussierte die Medizinsoziologie als Kerngebiet seiner Forschungen. Besondere Bedeutung erlangen dabei seine Arbeiten zur sozialen Ungleichheit in Blick auf Krankheit und Tod. Er durchkreuzte das gängige medizinische Paradigma und setzte sich mit dem bis anhin vernachlässigten Thema „Wodurch bleibt ein Mensch relativ gesund“ auseinander. Diese relevante Frage veranlasst ihn, in diversen Untersuchungen die „gesunde Seite“ des Menschen zu erforschen.

Beim ersten Paradigmenwechsel den Antonovsky einleitete, suchte er nach Merkmalen, die den gesunden Teil eines Menschen charakterisieren könnten. In diversen Untersuchungen versucht er, die von ihm definierten Eigenschaften der gesunden Menschen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Dies gelang ihm, indem er die individuellen salutogenen (gesundheitsförderlichen) Ressourcen, im körperlichen und psychischen Bereich (innere Ressourcen) und aus sozialen, kulturellen und ökologischen Umgebung (äussere Ressourcen) der einzelnen Individuen genauer beschrieb. Antonovsky schuf für diese neue Denkweise den Begriff Salutogenese (Gesundheitslehre). Die Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen der Krankheit fokussiert und ergänzt zudem die biomedizinische Krankheitsorientierung. Ausgehend von der Stressforschung und -bewältigung gewinnt Antonovsky (1997) die grundlegende Erkenntnis, dass der Gesundheitszustand eines Menschen aus der



Balance oder der Wechselwirkung zwischen eigenen belastenden und entlastenden Faktoren und jenen der Umwelt entsteht (S. 2-26).

Gemäss der Studie Psychische Gesundheit und Stress der Gesundheitsförderung Schweiz (2005) führen Belastungen dann nicht automatisch zu einer Erkrankung, wenn adäquate innere und äussere Ressourcen und Schutzfaktoren in einem Gleichgewicht gegenüber den Stressoren stehen. Gelingt es den Betroffenen, dieses Gleichgewicht herzustellen, können sie eine Stresssituation bewältigen. Diese Stressbewältigung wird von ihnen als Herausforderung und eine Voraussetzung für das individuelle Wohlbefinden erlebt (S. 12-13).

Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, wie Herausforderungen und Stress anhand des Konzepts der Salutogenese bewältigt werden können. Dieses Konzept besteht aus dem Kohärenzgefühl und den generalisierten Widerstandsressourcen. Diese Komponenten werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

4.2 Kohärenzgefühl und Stressbewältigung

Die salutogenetische Perspektive klassifiziert Menschen nicht in gesund oder krank, sondern lokalisiert sie auf einem Gesundheits-Krankheitskontinuum. Gemäss Heiko Waller (2002) wird die Position durch das interaktive Zusammenwirken von schützenden und belastenden Faktoren im Kontext individueller Lebenserfahrung bestimmt. Gesundheit entsteht dabei in einem dynamischen Prozess der Lebensbewältigung. Waller definiert das Kohärenzgefühl von Antonovsky als Fliessgleichgewicht zwischen Person und Umwelt in einem soziokulturellen Raum (S. 21–22).

Die Formulierung der Lebenshaltung, die Antonovsky (1997) Sense of Coherence (SOC), Kohärenzgefühl nennt, war das Ergebnis seiner Arbeit. Sie beschreibt eine Lebenshaltung, die salutogen einwirkt. Diese Lebenshaltung oder Weltanschauung setzt sich zusammen aus einer emotionalen-kognitiven Mischung, das heisst aus einem persönlichen, individuellen Gefühl, Überzeugungen und Werten, aber auch aus der Erkenntnis, Auffassungsgabe, Verständnis, Erfahrung und aktiver Auseinandersetzung. Diese Mischung kristallisiert sich im einzelnen Individuum zu einem bestimmten Schema. Das SOC beschreibt die subjektiv erworbene Fähigkeit eines Individuums, sich und seine Mitwelt als verständliche, handhabbar oder bewältigbare Herausforderung wahrzunehmen. Sie äussert sich im subjektiven Vertrauen belastende Ereignisse, sowohl eigenständig als auch mit Unterstützung anderer bewältigen zu können. Ein starkes SOC spiegelt sich in der flexiblen situations- und belastungsrelevanten Anpassungsfähigkeit (Coping) wie auch in der Akzeptanz eigener Grenzen. Das SOC ist nach Antonovsky (1997) eine zeitstabile Persönlichkeitskonstante, die sich aus der Kompetenz des Gefühls der Überschau- oder Verstehbarkeit (Sense of Comprehensibility), der



Handhab- oder Bewältigbarkeit (Sense of Manageability) und der Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (Sense Meaningfulness) zusammensetzt.

Sense of Comprehensibility: Dieser Anteil umfasst kognitive Verarbeitungsmuster im Sinne von Verständnis von Geordnetheit, Verstehbarkeit und Vorhersehbarkeit. Nach Helmut Pauls (2004) bedingt die Schaffung der Kompetenz der Verstehbarkeit einer konsistenten Erfahrung, dass Lebensveränderungen emotional und kognitiv integrierbar sind. Ein Mensch mit einem hohen Mass an Comprehensibility ist der Überzeugung, Lebensereignisse seien in einem kohärenten Zusammenhang zu erklären und insbesondere in seinen Lebenskontext einzuordnen.

Sense of Manageability: Darunter werden kognitiv-emotionale Verarbeitungsmuster gefasst, die das optimistische Vertrauen vermitteln, die gestellten Lebensaufgaben mit den mobilisierbaren Ressourcen bewältigen zu können. Zentral dabei ist die Fähigkeit vorhandene situations- und belastungsrelevante Ressourcen wahrzunehmen. In dieser belastenden Situation ist gemäss Antonovsky (1997) eine Balance gegeben, wenn ein Mensch sagen kann: „Mir stehen Ressourcen zur Verfügung – eigene oder diejenigen von zuverlässigen Menschen, mit denen ich schon zurechtkommen werde“ (zit. in Pauls, 2004, S. 93). Zu den externen Ressourcen zählt auch professionelle und institutionelle Unterstützung, die als Stütze und Regenerationsraum dienen kann.

Sense of Meaningfulness: Dieser Anteil bezeichnet die emotional-motivationale Komponente des menschlichen Erlebens. Das eigene Leben wird als sinnstiftend empfunden. Lebensaufgaben werden nicht als auszehrende Belastung wahrgenommen, sondern als bewältigbare Herausforderungen. Es lohnt sich, sich für diese Herausforderungen zu engagieren. Basis der Sinn- und Bedeutsamkeitskomponente bilden die Gestaltungsmöglichkeit des eigenen Handelns sowie religiöse, spirituelle und lebensphilosophische Verankerungen.

Generalisierte Widerstandsressourcen: Es handelt sich dabei um individuelle, kulturelle und soziale Faktoren eines Menschen, die für eine erfolgreiche Stressbewältigung erforderlich sind. Diese Faktoren ermöglichen die Spannungsbewältigung in einer Stresssituation und entstehen aufgrund kohärenter Lebenserfahrungen. Zu diesen Lebenserfahrungen gehören finanzielle Sicherheit, Ich-Stärke und positive Erfahrungen mit Bewältigungsstrategien. Quellen generalisierten Widerstandsressourcen sind salutogene Faktoren, wie die soziale Unterstützung, das Gefühl der Entspannung und des Wohlergehens (S. 92-94).

Zum Kernstück der Salutogenese gehören gemäss der Studie der Gesundheitsförderung Schweiz (2005) diese generalisierten Widerstandsressourcen. Die Studie zählt zur erfolgreichen Stressbewältigung eines Menschen folgende erforderten Ressourcen auf:



- Körperliche/konstitutionelle Ressourcen: Sie bilden ausreichende Immunpotenziale für die körperliche Abwehr gegen Krankheitserreger
- Personale und psychische Ressourcen: Sie begünstigen ein präventives Gesundheitsverhalten um Stressfaktoren zu vermindern
- Interpersonale Ressourcen: Sie entstehen durch Bildung sozialer Netzwerke und bedingen die soziale Integration in die Gesellschaft
- Soziokulturelle Ressourcen: Sie bilden sich aus individuellen, lebensleitenden Überzeugungen und ermöglichen die Verbunden- und Eingebundenheit in stabile Kulturen
- Materielle Ressourcen: Sie werden durch Ernährung, festem Wohnsitz und Schutzmöglichkeiten gesichert.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass nur wenn diese Ressourcen ausreichend vorhanden sind, können Menschen Kohärenzgefühle bilden oder aufrechterhalten. Das Kohärenzgefühl wird geprägt durch ein positives, aktives Selbstbild und ermöglicht die Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit. Je höher die Ausprägung des Kohärenzgefühls ist, desto grösser wird dabei die Wahrscheinlichkeit, Stressfaktoren erfolgreich bewältigen zu können (S. 25-26).

In der vorliegenden Arbeit sind besonders die nachgewiesene Korrelation von Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit sowie die Fokussierung auf die Stressbewältigungsressourcen relevant. Gemäss der Studie der Gesundheitsförderung Schweiz (2005), wird der Begriff Stress uneinheitlich verwendet. Diese Unterschiede basieren auf der Tatsache, dass Stress ein komplexes Phänomen ist, welches sich im vielfältigen Wechselspiel zwischen Körper, Psyche und Umwelt offenbart. Urs Peter Lattmann und Jürg Rüedi (2003, S. 85) beschreibt die Ableitung von Stress vom englischen Wort stress, übersetzt heisst dies Druck oder Anspannung. Das englische Wort stress ist die gekürzte Version von distress, das übersetzt Sorge oder Kummer bedeutet. Gemäss Norbert Semmer (1997, S. 13) wird Stress in den Sozialwissenschaften definiert „als emotional negative, als unangenehm erlebte Beanspruchung, resultierend aus einem Missverhältnis von Anforderungen oder Angeboten der Situation und den eigenen Handlungsmöglichkeiten oder Bedürfnissen“. Unter Stress wird der Mensch durch die Ausschüttung von Hormonen auf Kampf oder Flucht eingestellt. Stressfolgen sind dann unvermeidbar, wenn die bereitgestellte Energie nicht verbraucht und die Erregung nicht oder ungenügend abgebaut wird. Folgen von Stress oder von mangelnder Stressbewältigung können zum Beispiel Herz- und Kreislaufkrankheiten, Verdauungsprobleme, Übergewicht, Muskel- und Rückenschmerzen, aber auch Schlafstörungen und Störungen der Sexualfunktion sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sein. Für den Menschen stellt der Dauerstress, der oftmals in Verbindung mit Mehrfachbelastungen steht, eine ernst zu nehmende Gefahr für die psychische und physische Gesundheit dar.



Gemäss Ulrich Schmitzer (2003, S. 42), sowie Matthias Jerusalem (1990, S. 4, zit. in Lattmann & Rüedi 2003, S. 86) kann Stress entstehen, wenn ein Ungleichgewicht auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zwischen inneren und äusseren Belastungen und Anforderungen einerseits und inneren und äusseren Ressourcen andererseits entsteht. In manchen Fällen kann das Ungleichgewicht aber auch das Ergebnis von Unterforderung (z.B. Monotonie, Langeweile) sein. Stress wird als Ausdruck der Befindlichkeit und Belastung der Gesellschaft definiert und als krankmachende Erscheinung wahrgenommen. Belastungen führen aber nicht in jedem Fall zu einer Erkrankung des Menschen. Adäquate innere und äussere zur Verfügung stehende Ressourcen können eine Stressbewältigung unterstützen. Dies ermöglicht die Stärkung, Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des Gleichgewichts. Vom betroffenen Individuum wird dieser Prozess als positive, bewältigbare Herausforderung empfunden.

Motivation, Tätigkeit und/oder Leistung sind gemäss Ernst Bamberg, Christine Busch und Antje Ducki (2003, S. 13) eine Grundvoraussetzung für das Leben. Für den Menschen sind die oftmals als mühsam erlebten Anforderungen und die daraus resultierende Beanspruchung a priori nicht schlecht. Bei erfolgreicher Bewältigung verhelfen Anforderungen dem Menschen zu Lebens- und Sinnerfüllung und damit zu psychischem Wohlbefinden. Stress trifft nicht nur Individuen, sondern auch Systeme und Gruppen im privaten und beruflichen Umfeld. Intensität und Dauer sowie Kumulation der Stressoren oder Mehrfachbelastungen sind wichtige Variablen des Stressgeschehens. Dabei gilt es bei Stress in Zusammenhang mit belastenden und kritischen Lebensereignissen zwischen akutem und Dauerstress zu unterscheiden. Ein flexibles, der Situation angepasstes Bewältigungsverhalten, ist für den Menschen am gesundheitsförderlichsten. Bewältigungsverhalten bedingt die Fähigkeit die Situation zu erkennen und adäquat handeln zu können (S. 44).

Daraus geht hervor, dass Menschen die gut mit Stress umgehen können, ihr Leben grundsätzlich positiv betrachten. Es gelingt ihnen, Fehler und Rückschläge als etwas Normales hinzunehmen und nicht als ein Anzeichen eigener Unfähigkeit zu sehen. Sie nehmen die Welt als beeinflussbar wahr und können durch diese Wahrnehmung emotionale Stabilität (Selbstwirksamkeit) erzeugen. Ein günstiges soziales, ökonomisches und ökologisches Umfeld bilden strukturelle Faktoren, damit das Individuum die benötigten Coping-Kompetenzen entwickeln kann.

4.3 Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit und Stress

Gemäss der Studie Gesundheitsförderung Schweiz (2005, S. 80-85) gilt als Bedingung zur positiven Beeinflussung der Gesundheit, dass die Risikofaktoren (Ansatz der Prävention) möglichst minimiert und/oder die Schutzfaktoren/Ressourcen (Ansatz der Gesundheitsförde-



rung) möglichst gestärkt werden. Durch diese Interaktion gelingt es die Bedingungen für Gesundheit (und Krankheit) positiv zu beeinflussen und einen Gesundheitsgewinn zu erzielen.

Norbert Semmer und Ivar Udris (2004 S. 180) stellen fest, dass Menschen und Gruppen grundsätzlich über persönliche oder kollektive Ressourcen verfügen und dadurch den Risiken des Lebens nicht hilflos ausgesetzt sind. Unter Rückgriff auf die ihnen zur Verfügung stehenden inneren und äusseren Ressourcen können sie Stresssituationen beeinflussen und bewältigen. Semmer (1997) und Bamberg, Busch und Ducki (2003) sehen Risikofaktoren oder Stressoren immer im Zusammenhang mit Ressourcen. Nach Ernst Mohr und Ivar Udris (1997) Semmer und Udris (2004, S. 183) geht es aus diesem Grunde auch immer um den Abbau von Stressfaktoren und den Aufbau von Ressourcen.

In der nachfolgenden Tabelle, gestützt auf die Studie der Gesundheitsförderung Schweiz (2005, S. 85), werden allgemein anerkannte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit beispielhaft aufgelistet. Dabei werden die Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit in einer Übersicht auf der Mikro- und Mesoebene einander gegenüber gestellt.

Risikofaktoren	Schutzfaktoren bzw. Ressourcen
Mikro-Ebene	
Pessimistische, generalisierte negative Zukunftserwartungen	Optimistische, generalisierte positive Zukunftserwartungen
Nicht ausreichende psychosoziale Kompetenzen, erkennbar zum Beispiel an einem tiefen Selbstwertgefühl und -vertrauen, negatives Selbstbild, mangelnde Selbstakzeptanz/Selbstachtung	Stabiles Selbstwertgefühl, erkennbar an einem positiven Selbstbild und Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz/Selbstachtung, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit
Nicht ausreichende Kontakt- und Entscheidungsfähigkeiten	Fundierte gesundheitliche Kontrollüberzeugungen
Gefühle des „Ausgeliefertseins“ und der Hilflosigkeit	Grundsätzliche Überzeugung, die eigenen Probleme und Konflikte meistern zu können



Unzureichende Widerstandsfähigkeit mit einhergehender mangelnder Willenskraft, permanente Über- oder Unterforderung und Verlust der Kontrolle über sich und die Umwelt	Widerstandsfähigkeit mit den Komponenten Willens- und Durchsetzungskraft und Überzeugung, die Kontrolle über sich und die Umwelt zu haben
Gefühl, keinen Lebenssinn zu haben	Kompetenz Lebenssinn zu finden, zu erleben und zu verstehen
Unfähigkeit, sich in die Gesellschaft integrieren zu können	Fähigkeit, sich in die Gesellschaft integrieren zu können
Mehrfachbelastungen und chronischer Stress schränken die Handlungs- und Lebenskompetenzen ein	Fähigkeit zur Bildung von Handlungskompetenzen zur aktiven Problem- und Lebensbewältigung und Selbstbehauptung
Grundbedürfnisse können nicht befriedigt werden	Befriedigung der Grundbedürfnisse

Meso-Ebene

Trennungs- und Verlusterlebnisse im engsten Kreis	stabiles Gefüge der engsten Beziehungen
Unsteter Wertewandel und fehlender verbindlicher Orientierungsrahmen in Familie, Schule, Beruf, Freizeit und Gesellschaft	Vorhandensein von Bezugspersonen oder Vorbildern mit positiven Rollenmodellen in Familie, Schule, Beruf, Freizeit, Gesellschaft
Gewalterfahrung durch Misshandlungen oder Vernachlässigung in der Kindheit	positive Beziehungen und Erfahrungen mit Bezugspersonen, besonders in Kindheit/Jugend
Fehlende Chancengleichheit bezüglich Beruf, Bildung, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund	Chancengleichheit bezüglich Beruf, Bildung, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund
Arbeitslosigkeit	ausreichende Arbeits- und Tätigkeitsfelder



Intolerante, autoritäre, bestimmende Erziehung, Bildung, Arbeitswelt, Gesellschaft und Politik damit einhergehendem eingeschränktem Handlungsspielraum	Wahl-, Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in allen Lebensbereichen und Lebensphasen
Dominante leistungsbezogene und materialistische Lebensorientierung	Lebensorientierung basierend auf ganzheitlichen Werten und Normen
Fehlende soziale und politische Sicherheit, drohender Sozialabbau	Qualitativ hochstehendes Bildungs- und Gesundheitssystem
Dominierende Technologisierung und Virtualisierung der Arbeitswelt und Freizeit	Stabile demokratische Staatskultur, Volkswirtschaft und Sozialwerke
Belastende Umwelt- und Wohnverhältnisse	Intakte, unbelastende, natürliche Umwelt

Tabelle 1: Risiko- und Schutzfaktoren
 Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2005)



5 BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN NACH DEM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Wie im vorangehenden Kapitel festgestellt müssen Risiko- und Schutzfaktoren individuell betrachtet werden. Deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch hängen stark von ihrem SOC ab.

Brenda Major et al. (2008) besagen, dass die Weise wie eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch verarbeiten kann, nicht auch zuletzt davon abhängt, wie sie die Schwangerschaft einschätzt und welche Wertehaltung sie zur Schwangerschaft und zur Abtreibung hat. Eine Rolle spielt demzufolge, welche Erfahrungen eine Frau mit schwierigen Situationen gemacht hat und welche Fähigkeiten sie sich angeeignet hat, mit solchen Situationen umzugehen. Dadurch entscheidet sich auch, welche Gewichtung die Risiko- und Schutzfaktoren im Bewältigungsprozess bekommen. Es ist zu beachten, dass jeder Risikofaktor zum Schutzfaktor werden kann und umgekehrt. Dies hängt sowohl von der Auslegung der einzelnen Faktoren als auch von der Umsetzung dieser Faktoren ab (S. 59).

In Anlehnung an die Studie Gesundheitsförderung Schweiz (2005) werden im Kapitel 7.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren herausgearbeitet, die bei einem Schwangerschaftsabbruch relevant sind. Die ausgewählten Faktoren stützen sich auf Erfahrungsberichte die Bernadette Kurmann (1998) und Michèle Minelli (2000) beschreiben. Einige Risiko- und Schutzfaktoren wurden bereits in Kapitel 2, 3 und 4 mehrmals erwähnt, weil sie für diese Arbeit bedeutsam sind. Diese sind jeweils in den Listen markiert und werden nachfolgend ausführlich beschrieben. Die Zuordnung der Risiko- und Schutzfaktoren basiert auf der Mikro- und Mesebene.

5.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren sind Einflussfaktoren, die Stress oder traumatische Belastungen verstärken können. Die eingefügte Abbildung stellt die Mehrbelastung an Risikofaktoren dar und somit das fehlende Gleichgewicht.



Abbildung 4: Darstellung überwiegende Risikofaktoren



Die folgende Liste zeigt Risiken für psychische Belastungen nach einem Schwangerschaftsabbruch auf. Sie dient dazu, die vielfältigen Faktoren aufzuzeigen, sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Risikofaktoren

Mikro-Ebene

nicht ausreichende psychosoziale Kompetenzen, erkennbar zum Beispiel an einem tiefen Selbstwertgefühl und -vertrauen, negatives Selbstbild, mangelnde Selbstakzeptanz/Selbstachtung

psychische Vorgeschichte: bereits bestehende emotionale Probleme oder ungelöste Traumatisierungen

traditionelles Geschlechterrollenverständnis

konservative Ansichten über Abtreibung oder Religionszugehörigkeit

Zwänge und Druck: nicht selber getroffene Entscheidung/Fremdentscheidung

Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung

Gefühle des „Ausgeliefertseins“ und der Hilflosigkeit

Meso-Ebene

fehlende soziale Integration mit einhergehendem sozialen Ausschluss, kulturelle Konflikte, Diskriminierung und Stigmatisierung von einzelnen Bevölkerungsgruppen inkl. Intoleranz und Misstrauen

AbtreibungsgegnerInnen: Kulturelle Konflikte, Diskriminierung und Stigmatisierung

Trennungs- und Verlusterlebnisse im engsten Kreis

Leben in einer gewalttätigen Beziehung



Umfeld: keine oder wenig Unterstützung von PartnerInnen, Freunden und Freundinnen oder Familienmitgliedern
unzureichende oder unsichere Bindung zur eigenen Mutter
Gewalterfahrung durch Misshandlungen oder Vernachlässigung in der Kindheit

Tabelle 2: Risikofaktoren

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2005)

Bereits bestehende emotionale Probleme oder ungelöste Traumatisierungen: Wie in Kapitel 3 ersichtlich, ist bei einem legalen Schwangerschaftsabbruch eine hohe Sicherheit für die psychische Gesundheit der Frau gegeben. Die Gesundheitsförderung Schweiz (2005) sowie die Studie von Gail Erlick Robinson, Nada L. Stotland, Nancy Felipe Russo, Joan A. Lang und Mallay Occhiogrosso (2009, S. 168-270) untersuchten verschiedene Studien und durchforsteten Literatur zu diesem Thema. Dabei kamen sie zu folgendem Ergebnis:

Von den Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch unter psychischen Belastungen leiden, sind bereits mehr als die Hälfte psychisch vorbelastet. Durch diese Vorbelastung sind der positive Umgang mit der Beendigung der Schwangerschaft und die Verarbeitung der Beendigung der Schwangerschaft erschwert. Somit gehört die psychische Vorgeschichte zu den wichtigsten Indikatoren für psychische Folgeerscheinungen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Möglicherweise steht der psychische Zustand in direktem Zusammenhang mit der unerwünschten Schwangerschaft. Eine Manie oder Hypomanie beispielsweise wird mit einem häufigen Partnerwechsel assoziiert. Frauen mit einer Psychose oder Frauen, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen, schützen sich selber nicht vor sexueller Ausbeutung. Leidet eine Frau unter einer Depression, fehlt ihr möglicherweise der Wille oder die Stärke, ungewollten Geschlechtsverkehr zu verhindern oder auf entsprechende Verhütungsmethoden zu bestehen. Folglich kann eine vorliegende Depression Anpassungsschwierigkeiten und psychische Folgeerkrankungen bewirken. Diese Beispiele sollen lediglich aufzeigen, wie sich die psychische Disposition der Frau auf ihr Handeln auswirken kann, was aber nicht zwingend zu einer unerwünschten Schwangerschaft führen muss.

Zwänge und Druck: Im Kapitel 2.1.5 wurden die Gründe aufgezeigt, die Frauen dazu veranlassen, eine Abtreibung vornehmen zu lassen. Gemäss Lunneborg (2002) kann die Frau bei der Entscheidungsfindung unter Druck ihres Partners oder ihrer Familie geraten; die Zwänge können auch kulturell oder religiös bedingt sein. Zudem kann die Frau auch durch die Berufsausübung oder Ausbildung unter Druck geraten. Auch fehlende Finanzen oder die nicht vorhandene Unterstützung von der Familie und/oder von Freunden können dazu führen,



dass sich Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Der Entscheid wird aufgrund der Wünsche/der Bedürfnisse des Umfeldes und aufgrund der momentanen Lebenssituation getroffen (S. 23–24).

Umfeld: keine oder wenig Unterstützung von PartnerInnen, Freunden und Freundinnen oder Familienmitgliedern: Major und Gramzow (1999) untersuchten 442 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Beinahe die Hälfte dieser Frauen fühlten sich auch vom nächsten Umfeld stigmatisiert, wenn sie von ihrer Abtreibung erzählten und über 45 Prozent wollten es vor der Familie und vor Freunden geheim halten. Gemäss Christian Fiala (2009) sind uneheliche Schwangerschaften in gewissen Kreisen weiterhin tabu, was die Frauen zur Geheimhaltung drängt. Frauen nehmen lieber einen Abbruch in Kauf, als zur Schwangerschaft zu stehen. Je intensiver die Stigmatisierung und Verachtung ist, desto grösser wird das Bedürfnis die Schwangerschaft geheim zu halten. Langfristig kann diese Geheimhaltung zu psychischem Stress und Zurückgezogenheit führen (zit. in APA Task Force on Mental Health and Abortion, S. 60).

5.2 Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind Faktoren, welche die psychische Widerstandskraft (Resilienz) stärken. Die nachfolgende Abbildung zeigt die gegenteilige Situation auf, die Schutzfaktoren überwiegen die Risikofaktoren.



Abbildung 5: Darstellung überwiegende Schutzfaktoren

Die nachfolgende Liste der Schutzfaktoren oder Ressourcen ist nicht vollständig.



Schutzfaktoren oder Ressourcen

Mikro-Ebene

gutes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen und gute Selbstachtung etc.
positive Zukunftserwartungen
grundsätzliche Überzeugung, die Situation meistern zu können
grundsätzliche Überzeugung, die eigenen Probleme und Konflikte meistern zu können
Kompetenz, Lebenssinn zu finden
körperliche Gesundheit

Meso-Ebene

soziale Unterstützung: Einbettung in einem starken sozialen Netz
stabiles Gefüge der engsten Beziehungen
positive Rollenmodelle in Familie, Schule, Beruf, Freizeit, Gesellschaft
positive Beziehung zu Bezugspersonen und gute Erfahrung in der Kindheit/Jugend
Fähigkeit sich in die Gesellschaft zu integrieren
Chancengleichheit bezüglich Beruf, Bildung, sozioökonomischer Schicht, Alter, Migrationshintergrund
gute Bildung

Tabelle 3: Schutzfaktoren
 Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2005)

Schutzfaktoren: Alle genannten Schutzfaktoren der Mikro-Ebene bilden gemäss der Gesundheitsförderung Schweiz (2005) das Kernstück der Salutogenese. Sie stellen generalisierte Widerstandsressourcen dar, die das Potenzial der Frau aufzeigen, Situationen bewältigen zu können. Diese Ressourcen lassen sich zusammenfassen auf zwei Hauptressourcen: die körperliche/konstitutionelle Verfassung und die personalen und psychischen Ressourcen. Während die Einen für die körperliche Gesundheit und Belastbarkeit der Frau sorgen, bewirken die Andern ein präventives Gesundheitsverhalten sowie die aktive Stressvermeidung. Auch Faktoren der Meso-Ebene gehören zum Kernstück der Salutogenese, wie die



soziale Unterstützung und materielle Ressourcen zu denen Schutz, Wohnung, Ernährung etc zählen. Ist dieses Fundament vorhanden und verfügen die Frauen über genügend dieser Ressourcen, können sie ihr Kohärenzgefühl ausprägen und bewahren (S. 26).

Soziale Unterstützung: Major und Gromow (1999) wiesen in einer Studie nach, dass Frauen die bei ihrer Entscheidung mehr soziale Unterstützungen erhalten, sich fähiger fühlen, mit der Situation zurechtzukommen. Auch Perrin (2001) siehe Kapitel 3.2 bestätigt, dass die soziale Unterstützung als Schutzfaktor bei der Bewältigung von Belastungsstörungen eine wichtige Rolle spielt (zit. in APA Task Force on Mental Health and Abortion, S. 60). Somit haben tragfähige, stabile zwischenmenschliche Beziehungen einen direkten positiven Einfluss auf die Gesundheit, sowie auf die körperliche und soziale Leistungsfähigkeit der Betroffenen.

5.3 Fazit

Gemäss Salutogenese ist Gesundheit nicht einfach das Fehlen von Krankheit. Die Frau ist gesund, wenn ihr Wohlbefinden in einem dynamischen Gleichgewicht ist und die Balance besteht zwischen den Risiko- und Schutzfaktoren. Liegen mehr Risikofaktoren vor, werden die Schutzfaktoren geschwächt, was zu Ungleichgewicht und somit zu Überlastung führt. Verfügen die Frauen über mehr Schutzfaktoren, verlieren die Risiken automatisch an Gewicht wie die folgende Abbildung aufweist.



Abbildung 6: Darstellung Risiko- und Schutzfaktoren

Die Betroffenen gewinnen dadurch an Selbstvertrauen und können gestärkt Krisensituationen besser bewältigen. Ihre Lebenssituation kann in dieser Balance sogar mit einer positiven Herausforderung korrelieren. Gemäss Lunneborg (2002, S. 120) löst die Konfrontation mit der Entscheidung bei den Frauen ein Gefühl von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung aus, dies wiederum stärkt ihre Persönlichkeit. (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 41-42) beschreibt ebenfalls wie positive Herausforderungen das psychische Wohlbefinden stärken und Handlungsfähigkeiten in neuen Belastungssituationen fördern.



6 PROBLEMLÖSUNGSPROZESS IN DER SOZIALBERATUNG

In den vorausgegangenen Kapiteln wurden die Bedeutung der salutogenetischen Aspekte und die Risiko- und Schutzfaktoren dargelegt, die das Wohlbefinden der Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch bestimmen. In diesem Kapitel wird nun das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie, das Luzerner-Modell für den Beratungsprozess vorgestellt. Das Modell hilft der Sozialen Arbeit den Problemlösungsprozess in der Beratung zu steuern und zu strukturieren.

6.1 Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie

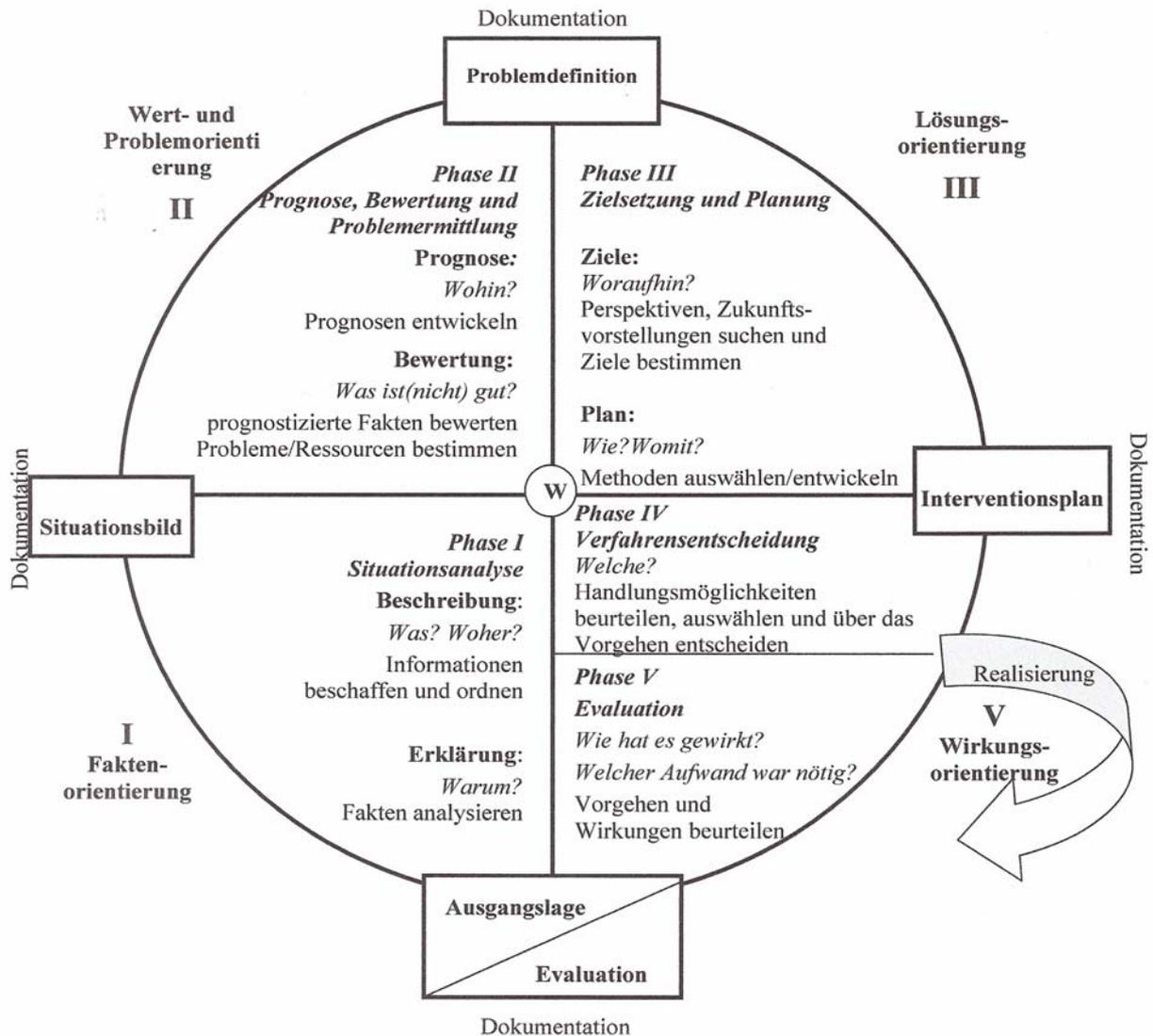
Als Leitmotiv des beruflichen Handelns nennt Kurt Possehl (2002) die methodische Vorgehensweise. Zur Lösung von Problemen wird bewusst, präzise und geordnet nach Plan vorgegangen unter Einbindung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden (zit. in, Urban Brühwiler, Daniel Kunz, Beat Schmocker und Maria Solèr, 2006, S. 10).

Die Hochschule Luzern hat mit einem multiperspektivischen Phasenmodell, dem Luzerner-Modell, das methodische Vorgehen im Berufsfeld der Sozialen Arbeit in fünf Phasen abgesteckt. Wie in Abbildung 7 ersichtlich, wird der Problemlösungsprozess im kreisförmigen Verlauf dargestellt, der zirkulär zu betrachten ist und wiederholt angewendet werden kann.

Dieses Modell soll das Denken und Handeln in jeder einzelnen Phase unterstützen. Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) weisen darauf hin, dass das Modell nicht dazu benutzt werden soll, sich auf einen chronologischen Handlungsablauf festzulegen. Das Modell dient prioritär der Methodenfindung. Es fokussiert die Werteorientierung im Sinne des eigenen Wissens und die Werteorientierung des Wissens der Klientinnen und Klienten und ihres sozialen Umfeldes. Es dient nicht nur dazu praktische Methoden anzuwenden, die sich als Routinehandeln verfestigen, sondern auch dazu Probleme kreativ zu lösen, das mit verfügbaren Methoden in jeder Hinsicht frei gestaltet werden soll (S. 19).



Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie (umgangssprachlich auch Luzerner-Modell)



© 2007 Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Abbildung 7: Luzerner Handlungsmodell (2007)
Quelle: Hochschule Luzern Soziale Arbeit

W (in der Mitte des Kreises) = Wertorientierung

Im Zentrum des Luzerner-Modells steht die Wertorientierung. Sie beinhaltet nach Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) notwendiges Beschreibungs-, Erklärungs-, Werte- und Verfahrenswissen. Mit dem Wissen aus diesen Bereichen unterstützen die Sozialarbeitenden ihre



Denkschritte und wählen die Interventionen für ihre Handlung (S. 21). Zum Wertewissen gehören gesellschaftliche, institutionelle und individuelle Werte. Gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) führt das Wertewissen der Sozialarbeitenden in bestimmten Situationen zur Handlungsanleitung (S. 21).

In den folgenden Abschnitten des Kapitels 6 werden die einzelnen Phasen des Luzerner-Modells kurz erklärt.

6.2 Phase I: Faktenorientierung/Situationsanalyse

Beschreibung: Was? Woher? Gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) erfassen die Sozialarbeitenden die Ausgangslage anhand einer Situationsanalyse. Als Erstes sammeln sie die wichtigsten Informationen und beschreiben die Situation. Bei der Faktenorientierung müssen sie auch nach systemischer Betrachtungsweise das soziale Netz, in das die Klientinnen und Klienten eingebunden sind, berücksichtigen. Darunter werden die sozialen Beziehungen, sowohl familiäre als auch ausserfamiliäre Beziehungen, verstanden; auch deren sozialökologische Umwelt wie Lebensraum, Wohnraum, Freizeitgestaltung und Bildungsmöglichkeiten. Sie erhalten dadurch ein gesamtes Situationsbild (S. 22-24).

Erklärung: Warum? In einem zweiten Schritt suchen die Professionellen Erklärungen für die Problemsituation. Die Fakten, die sie als problematisch betrachten, verdeutlichen sie hypothetisch anhand von ihrem Erklärungswissen und den Theorien. Ihr Fachwissen soll den Sachverhalt erklären können. Mit Erklärungshypothesen versuchen sie, bestimmte Fakten in Zusammenhang zu bringen (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 24-25).

6.3 Phase II: Werte- und Problemorientierung

Prognose: Prognose entwickeln wohin? Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) weisen darauf hin, dass wenn die Erklärungshypothesen aus Phase I Aufschluss darüber geben, wodurch die Probleme entstanden sind, kann auf die Wohin-Frage eine prognostische Antwort gegeben werden, wie sich die Problemlage ohne Hilfe und Unterstützung weiterentwickeln würde.

In der Beschreibung (Phase I) schälen die BeraterInnen die Merkmale, die Risikofaktoren darstellen, heraus. Wenn die Klientinnen und Klienten an der Problemlage nichts verändern und wenn sie über wenig Ressourcen verfügen, die es ermöglichen, ihre Risikofaktoren auszugleichen und wenn ihre notwendige Kompetenzen nicht vorhanden sind, bleiben ihre Risikofaktoren erhalten (S. 31).



Laut Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) halten Prognosen auch fest, dass aufgrund von vorhandenen Ressourcen des Individuums, mit Hilfe des Umfeldes oder aus eigener Fähigkeit etwas zu verändern, sich die Probleme von selbst lösen (S. 31).

Bewertung: Was ist (nicht) gut? Fakten bewerten und Probleme ermitteln: Entsprechend der prognostizierten Situation stellen sich die Sozialarbeitenden dann die Frage, ob aus ihrer Sicht Handlungsbedarf besteht. Sie bewerten die Fakten. Anhand ihrer Prognose, die ein soziales Problem darstellt, beurteilen sie den Handlungsbedarf (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S.32).

6.4 Phase III: Lösungsorientierung

Nach der Beschreibung der Problemlage und der Erfassung von Ressourcen richten die BeraterInnen den Blick auf die Lösungsorientierung. Die Lösungsorientierung soll eine Veränderung ermöglichen, die den Adressatinnen und Adressaten eine positive Zukunft erlaubt.

Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) sind der Meinung, dass es in dieser Phase wichtig ist, mit den Adressatinnen und Adressaten eine positive Zukunftsperspektive zu entwickeln. Die Institution muss klären, ob sie von ihren Möglichkeiten her für diesen Auftrag zuständig ist, oder ob sie mit anderen Berufsfeldern der Sozialen Arbeit oder mit Fachpersonen anderer Berufsfelder zusammenarbeiten muss. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen, sofern die Zuständigkeit nicht in ihrer Institution liegt, Klientinnen und Klienten an entsprechende Fachpersonen vermitteln, damit sie die nötige Unterstützung erhalten (S. 35).

Ziele: Woraufhin? Perspektiven, Zukunftsvorstellungen suchen und Ziele bestimmen: In der Phase der Lösungsorientierung müssen die Sozialarbeitenden Ziele formulieren, damit sie eine Intervention planen können. Die erstellte Situations- und Ressourcenanalyse bildet die Basis, damit die Professionellen die Ziele setzen können. Das Ziel sagt ihnen, welcher Zustand erreicht werden soll. Für einen Handlungsbedarf müssen sie die Ziele so formulieren, dass sie überprüfbar sind. Ziele schaffen eine Grundlage für die Zusammenarbeit und bewirken Anreize für die Adressatenschaft wie auch für die Sozialarbeitenden, Veränderungen anzugehen. Eine bewusste Lösungsorientierung lenkt auch auf die Aufmerksamkeit der Teilziele, die in kleinen Schritten vollzogen werden (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 35).

Plan: Wie? Womit? Methoden auswählen/entwickeln: Nachdem die Fachpersonen Ziele herausgearbeitet haben, erwägen und wählen sie Handlungsmethoden, um mit den Adressatinnen und Adressaten auf diese Ziele hinzuarbeiten. Damit sie die gesetzten Ziele erreichen können, müssen sie ihre angewandten Methoden stets überprüfen. Ausgewählte Methoden passen nicht bei jeder Problemsituation und müssen überdacht werden, besonders dann,



wenn sich die Situation verändert. Bei umfassenden Problemstellungen kann die Methodik nicht auf Anhieb ersichtlich sein. Die Sozialarbeitenden müssen nach geeigneten Methoden suchen, um das Ziel zu erreichen. Das Suchen und Ausprobieren von Methoden ist mit Kreativität verbunden und verlangt von den Professionellen ein breites Methoden- und Verfahrenswissen (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 38).

Silvia Staub Bernasconi (2007) erklärt bei der Methodenfindung den Transformativen Dreischritt. Im Schritt 1 wird nach Erklärungen für den Problemzustand gesucht. Im zweiten Schritt geht es darum die Handlungen zu finden, um die problemerzeugenden Einflüsse zu verändern. Im dritten Schritt werden Handlungsregeln formuliert, also Methoden die Vorschriften, Anweisungen, Empfehlungen oder Normen beinhalten, durch welche der Zustand erreicht oder verhindert werden kann (zit. in Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 38).

Ressourcenerschliessung: Womit? Damit die Klientinnen und Klienten die formulierten Ziele erreichen können, brauchen sie Ressourcen, wie Bezugspersonen im Umfeld, unterstützende Freiwillige, Fachpersonen, auch Informationen, wie Adressen von Fachstellen, Broschüren und Fachliteratur. Des Weiteren werden materielle Mittel benötigt wie Finanzen, Arbeit, Ausbildung, Bedarfsgegenstände, Unterkunft usw. Die Handlungsfähigkeit setzt die Erschliessung von Ressourcen voraus. Wenn der Handlungsplan nicht ausgeführt werden kann aufgrund von Ressourcen die nicht erschliessbar sind, muss die Zielsetzung neu überprüft werden (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 44).

6.5 Phase IV: Verfahrensentscheidung

Welche? Handlungsmöglichkeiten beurteilen, auswählen und über das Vorgehen entscheiden: In der Phase IV der Verfahrensentscheidung prüfen die Sozialarbeitenden das methodische Vorgehen auf die Wirkungsweise für die Zielerreichung hin. So ziehen sie auch andere Wahlmöglichkeiten von Methoden in Erwägung, falls die gewählten Praktiken aus bestimmten Gründen nicht angewendet werden können. Für die Erzielung eines Erfolges benützen sie lediglich bewährte und erprobte Methoden. Um Risiken einzuschränken, müssen sie sich an den Berufskodex und an Rechtsgrundlagen halten. Am Ende dieser Phase formulieren sie das methodische Vorgehen zweckdienlich, damit sie die geplanten Handlungen auf die Umsetzungsphase vorbereiten können.

Realisierung: Mit der Umsetzungsphase beginnen die Sozialarbeitenden, nachdem sie den Handlungsplan ausgearbeitet und die Interventionsschritte, die zum angegebenen Ziel führen, geordnet haben. Auch in der Phase der Realisierung kann es zu Veränderungen kommen. So muss stetig überprüft werden, ob die ausgewählte Methodik sinnvoll und notwendig



ist. Wenn neue Informationen zur Ausgangslage zum Vorschein kommen oder die Rahmenbedingungen sich verändern, wird sie eventuell anders beurteilt. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen ihr Handeln immer wieder reflektieren und aufs Neue überprüfen. So werden die Phasen eins bis drei laufend angepasst (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 45-46).

6.6 Phase V: Evaluation

Wie hat es gewirkt? Welcher Aufwand war nötig? Vorgehen und Wirkung beurteilen: In der Evaluationsphase werden die Handlungsschritte im Problemlösungsprozess auf ihren Erfolg und auf ihre Wirkung der Zielsetzung hin beurteilt. Wurden die gesetzten Ziele erreicht? Welche gewünschten oder auch ungewünschten Wirkungen sind sichtbar? Die Evaluation dient der Fachperson zur Kontrolle und Qualifizierung ihrer eigenen Arbeit nach Effizienz, Wünschbarkeit und Wirksamkeit. Sie dient auch dazu Wissen für den Problemlösungsprozess zu ergänzen und dieses Methodenwissen weiterzuentwickeln (Brühwiler, Kunz und Solèr, 2009, S. 47).

Wie das professionelle Verfahren der Problemlösung von Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch unter Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens leiden, konstruiert wird, ist im folgenden Kapitel aufgezeigt.



7 PROBLEMLÖSUNGSPROZESS NACH SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH (SSA)

In diesem Kapitel wird der Fokus auf den Problemlösungsprozess von Frauen gelegt, die unter negativen psychischen und sozialen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden nach einem Schwangerschaftsabbruch leiden. Es geht darum, das Kohärenzgefühl sowie die Schutz- und Risikofaktoren, welche für die psychischen Folgeerscheinungen nach einem Schwangerschaftsabbruch relevant sind, in den Problemlösungsprozess einfließen zu lassen. Mit systemischen Ansätzen der Sozialen Arbeit und Instrumenten der Methodik nach salutogenetischem Konzept, die im dargestellten Problemlösungsprozess beschrieben werden, wird das Kohärenzgefühl der Frauen, die an psychischen Folgen leiden gestärkt. Somit erlangen die Frauen ihr Wohlbefinden wieder.

Der Problemlösungsprozess in der Beratung wird nach dem multiperspektivischen Handlungsmodell dem „Luzerner Modell“ strukturiert. Wie in Kapitel 6 aufgezeigt wurde, besteht dieser Prozess aus fünf Phasen. Das methodische Vorgehen der Sozialen Arbeit in der Beratung erfolgt in diesem Kapitel analog dieser fünf Phasen. Die gewonnenen Erkenntnisse über das Kohärenzgefühl von Kapitel 4 und die Risiko- und Schutzfaktoren aus Kapitel 5, welche die Gesundheit nach einem Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigen können, sind relevant für die Erarbeitung der Handlungsziele und die Steuerung des Verfahrensentscheids im Problemlösungsprozess.

Der Problemlösungsprozess beginnt, beim Erstkontakt, wenn sich die betroffenen Frauen bei der Beratungsstelle anmelden und endet nach der Evaluation, sofern die Frauen ihre Ziele erreicht haben und die Wiederherstellung ihres psychosozialen Wohlbefindens erfolgt ist.

7.1 Phase I: Faktenorientierung nach SSA

Die Beratung in der sozialen Arbeit bezieht sich meist auf vieldimensionale soziale Probleme von Menschen, die in Beziehung zu anderen Menschen stehen. Sie beruft sich zudem auf den Prozess der Hilfestellung und auf verschiedene Systemebenen (Makro-, Mikro- und Meso-Ebene) (Esther Weber, 2005, S.12).

Wie bereits in der Einleitung von Kapitel 1 erwähnt, fokussieren die Autorinnen in dieser Arbeit vor allem die Mikro- und Meso-Ebene von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch.

In der ersten Phase des Problemlösungsprozess geht es um das Beschreibungs- und Erklärungswissen der Sozialen Arbeit. Die BeraterInnen sammeln Informationen über persönliche und systembezogene Probleme der Frau. Damit können sie die Problemsituation bildhaft



beschreiben und erklären. Zu den gesammelten Fakten gehört vor allem das Kohärenzgefühl, das nachgeprüft und geklärt werden muss.

7.2 Analyse des Kohärenzgefühls

Als grundlegende Theorie wird das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1997) Kapitel 4.2 verwendet. Das Kohärenzgefühl prägt gemäss Antonovsky (1997) ein positives, aktives Selbstbild und ermöglicht die Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit eines Menschen. Für die Frauen bedeutet dies, dass nach einem Schwangerschaftsabbruch für die Wiederherstellung ihres Wohlbefindens eine Wechselwirkung zwischen eigenen belastenden und entlastenden Faktoren und den belastenden und entlastenden Faktoren ihrer Umwelt stattfinden sollte (S. 22-26).

Lunneborg (2002) beschreibt, dass Frauen mit einem gesunden Kohärenzgefühl die Chance haben, ihren Schwangerschaftsabbruch positiv zu bewältigen. Durch positive Gefühle kann sich ein verbessertes Selbstwertgefühl entwickeln. Dieses verbesserte Selbstwertgefühl entsteht durch die Verantwortung, den Entscheid selber zu treffen und die Konsequenzen daraus zu tragen. Junge Frauen können mit dieser Eigenverantwortung an Reife gewinnen (S. 120-131).

Gemäss Alexa Franke (2006) lassen sich aus der Salutogenese folgende Erkenntnisse ableiten: Frauen die bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch die Erfahrung gemacht haben, dass sie Stress nicht wehrlos ausgesetzt sind, können den Abbruch besser verarbeiten. Sie besitzt das Grundvertrauen, mit den zur Verfügung stehenden Widerstandsressourcen ihr Leben meistern zu können (S. 165-172). Dieses Kohärenzgefühl (SOC) ist entscheidend für mehr oder weniger Gesundheit der betroffenen Frauen. Das SOC dient den Frauen als globale Orientierung dafür, ein andauerndes, durchdringendes Gefühl des Vertrauens zu erhalten. Obwohl der Abbruch ein einschneidendes Erlebnis ist, ist er als Stimulus für die Frauen strukturiert, vorhersehbar und erklärbar (Antonovsky, 1997, S. 94; siehe Kapitel 4.2).

Aus diesem Grunde wird der Fragebogen zum Kohärenzgefühl in der Situationsanalyse angewendet (Antonovsky 1987) (zit. in Schüffel et. al, 1989, S. 335-336). Mit der Phase I des Problemlösungsprozesses wird einzeln das Kohärenzgefühl der Frau anhand der Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit ermittelt (siehe Theorie Kohärenzgefühl in Kapitel 4.2). Der Vollständige Fragenkatalog ist im Anhang dieser Arbeit zu finden. Im untenstehenden Fragenkatalog beziehen sich die Zahlen in Klammern auf den Fragebogen von Antonovsky.



Sense of Comprehensibility (Kohärenzgefühl der Verstehbarkeit):

<p>1. Fragestellung (Frage 10)</p>	<p>War Ihr Leben in den letzten 10 Jahren voller Veränderungen, ohne dass Sie wussten, was als nächstes passiert?</p>
<p>Antworten=Skalierung von 1 bis 7</p>	<p>1= Voller Veränderung, ohne dass sie wussten, was als nächstes passiert bis 7= beständig und klar.</p>
<p>Beschreibung:</p>	<p>Die Skalierung der Antwort zu dieser Frage gibt den Sozialarbeitenden Auskunft, inwieweit die Klientinnen die Fähigkeit besitzen, ihren Lebensalltag zu gestalten.</p>
<p>2. Fragestellung (Frage 26)</p>	<p>Wenn etwas Unerwartetes geschieht, hatten Sie im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung über- oder unterschätzten?</p>
<p>Skalierung von 1 bis 7</p>	<p>1=über- oder unterschätzen bis 7=richtig einschätzen</p>
<p>Beschreibung:</p>	<p>Die Antwort der Klientinnen auf diese Frage, gibt Aufklärung darüber, ob sie fähig sind, unerwartete Geschehnisse einzuschätzen und einzuordnen</p>
<p>3. Fragestellung (Frage 12)</p>	<p>Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?</p>
<p>Skalierung von 1 bis 7</p>	<p>1=sehr oft bis 7=sehr selten oder nie</p>
<p>Beschreibung:</p>	<p>Die Beantwortung dieser Frage gibt Aufschluss darüber, ob die Klientinnen die Kompetenz besitzen, in ungewohnten Situationen Handlungsentscheidungen zu treffen</p>



Erklärung: Die Auswertungen der Beschreibungen orientieren die Sozialarbeitenden, ob die Klientinnen die Fähigkeit besitzen, unerwartete Ereignisse in ihrem Leben kognitiv als Stimulus wahrzunehmen und nicht als chaotischen, ungeordneten und unerklärlichen Akt. Laut Alexa Franke (2006) ist ein Abbruch nach einer ungewollten Schwangerschaft für die betroffenen Frauen ein unvorhergesehenes und unerwartetes Lebensereignis. Dank ihrer kognitiven Fähigkeiten und eines stabilen Sense of Comprehensibility, können die Frauen negative Auswirkungen auf ihr psychisches und soziales Wohlbefinden einordnen und erklären. Diese Fähigkeit hilft ihnen auch, nach einem Schwangerschaftsabbruch das Leben meistern und die innere Stabilität wieder herzustellen zu können. Sie erkennen, dass sich Dinge wiederholen und unter vergleichbaren Bedingungen ähnlich sind. Sie werden sich bewusst, dass Dinge und Abläufe Beziehungen überdauern. Diese konsistenten Lebenserfahrungen tragen zur Ausbildung der Comprehensibility des Kohärenzgefühls bei (S. 165-172).

Sense of Manageability (Kohärenzgefühl der Handhabbarkeit):

1. Fragestellung (Frage 13)	Was beschreibt am besten, wie Sie Ihr Leben sehen?
Skalierung von 1 bis 7	1=man kann immer einen Weg finden, mit schmerzlichen Dingen im Leben fertig zu werden, bis 7=es gibt nie einen Weg, mit Dingen im Leben fertig zu werden.
Beschreibung	Die Antwort der Klientin beschreibt, ob sie belastende Ereignisse zu verarbeiten haben.
2. Fragestellung (Frage 27)	Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden?
Skalierung von 1 bis 7	1=es wird Ihnen immer gelingen, die Schwierigkeiten zu überwinden bis 7=Sie werden es nicht schaffen, die Schwierigkeiten zu überwinden.
Beschreibung	Die Antwort der Klientinnen dokumentiert, ob sie fähig sind Kompetenzen anzuwenden mit Schwierigkeiten umzugehen und diese zu bewältigen.



3. Fragestellung (Frage 20)	Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt...
Skalierung von 1 bis 7	1=werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen bis 7= wird sicher etwas geschehen, das dieses Gefühl verderben wird.
Beschreibung	Die Skalierung der Klientinnen gibt Antwort darüber, ob sie fähig sind ihr Gefühl des Wohlbefindens durch eine aktive Handlung herzustellen und beizubehalten.

Erklärung: Die Antworten dokumentieren die Art und Weise, wie die Frauen mit belastenden Situationen umgehen, und inwieweit sie genügend Ressourcen besitzen, um den Anforderungen, das heisst den Stressoren eines Schwangerschaftsabbruches, zu begegnen. Alexa Franke (2006) erklärt, dass der Sense of Manageability den Frauen hilft, sich nicht in die Rolle des Opfers zu begeben. Sie sind fähig mit der Situation umzugehen und sich neu zu orientieren, statt zu trauern, mit dem Schicksal zu hadern oder sich benachteiligt zu fühlen. Ist ihr Sense of Manageability ausgeprägt, vertrauen die Klientinnen nicht nur ihren eigenen Fähigkeiten, sondern sind in der Lage, die Ressourcen ihres Umfeldes zu nutzen. Die Frauen haben die Erfahrung gemacht, dass sie Einfluss auf die Welt um sich herum nehmen und an der Gestaltung mitwirken können. Diese Erfahrung fördert die Ausbildung des Sense of Manageability des Kohärenzgefühls (S. 165-172).

Sense of Meaningfulness (Kohärenzgefühl der Sinnhaftigkeit):

1. Fragestellung (Frage 28)	Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, eigentlich wenig Sinn haben?
Skalierung von 1 bis 7	1=sehr oft bis 7=sehr selten oder nie.
Beschreibung	Die Antwort veranschaulicht den Sozialarbeitenden, ob die Klientinnen einen Sinn in ihrer Lebensgestaltung sehen.



2. Fragestellung (Frage 8)	Bis jetzt hatte mein Leben...
Skalierung von 1 bis 7	1=überhaupt keine klaren Ziele und Vorsätze 7=sehr klare Ziele oder Vorsätze.
Beschreibung	Die Klientinnen geben Auskunft darüber, ob sie ihr Leben aktiv mit Hilfe von Zielen und Vorsätzen gestalten und somit ihrem Leben auch Sinn verleihen können.
3. Fragestellung (Frage 4)	Kommt es vor, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?
Skalierung von 1 bis 7	1=sehr selten oder nie bis 7= sehr oft.
Beschreibung	Aus der Antwort können die Sozialarbeitenden entnehmen, ob die Klientinnen in der Auseinandersetzung mit sich und ihrer Umgebung einen Sinn sehen.

Bewertung: Franke (2006) ist der Ansicht, dass es relevant ist, welche Bedeutung und welchen Sinn das Leben für die Frauen hat. Davon hängt auch ab, ob der Schwangerschaftsabbruch als Herausforderung oder als Last und Bürde erlebt wird. Falls die Frau in ihrem bisherigen Leben vorwiegend erfahren musste, dass es keinen Bereich gibt, in dem sie sich für wichtig und unentbehrlich hält, ist die Wahrscheinlichkeit für einen ausgeprägten Sense of Meaningfulness gering. Die Frauen dürfen nicht chronisch überlastet oder überfordert sein. Ausgeglichenheit ist notwendig für die Ausbildung eines starken Sense of Meaningfulness des Kohärenzgefühls (S. 165-172).

7.2.1 Analyse der Risiko und Schutzfaktoren

Wie schon erwähnt, gehört es zur Aufgabe der Sozialarbeitenden die Risiko- und Schutzfaktoren, welche das Wohlbefinden einer hilfeschuchenden Frau belasten oder unterstützen, herauszufinden.

Aus der Theorie des Kohärenzgefühls entwickelte sich gemäss der Studie Gesundheitsförderung Schweiz (2005, S. 85), siehe Kapitel 4.3, ein Modell, das sich für die Eruiierung von Risiko- und Schutzfaktoren in der Beratung von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch



besonders eignet. Die Autorinnen haben daher anhand der häufigsten Risiko- und Schutzfaktoren nach einem Schwangerschaftsabbruch untenstehenden Fragenkatalog konzipiert. Die ausgewählten Faktoren stützen sich auf Erfahrungsberichte die Kurmann (1998) und Minelli (2000) beschreiben; siehe Kapitel 5.1 und 5.2. Diese Faktoren können sich, wenn sie in einem Ungleichgewicht sind, auf das psychische und soziale Wohlbefinden der Frauen auswirken.

Die Frauen sagen aus, wie hoch sie die einzelnen Faktoren bewerten/gewichten; dafür stehen ihnen 6 Abstufungen zur Verfügung.

- überhaupt nicht
- nur ein wenig
- etwas
- mässig
- ziemlich viel
- sehr viel

Analyse der Risikofaktoren

Risikofaktoren	Fragestellung
----------------	---------------

Mikro-Ebene

tiefes Selbstwertgefühl	Fühlen Sie sich manchmal wertlos und unnützig?
mangelnde Selbstakzeptanz/Selbstachtung	Gefallen Sie sich so, wie Sie sind?
nicht ausreichende psychosoziale Kompetenzen	Fühlen Sie sich manchmal einsam und haben Sie das Gefühl, dass Sie unfähig sind, Kontakte zu anderen Mitmenschen zu knüpfen?
negatives Selbstbild	Fühlen Sie sich an ihrer Situation mitschuldig und haben Sie das Gefühl, dass Sie es gar nicht verdient haben, dass es Ihnen gut geht?



bereits vorher bestehende emotionale Probleme oder ungelöste Traumatisierung. =psychische Vorgeschichte	Litten Sie vor dem Abbruch an einer psychischen Erkrankung und hat sich Ihr Zustand nach dem Schwangerschaftsabbruch verändert?
traditionelles Geschlechterrollenverständnis	Fühlen Sie sich als Frau benachteiligt und haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie als Mann mehr Lebensqualität hätten?
konservative Ansichten über Abtreibung oder Religionszugehörigkeit	Sind Sie manchmal der Ansicht, dass Sie durch die Abtreibung einen Fehler gemacht haben oder sich sogar vor Gott versündigt haben?
nicht selber getroffene Entscheidung/ Fremdentscheidung =Zwänge und Druck	Haben Sie das Gefühl, Sie haben sich aus freiem Willen und ohne Druck Ihres sozialen Umfeldes für den Abbruch entschieden? Haben Sie grundsätzlich das Gefühl, Ihr Leben selber zu bestimmen, oder sind Sie eher der Ansicht, dass dies andere für Sie tun?
Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung	Haben Sie Mühe, Entscheidungen zu treffen?
Gefühle des „Ausgeliefertseins“ und der Hilflosigkeit	Sind Sie manchmal der Ansicht, dass Sie ohne Hilfe von Anderen verloren wären?

Meso-Ebene

fehlende soziale Integration, sozialer Ausschluss	Haben Sie teilweise das Gefühl, dass Sie zu niemandem gehören und keinen Freundeskreis haben?
kulturelle Konflikte, Diskriminierung und Stigmatisierung	Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie auf Grund Ihres Entscheids zum Abbruch ausgegrenzt und benachteiligt werden?



Trennungs- und Verlusterlebnisse im engen Kreis	Mussten Sie die Erfahrung machen, dass sich Menschen, denen Sie vertraut hatten, sich von ihnen abwendeten?
fehlende Chancengleichheit bezgl. Beruf, Bildung, sozioökonomischer Status, Alter, Migrationshintergrund	Haben Sie das Gefühl, dass Sie trotz Anstrengungen aufgrund Ihres Alters, Berufs, Ihrer Schulbildung, Ihres Status oder Migrationshintergrundes in Ihrem Leben benachteiligt wurden?
Leben in einer gewalttätigen Beziehung	Wurde Ihnen in Ihrer Beziehung oder auch in früheren Beziehungen Gewalt angetan?
keine oder wenig Unterstützung von Partner, Freunden oder Familienmitgliedern =Umfeld	Fühlen Sie sich von Ihrem Partner, Freund oder von Ihrer Familie unterstützt?
unzureichende oder unsichere Bindung zur eigenen Mutter	Fühlten Sie sich in der Beziehung zu Ihrer Mutter geborgen?
Gewalterfahrung durch Misshandlungen oder Vernachlässigung in der Kindheit	Mussten Sie in ihrer Kindheit seitens der Eltern Gewalt erfahren oder hatten Sie das Gefühl, Sie wurden von ihnen gar nicht wahrgenommen?

Tabelle 4: Risikofaktoren und Fragestellung

In dieser Arbeit konzentrieren sich die Autorinnen auf die Risikofaktoren (gelbe Zeilen), die das Wohlbefinden einer Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch negativ beeinflussen können. Die Begriffe psychische Vorbelastung, Zwänge und Druck sowie Umfeld stammen aus der Tabelle in Kapitel 5.1.

Risikofaktor: Psychische Vorgeschichte

Fragestellung: Litten Sie vor dem Abbruch an einer psychischen Erkrankung und hat sich Ihr Zustand nach dem Schwangerschaftsabbruch verändert?

Beschreibung: Anhand der Auswertung der Antworten können gegebenenfalls bereits vorher bestehende emotionale Probleme wie Depressionen oder Angstgefühle sowie ungelöste Traumatisierungen erkannt werden. Zusätzlich kann fest-



gestellt werden, ob die psychischen Störungen nach dem Abbruch noch vorhanden sind oder sogar verstärkt auftreten.

Erklärung: Wie in Kapitel 5.1 ersichtlich ist, sind bereits mehr als die Hälfte der Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch unter psychischen Belastungen leiden, psychisch vorbelastet (Nada L. Stotland et. al., 2009, S. 168-270). Somit gehört die psychische Vorgeschichte zu den wichtigsten Indikatoren für psychische und soziale Beeinträchtigungen des Wohlbefindens nach einem Schwangerschaftsabbruch. Gemäss Claudia Stein (2009), ist bei bestehender psychischer Störung in Form von einer Manie, Depression oder Angststörung, eine interdisziplinäre Kooperation sehr wichtig (S. 172). Die Vorgehensweise wird im Kapitel 7.3 unter Kriseninterventionen näher erörtert.

Risikofaktor: Zwänge und Druck

Fragestellung: Haben Sie das Gefühl Sie haben sich aus freiem Willen und ohne Druck Ihres sozialen Umfeldes für den Abbruch entschieden? Haben Sie grundsätzlich das Gefühl Ihr Leben selber zu bestimmen oder sind Sie eher der Ansicht, dass dies andere für Sie tun?

Beschreibung: Die Antwort der Klientinnen lässt die Sozialarbeitenden erkennen, unter welchen Bedingungen sie die Entscheidung für einen Abbruch getroffen haben und ob sie grundsätzlich in der Lage sind ohne die Beeinflussung ihres Beziehungsumfeldes Entscheidungen selbständig zu treffen.

Erklärung: Gemäss Lunneborg (2002), siehe Kapitel 5.1, kann die Frau durch ihr Umfeld zu einem Abbruch gedrängt werden. Dieser Druck kann von ihrem Partner, ihrer Familie, ihrer Religion oder ihrem Arbeitsplatz ausgeübt werden. Der Entscheid wird aufgrund der Wünsche oder Bedürfnisse des Umfeldes und der momentanen Lebenssituation getroffen und kann sich nach dem Abbruch negativ auf das psychische und soziale Wohlbefinden auswirken (S. 120).

Risikofaktor: Umfeld

Fragestellung: Fühlen Sie sich von Ihrem Partner, Freund oder von Ihrer Familie unterstützt?



Beschreibung: Die Antwort der Klientinnen gibt Auskunft darüber, ob sie Netzwerke in ihrem Umfeld haben, die ihre soziale Unterstützung und Integration ermöglichen.

Erklärung: Um mit der Situation nach einem Schwangerschaftsabbruch zurechtzukommen, braucht es wie im Kapitel 5.1 beschrieben die soziale Unterstützung als Schutzfaktor. Ist dieser Faktor nicht vorhanden, wirkt die fehlende soziale Unterstützung als Risikofaktor auf das psychische und soziale Wohlbefinden der Frauen ein. Gemäss der Studie von Major und Gramzow (1999), fühlen sich Frauen, die bei ihrer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch mehr soziale Unterstützungen erhalten, fähig die Situation zu meistern (zit. in APA Task Force on Mental Health and Abortion, S. 60). Auch Perrin (2001) siehe Kapitel 3.2 bestätigt, dass die soziale Unterstützung als Schutzfaktor bei der Bewältigung von Belastungsstörungen eine wichtige Rolle spielt (S. 28). Somit haben tragfähige, stabile zwischenmenschliche Beziehungen einen direkten positiven Einfluss auf die Gesundheit, sowie auf die körperliche und soziale Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Aus diesem Grunde stehen vor allem die betroffenen Frauen und ihr Umfeld im Beratungsprozess im Vordergrund.

Analyse der Schutzfaktoren

Schutzfaktoren oder Ressourcen	Fragestellung
Mikro-Ebene	
gutes Selbstwertgefühl/Selbstachtung/Selbstvertrauen etc.	Mögen Sie sich, wie Sie sind und tragen Sie auch Sorge zu sich selber?
positive Lebens- und Grundeinstellung	Erleben Sie Ihr Leben auch in dieser schwierigen Situation als lebenswert und gelingt es Ihnen Ihr Wohlbefinden aufrechtzuerhalten oder wiederzuerlangen?
grundsätzliche Überzeugung, die Situation bewältigen zu können	Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie schwierige Situationen selber, ohne fremde Hilfe meistern konnten?



grundsätzliche Überzeugung, die eigene Probleme und Konflikte meistern zu können	Haben Sie das Gefühl, dass Sie Probleme und Konflikte in Ihrem Leben lösen können und sind Sie mit dem Resultat zufrieden?
die Kompetenz, Lebenssinn zu finden	Haben Sie in Ihrem Leben Ziele, Erwartungen und Träume, die Sie gerne realisieren möchten?
körperliche Gesundheit	Haben Sie grundsätzlich das Gefühl, dass Sie sich wohl fühlen und genügend Energie haben den Alltagsanforderungen gerecht zu werden?

Meso-Ebene

Einbettung in starkem sozialen Netz	Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Umfeld und von Ihrem Freundes- und Familienkreis unterstützt?
stabiles Gefüge der engsten Beziehungen	Vertrauen Sie grundsätzlich den Beziehungen zu Ihrem Freundes- und Familienkreis und haben Sie das Gefühl, dass die Beziehungen trotz Schwierigkeiten bestehen bleiben?
positives Rollenmodell in der Familie, Schule, Beruf, Freizeit, Gesellschaft	Fühlen Sie sich in der Familie, in Schule, Beruf, Freizeit und Gesellschaft geschätzt und anerkannt?
positive Beziehung und gute Erfahrung in der Kindheit/Jugend	Gab es in Ihrer Kindheit und Jugend Erlebnisse und Beziehungen, an die Sie sich gerne erinnern?
Fähigkeit, sich in die Gesellschaft zu integrieren	Haben Sie positive Erlebnisse im Kontakt mit Ihren Mitmenschen, sei es in Beruf, Sport oder Vereinstätigkeit?



<p>Chancengleichheit bzgl. Beruf, Bildung, sozioökonomischer Schicht, Alter, Migrationshintergrund</p>	<p>Gab es Situationen, in denen Sie Wertschätzung von Ihren Mitmenschen aufgrund Ihres Berufes, Alters, sozioökonomischen Hintergrundes, Ihrer Bildung oder Schicht erfahren?</p>
--	---

Tabelle 5: Schutzfaktoren und Fragestellung
 Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2005)

Zu den wichtigsten Ressourcen zählen stabile zwischenmenschliche Beziehungen (Einbettung in starkem sozialem Netz). Diese nehmen Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit der betroffenen Frauen. Frauen, die über diese Ressourcen verfügen und auch materielle Ressourcen zur eigenen Sicherung wie Schutz, Wohnung, Ernährung etc. besitzen, verfügen über die Grundlage, ihr Kohärenzgefühl ausprägen und aufrechterhalten zu können.

Da der Risikofaktor fehlende soziale Unterstützung und der Schutzfaktor zwischenmenschliche Beziehungen dieselbe Thematik darstellen, wird im weiteren Problemlösungsprozess der Risikofaktor fehlende soziale Unterstützung nicht weiter bearbeitet.

7.2.2 Erklärungshypothese

Durch die Auswertung der Fragenkataloge zum Kohärenzgefühl und zu den Risiko- und Schutzfaktoren konnte die Situation der Frauen beschrieben und geklärt werden. Wichtig ist, dass die Auswertungsergebnisse mit den Klientinnen besprochen werden und diese Resultate von ihnen überprüft werden. Die von den Klientinnen bestätigten Antworten aus der Auswertung des Beschreibungs- und Erklärungswissens geben den Professionellen der Sozialen Arbeit wichtige Hinweise für die nachfolgenden Phasen des Problemlösungsprozesses. Erst nachdem die Frauen die Richtigkeit ihrer Antworten bestätigt haben, sollen die Auswertungsdaten mit der vor der Situationsanalyse erstellten Hypothese verglichen und an die neue Ausgangssituation angepasst werden. Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) erklären dass, je präziser die neu gewonnenen Hypothesen auf die Situation angepasst werden können, desto genauer kann prognostiziert werden, wie sich die Situation ohne Intervention der Sozialarbeitenden entwickeln könnte (S. 30).



Folgende Erklärungshypothese konnte gemacht werden anhand der Analyse des Kohärenzgefühls und der Risiko- und Schutzfaktoren der Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch eine Sozialberatung aufsuchen:

	Erklärungshypothesen
Sense of Comprehensibility	<ul style="list-style-type: none"> - Die Fähigkeit der Klientin, unerwartete Ereignisse in ihrem Leben kognitiv als Stimulus wahrzunehmen, könnte nur schwach ausgebildet sein. - Kognitive Fähigkeiten, wie sie ihr Wohlbefinden nach dem Schwangerschaftsabbruch wiederherstellt, könnten nur unzureichend vorhanden sein. - Sie könnte aufgrund fehlender Erfahrung nicht in der Lage sein zu erkennen, dass sich Dinge wiederholen und unter vergleichbaren Bedingungen ähnlich sind. <p>Hypothese: Der Sense of Comprehensibility der Klientin, könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein</p>
Sense of Meaningfulness	<ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte keine Bedeutung und keinen relevanten Lebenssinn in ihrem Leben sehen. - Es könnte ihr kaum ein Bereich in ihrem Leben bekannt sein, in dem sie ihr Dasein als wichtig und unentbehrlich erlebt hat. - Sie könnte sich grundsätzlich von ihrem Umfeld überfordert fühlen. <p>Hypothese: Der Sense of Meaningfulness könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</p>



	Erklärungshypothesen
Sense of Manageability	<ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte Mühe haben, genügend Ressourcen zu entwickeln, um mit den Stressoren eines Schwangerschaftsabbruches umzugehen. - Sie könnte sich in der belastenden Situation als Opfer fühlen und mit ihrem Schicksal hadern. - Es könnte ihr die Kompetenz der Neuorientierung fehlen und darum könnte sie sich benachteiligt fühlen. - Ihr könnte das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten fehlen und sie könnte nicht in der Lage sein, die Ressourcen ihres Umfeldes zu nutzen. - Ihr könnte die Erfahrung fehlen, Einfluss auf die Welt um sich herum nehmen und an der Gestaltung mitwirken zu können. <p>Hypothese: Der Sense of Manageability der Klientin könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</p>
Risikofaktor psychische Vorgeschichte	<ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch eine Beeinträchtigung ihres psychischen und sozialen Wohlbefindens erlebt haben. - Sie könnte bereits vor dem Abbruch an einer psychischen Erkrankung in Form von einer Manie, Depression oder Angststörung gelitten haben. - Die Symptome könnten auch nach dem Schwangerschaftsabbruch vorhanden sein oder verstärkt auftreten. - Der Schwangerschaftsabbruch könnte auch eine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst haben, an deren Symptomatik sie immer noch leiden würde. <p>Hypothese: Die Klientin könnte eine psychische Vorgeschichte haben oder durch den Abbruch an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden.</p>



	Erklärungshypothesen
Risikofaktor Zwänge und Druck	<ul style="list-style-type: none"> - Druck und Zwänge aus dem Umfeld der Frau, die sie zu einem Schwangerschaftsabbruch veranlassten, könnten die Ursache sein, dass das Wohlbefinden der Frau beeinträchtigt ist. - Das Fehlen von Finanzen oder der Unterstützung von der Familie und/oder von Freunden könnten für die Beeinträchtigung verantwortlich sein. <p>Hypothese: Die Klientin könnte aufgrund von Druck und Zwängen unter negativen psychosozialen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden leiden.</p>
Risikofaktor Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende soziale Unterstützung könnte als Risikofaktor auf das psychische und soziale Wohlbefinden der Frau einwirken. Dies könnte den Verarbeitungsprozess nach einem Schwangerschaftsabbruch behindern. <p>Hypothese: Die Klientin könnte aufgrund von fehlender sozialer Unterstützung den Schwangerschaftsabbruch nicht verarbeiten können und an den daraus resultierenden psychischen und sozialen Folgeerscheinungen leiden.</p>

Tabelle 6: Erklärungshypothese
 Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2005)

Je präziser die erstellten Hypothesen gebildet wurden, desto aussagekräftiger sind die gewonnen Erkenntnisse aus der Gesprächsführung. Desto genauer kann anhand dieser Annahmen prognostiziert werden, wie sich die Situation der Klientin ohne Intervention weiter entwickeln könnte. Dieser Vorgang wird in der Phase II beschrieben.

7.3 Phase II: Werte- und Problemorientierung nach SSA

Gestützt auf Fachwissen, Wertewissen und Theorien versuchen Sozialarbeitende die persönliche Lage der Klientin bestmöglich einzuschätzen. Die Gegebenheiten und erhaltenen Informationen können allenfalls gedeutet, begründet und erklärt werden, wie dies nachfolgend aufgezeigt wird.



7.3.1 Prognoseentwicklung

Über die Bildung der Erklärungshypothese können die Sozialarbeitenden eine Vorstellung erhalten, wodurch die problematisierte Situation der Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch entstanden ist. Im Folgenden wird erläutert, wie sich die Situation der Frau verändern würde, wenn sie sich nicht zu einer Sozialberatung angemeldet hätte. Die Antworten der Klientinnen auf die Wohin-Frage ermöglichen den Sozialarbeitenden eine Prognose, wie sich die Situation ohne ihre Intervention entwickeln könnte.

Die vorgängig genannten Erklärungshypothesen werden den Prognosen ohne Intervention gegenübergestellt und demzufolge wiederholt.

Erklärungshypothese	Prognose ohne Intervention
<p><i>Hypothese: Der Sense of Comprehensibility der Klientin, könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Fähigkeit der Klientin, unerwartete Ereignisse in ihrem Leben kognitiv als Stimulus wahrzunehmen, könnte nur schwach ausgebildet sein. - Kognitive Fähigkeiten, wie sie ihr Wohlbefinden nach dem Schwangerschaftsabbruch wiederherstellt, könnten nur unzureichend vorhanden sein. - Sie könnte aufgrund fehlender Erfahrung nicht in der Lage sein zu erkennen, dass sich Dinge wiederholen und unter vergleichbaren Bedingungen ähnlich sind. 	<p><i>Prognose: Der Sense of Comprehensibility der Klientin könnte sich nicht entwickeln.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Erfahrung, dass unerwartete Ereignisse im Leben grundsätzlich bedrohlich sind, könnte sich im Erleben der Frau manifestieren. - Die Klientin könnte zur Ansicht gelangen, dass ein beeinträchtigtes Wohlbefinden zu ihrem Lebensalltag gehört. - Unveränderte Verhaltensmuster, die sie bei zukünftigen schwierigen Lebensereignissen anwenden, könnten ihre Lebenssituation weiterhin verschlechtern.



Erklärungshypothese	Prognose ohne Intervention
<p>Hypothese: Der Sense of Meaningfulness könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte keine Bedeutung und keinen relevanten Lebenssinn in ihrem Leben sehen. - Es könnte ihr kaum ein Bereich in ihrem Leben bekannt sein, in dem sie ihr Dasein als wichtig und unentbehrlich erlebt hat. - Sie könnte sich grundsätzlich von ihrem Umfeld überfordert fühlen. 	<p>Prognose: Der Sense of Meaningfulness der Klientin könnte sich nicht entwickeln.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte infolge des fehlenden Lebenssinns an einer Depression erkranken. - Die Klientin könnte sich immer mehr isolieren, da sie das grundlegende Gefühl haben, dass sie von niemandem gebraucht wird. - Sie könnte körperlich und psychisch aufgrund der chronischen Stressbelastung erkranken.
<p>Hypothese: Der Sense of Manageability der Klientin könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte Mühe haben, genügend Ressourcen zu entwickeln, um mit den Stressoren eines Schwangerschaftsabbruches umzugehen. - Sie könnte sich in der belastenden Situation als Opfer fühlen und mit ihrem Schicksal hadern. - Es könnte ihr die Kompetenz der Neuorientierung fehlen und darum könnte sie sich benachteiligt fühlen. - Ihr könnte das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten fehlen und sie könnte nicht in der Lage sein, die Ressourcen ihres Umfeldes zu nutzen. - Ihr könnte die Erfahrung fehlen, Einfluss auf die Welt um sich herum nehmen und an der Gestaltung mitwirken zu können. 	<p>Prognose: Der Sense of Manageability der Klientin könnte sich nicht entwickeln.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte in zukünftigen belastenden Situationen den Anforderungen hilflos ausgeliefert sein. - Sie könnte sich an ihre Opferrolle gewöhnen und zur Erkenntnis gelangen, dass sie nichts anderes verdient hat. - Sie könnte die Erkenntnis entwickeln, dass es für sie keine Perspektiven im Leben gibt. Dies könnte der Nährboden für eine eventuelle Suizidalität sein. - Sie könnte zur Ansicht gelangen, dass sie nicht gut genug ist und aus diesem Grund von allen abgelehnt würde. - Sie könnte sich gegenüber ihrer Umwelt völlig apathisch und passiv verhalten.



Erklärungshypothese	Prognose ohne Intervention
<p>Hypothese: Die Klientin könnte eine psychische Vorgeschichte haben oder durch den Abbruch an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch eine Beeinträchtigung ihres psychischen und sozialen Wohlbefindens erlebt haben. - Sie könnte bereits vor dem Abbruch an einer psychischen Erkrankung in Form von einer Manie, Depression oder Angststörung gelitten haben. - Die Symptome könnten auch nach dem Schwangerschaftsabbruch vorhanden sein oder verstärkt auftreten. - Der Schwangerschaftsabbruch könnte auch eine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst haben, an deren Symptomatik sie immer noch leiden würde. 	<p>Prognose: Die Klientin könnte durch ihre psychische Vorgeschichte oder posttraumatische Belastungsstörung an einer akuten psychischen Erkrankung leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte psychisch krank werden. - Die Klientin könnte in eine akute Krisensituation gelangen und müsste notfallmässig psychiatrisch hospitalisiert werden. - Die Klientin könnte notfallmässig in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. - Die Klientin könnte aus Angst, weitere Flashbacks zu erleben, ihre Wohnung nicht mehr verlassen.
<p>Hypothese: Die Klientin könnte aufgrund von Druck und Zwängen unter negativen psychosozialen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Druck und Zwänge aus dem Umfeld der Frau, die sie zu einem Schwangerschaftsabbruch veranlassten, könnten die Ursache sein, dass das Wohlbefinden der Frau beeinträchtigt ist. - Das Fehlen von Finanzen oder der Unterstützung von der Familie und/oder von Freunden könnten für die Beeinträchtigung verantwortlich sein. 	<p>Prognose: Die Klientin könnte aufgrund von Druck und Zwängen ihre eigene Entscheidungsfähigkeit ausblenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin könnte aufgrund ihrer Erfahrung in Zukunft den Forderungen, dem Druck und den Zwängen aus ihrem Umfeld hilflos ausgeliefert sein. - Die finanzielle Notlage und fehlende soziale Unterstützung würden die Klientin zwingen die Leistungen des Sozialamtes ihrer Wohngemeinde in Anspruch zu nehmen.



Erklärungshypothese	Prognose ohne Intervention
<p>Hypothese: Die Klientin könnte aufgrund von fehlender sozialer Unterstützung den Schwangerschaftsabbruch nicht verarbeiten können und an den daraus resultierenden psychischen und sozialen Folgeerscheinungen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlende soziale Unterstützung könnte als Risikofaktor auf das psychische und soziale Wohlbefinden der Frau einwirken. Dies könnte den Verarbeitungsprozess nach einem Schwangerschaftsabbruch behindern. 	<p>Prognose: Die Klientin könnte aufgrund von fehlender sozialer Unterstützung und Integration im Verarbeitungsprozess stagnieren und keine Energie mehr haben, um neue Perspektiven zu entwickeln.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die fehlende soziale Integration könnte für die Klientin einen Ausschluss aus der sozialen Unterstützung wie Nachbarschaftshilfe und Freundschaften, bedeuten. - Der fehlende Austausch mit Mitmenschen könnte bewirken, dass die Klientin auf die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs fixiert bleibt.

Tabelle 7: Erklärungshypothese und Prognoseentwicklung

Nach der Erstellung der Prognose, wie sich die Situation der Klientin ohne die Intervention der Sozialarbeitenden entwickeln würde, wird im nächsten Kapitel der Fokus auf die Bewertung und Problemerkennung gerichtet.

7.3.2 Bewertung

In dieser Phase des Problemlösungsprozesses werden mit Hilfe des Wertewissens und Problemwissens die prognostizierten Fakten bewertet und angepasst. Aus den bewerteten Fakten und der Problemerkennung können die Sozialarbeitenden erkennen, ob und welcher Handlungsbedarf in der Beratung besteht. Professionelle der Sozialen Arbeit richten sich für die Problemerkennung nach der Fragestellung „Was ist (nicht) gut?“ (Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 31).

Hier ist anzumerken, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit wissen müssen, welche Moralvorstellungen in welchem sozialen Kontext wesentlich sind. Es ist ihre Aufgabe, die Werte der Klientinnen zu erkennen. Sie müssen sich zudem auch fragen, welche Moral bestimmte Gruppierungen vertreten besagt Gregor Husi (2008, S. 32). Dennoch sollten sie fähig sein eine neutrale Haltung in der Beratung von Frauen einnehmen zu können, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. Damit die Beeinträchtigung des psy-



chischen und sozialen Wohlbefindens verhindert und gelindert werden können, wird nachfolgend beurteilt, ob die prognostizierte Situation der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch ein manifestes soziales Problem darstellt.

Gemäss Kaspar Geiser (2007) kann folgende Anwendung, die sich auf die Bedürfnistheorie zur Situationsbeurteilung stützt, getätigt werden (zit. in Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 33).

Problem	Nicht befriedigtes Bedürfnis
<p><i>Hypothese: Der Sense of Comprehensibility der Klientin, könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Erfahrung, dass unerwartete Ereignisse im Leben grundsätzlich bedrohlich sind, hat sich im Erleben der Frau manifestiert. - Die Klientin ist der Ansicht, dass ein fehlendes Wohlbefinden zu ihrem Lebensalltag gehört. - Unveränderte Verhaltensmuster, die sie bei schwierigen Lebensereignissen anwendet, verschlechtern ihre Lebenssituation. 	<p>Bedürfnis nach subjektiv nachvollziehbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information</p>
<p><i>Hypothese: Der Sense of Meaningfulness könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin entwickelt infolge des fehlenden Lebenssinnes depressive Symptome. - Die Klientin isoliert sich, da sie das grundlegende Gefühl hat, dass sie von niemandem gebraucht wird. - Sie fühlt sich durch die chronische Stressbelastung energielos und überfordert. 	<p>Bedürfnis nach Hoffnung und Erfüllung von eigenen wichtigen Zielen</p>



Problem	Nicht befriedigtes Bedürfnis
<p>Hypothese: Der Sense of Manageability der Klientin könnte kaum oder nur wenig ausgebildet sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin ist belastenden Situationen und Anforderungen hilflos ausgeliefert. - Sie fühlt sich als Opfer und ist zur Erkenntnis gelangt, dass sie nichts anderes verdient hat. - Sie hat das Gefühl, dass es keine Perspektiven im Leben gibt. - Sie fühlt sich wert- und nutzlos und hat das Gefühl, von allen abgelehnt zu werden. - Sie verhält sich gegenüber ihrer Umwelt apathisch und passiv. 	<p>Bedürfnis nach anwendbaren Fertigkeiten, Kompetenzen, Regeln und sozialen Normen zur Bewältigung von wiederkehrenden Situationen und zum Erreichen von eigenen relevanten Zielen.</p>
<p>Hypothese: Die Klientin könnte eine psychische Vorgeschichte haben oder durch den Abbruch an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin kann aufgrund einer akuten Suizidalität in eine Krisensituation gelangen und muss notfallmässig psychiatrisch hospitalisiert werden. - Die Klientin verlässt aus Angst vor weiteren Flashbacks kaum noch ihre Wohnung. 	<p>Bedürfnis nach körperlicher und psychischer Unversehrtheit</p>



Problem	Nicht befriedigtes Bedürfnis
<p>Hypothese: Die Klientin könnte aufgrund von Druck und Zwängen unter negativen psychosozialen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin ist den Forderungen, dem Druck und den Zwängen aus ihrem Umfeld hilflos ausgeliefert. - Die Klientin hat finanzielle Schwierigkeiten und muss Sozialhilfe beantragen. 	<p>Bedürfnis nach Autonomie</p>
<p>Hypothese: Die Klientin könnte aufgrund von fehlender sozialer Unterstützung den Schwangerschaftsabbruch nicht verarbeiten können und an den daraus resultierenden psychischen und sozialen Folgeerscheinungen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin wird von ihrem sozialen Umfeld ausgeschlossen. - Das Denken und Fühlen der Klientin ist auf den Schwangerschaftsabbruch fixiert. 	<p>Bedürfnis nach sozialer und kultureller Zugehörigkeit durch Teilnahme, nach emotionaler Zuneigung und sozialer Anerkennung.</p>

Tabelle 8: Problembeschrieb nach Geiser

Gemäss Geiser (2007) ist das Wohlbefinden eines Menschen erst erreicht, wenn die Bedürfnisse befriedigt werden können. Folglich geht es um die Wiederherstellung der inneren Balance. Wird eine Situation als Behinderung oder Bedrohung beurteilt, kommt es zu einer inneren Reaktion, welche die Bedürfnisunterdrückung und den Bedürfnisaufschub zur Folge haben kann. Diese Erkenntnis erklärt, dass es sich negativ auf das psychische und soziale Wohlbefinden auswirkt, wenn die Bedürfnisse der Klientinnen nicht befriedigt werden können (S. 55-57).

Nach der Zusammenfassung der Probleme und der Bedürfnistheorie von Geiser (2007) können die Ressourcen der Klientinnen erhoben werden. Es handelt sich dabei nicht nur um die Bestimmung von vorhandenen, sondern auch von potentiellen Ressourcen. Vorhandene Ressourcen der Klientinnen können in ihrem Beziehungsfeld, über ihre Zukunftsvorstellung-



gen, Veränderungsideen, Lernmöglichkeiten etc. ermittelt werden. Mit Hilfe des oben beschriebenen Verfahrens der Problembegründung mittels Bedürfnistheorie kann festgestellt werden, inwiefern ein bestimmter Sachverhalt ein soziales Problem darstellt oder nicht. Sind die eruierten Bedürfnisse andauernd nicht befriedigt, besteht grundsätzlich Handlungsbedarf für Sozialarbeitende (zit. In Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S. 33).

7.4 Phase III: Lösungsorientierung nach SSA

Nach der Situationsanalyse und der Problem- und Ressourcenbeschreibung konnte ein ganzheitliches, dynamisches und mehrdimensionales Bild von der Situation der Klientin gewonnen werden. Laut Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) kann der Blick und das Denken der Sozialarbeitenden im Lösungsprozess nun in Richtung Lösungsorientierung gelenkt werden. In dieser Phase werden Perspektiven und Zukunftsvorstellungen ermittelt sowie Ziele bestimmt (S. 35).

Anhand der Eruiierung der nicht befriedigten Bedürfnisse, können Sozialarbeitende gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr. (2009) feststellen, inwiefern ein bestimmter Sachverhalt ein soziales Problem darstellt oder nicht. Wenn Bedürfnisse über längere Zeit nicht befriedigt werden, besteht grundsätzlich Handlungsbedarf. Es gilt den Auftrag und die Zuständigkeit zu klären („wer will hier was von wem?“). Je nach Auftrag der Institution und Kontext, in welchem das Problem der Frau angesiedelt ist, wird sie von der Organisation betreut, eventuell in Zusammenarbeit mit weiteren Fachbereichen oder sie wird von Anfang an triagiert (S. 33). Kunz (2008) notiert, dass die Klientin zu Anfang befragt wird, welche Schritte sie in Bezug auf ihr Problem im Voraus unternommen hat und welche Personen oder Fachstellen bereits involviert sind und welche Rolle diese einnehmen (S. 1).

Im Falle des unbefriedigten Bedürfnisses nach körperlicher Integrität bedeutet es für die Sozialarbeitenden abzuklären, ob die Klientin aufgrund ihrer Problematik krisengefährdet ist und ein hoher Handlungsbedarf für eine Krisenintervention besteht:

Problem	Nicht befriedigtes Bedürfnis
<ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin ist psychisch krank - Die Klientin kann aufgrund einer akuten Suizidalität in eine Krisensituation gelangen und muss notfallmässig psychiatrisch hospitalisiert werden. - Die Klientin verlässt aus Angst vor weiteren Flashbacks kaum noch ihre Wohnung. 	<p>Bedürfnis nach körperlicher und psychischer Unversehrtheit</p>



Claudia Stein (2009) besagt, bei Kriseninterventionen ist es relevant, die Kooperationsfähigkeit der betroffenen Frau zu beurteilen. Indiz dafür sind die Reaktionen der Klientin auf die Intervention der Sozialarbeitenden. Wenn die Klientin das Hilfsangebot akzeptiert und es als Chance für neue Zukunftsperspektiven versteht, wenn sie nutzbringende Handlungsvorschläge bejaht und wenn ein gegenseitiges Vertrauen und eine Verlässlichkeit vorhanden sind, können die Sozialarbeitenden von einer Einwilligung ausgehen. Diese Einwilligung eröffnet sowohl den Sozialarbeitenden wie auch der Klientin einen Handlungsspielraum (S. 172).

Nachfolgend wird auf die Krisenintervention eingegangen, die speziell bei Frauen gemacht wird, die sich in einer schweren psychosozialen Krise aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung befinden.

Krisenintervention bei psychiatrischen Erkrankungen: Gemäss Stein (2009) sollte in akuten Krisen der Klientin innerhalb von 48 Stunden ein Beratungsgespräch ermöglicht werden. Das nötige Hilfsangebot ist gewährleistet, wenn simultan eine Zusammenarbeit mit psychiatrischen Notfalldiensten disponibel ist. Da die Krise der Klientin oft mit biopsychosozialen Problemen korreliert, ist die interdisziplinäre Kooperation sehr wichtig. Sinnvoll ist, wenn die Person, die das Erstgespräch führt und somit die tragfähigste Beziehung zur Betroffenen hat, die Zusammenarbeit koordiniert. Bei Frauen in schweren psychosozialen Krisen besteht ein hohes Risiko, dass sie suizidale Handlungen beabsichtigen. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen bei jeder Krise das mögliche Gefährdungspotenzial überwachen. Stein (2009) erklärt, dass eine frühzeitige Einschätzung vorgenommen werden sollte, ob das Suizidverhalten eine momentane Reaktion auf die Krise ist oder ob es sich um eine tiefer liegende, sich wiederholende psychische Störung mit beständiger Suizidalität handelt. Suizidabsichten sind immer sehr ernst zu nehmen und dürfen niemals übergehen werden. Daher ist er der Meinung, dass eine frühe Abklärung zur Entscheidung beiträgt, ob eine längerfristige medikamentös-psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung notwendig ist (S.243).

Ist eine akute Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben, muss laut Stein (2009) die Erstversorgung des psychiatrischen Notfalldienstes in Anspruch genommen werden (S.284).

7.4.1 Zielsetzung

Die Zielsetzung orientiert darüber, welcher Zustand erreicht werden soll, damit um das Wohlbefinden der Klientinnen verbessert oder wiederhergestellt werden kann. Die Klientin wird nach sich lohnenden, positiven Zukunftsbildern befragt. Zur Veränderung in die ge-



wünschte Richtung, wird ihre Aufmerksamkeit mit der Fragen: „Was soll in Zukunft anders sein?“, auf die Lösung gerichtet.

Aufgabenstellung oder Handlungsbedarf	
<p><i>Sense of Comprehensibility</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Erfahrung, dass unerwartete Ereignisse im Leben grundsätzlich bedrohlich sind, hat sich im Erleben der Frau manifestiert. - Die Klientin ist der Ansicht, dass ein fehlendes Wohlbefinden zu ihrem Lebensalltag gehört. - Unveränderte Verhaltensmuster, die sie bei schwierigen Lebensereignissen anwendet, verschlechtern ihre Lebenssituation. 	<p>Ziel: Die Klientin kann bei unerwarteten Lebensereignissen orientierungs- und handlungsrelevante Informationen einholen.</p> <p>Indikator: Das psychische und soziale Wohlbefinden der Klientin ist nicht beeinträchtigt.</p>
<p><i>Sense of Meaningfulness</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin entwickelt infolge des fehlenden Lebenssinns depressive Symptome. - Die Klientin isoliert sich, da sie das grundlegende Gefühl hat, dass sie von niemandem gebraucht wird. - Sie fühlt sich durch die chronische Stressbelastung energielos und überfordert. 	<p>Ziel: Eigene Ziele und Hoffnungen sind erfüllbar.</p> <p>Indikator: Das psychische und soziale Wohlbefinden der Klientin ist nicht beeinträchtigt</p>
<p><i>Sense of Manageability</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin ist belastenden Situationen und Anforderungen hilflos ausgeliefert. - Sie fühlt sich als Opfer und ist zur Erkenntnis gelangt, dass sie nichts anderes verdient hat. - Sie hat das Gefühl, dass es in ihrem Leben keine Perspektiven gibt. - Sie fühlt sich wert- und nutzlos und hat das Gefühl, von allen abgelehnt zu werden. - Sie verhält sich gegenüber ihrer Umwelt apathisch und passiv. 	<p>Ziel: Die Klientin kann Fertigkeiten, Kompetenzen, Regeln und soziale Normen zur Bewältigung von wiederkehrenden Situationen für die Erreichung ihrer relevanten Ziele anwenden.</p> <p>Indikator: Das psychische und soziale Wohlbefinden der Klientin ist nicht beeinträchtigt.</p>



Aufgabenstellung oder Handlungsbedarf	
<p>Zwänge und Druck:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin ist den Forderungen, dem Druck und den Zwängen aus ihrem Umfeld hilflos ausgeliefert. - Die Klientin hat finanzielle Schwierigkeiten und muss Sozialhilfe beantragen. 	<p>Ziel: Die Klientin ist unabhängig und selbstständig in der Gestaltung ihres Lebensalltags.</p> <p>Indikator: Das psychische und soziale Wohlbefinden der Klientin ist nicht beeinträchtigt.</p>
<p>Fehlende soziale Unterstützung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin wird von ihrem sozialen Umfeld ausgeschlossen. - Das Denken und Fühlen der Klientin ist auf den Schwangerschaftsabbruch fixiert. 	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin ist ein Teil der sozialen und kulturellen Gesellschaft und nimmt an ihrem Angebot teil und nützt ihre Leistungen. - Sie wird von ihrem Umfeld geschätzt und anerkannt. - Sie erhält uneingeschränkte Zuneigung von ihrem Beziehungsfeld. <p>Indikator: Das psychische und soziale Wohlbefinden der Klientin ist nicht beeinträchtigt</p>

Tabelle 9: Zielsetzung nach SSA

Die Zielformulierung ist unerlässlich im Problemlösungsprozess. Sie bildet die Basis der Zusammenarbeit und schafft Anreize für die Klientin wie auch für die Sozialarbeitenden, Veränderungen anzugehen. Nach Esther Weber (2003) ist die Zielformulierung auch notwendig, um zu einem tatsächlichen Arbeitsbündnis zu gelangen (S. 52). Damit ein Arbeitsbündnis zwischen den Sozialarbeitenden und den ratsuchenden Frauen entsteht, sind konkrete Vereinbarungen über die unmittelbaren Ziele zu treffen. Dabei ist zu klären, welche Aufträge die Beratenden, die Klientin oder eine andere Person übernehmen.

Ziele müssen laut Arist Schlippe und Jochen Schweitzer (2007) im veränderbaren Problemlösungsverlauf fortlaufend angepasst werden (S. 211). In der Zielvereinbarung kann es auch zu Zielkonflikten kommen Weber (2003). Wenn Beispielsweise der Partner nicht möchte, dass seine Frau ihre Ausbildung fortsetzt, sondern von ihr erwartet einer unqualifizierten Ar-



beit nachzugehen, um Geld zu verdienen. Es wird von einem Zielkonflikt gesprochen, wenn die/der Sozialarbeitende die Frau ermutigt, ihre Ausbildung fortzuführen, damit sie danach eine Stelle findet, bei der sie mehr Geld verdient. Zielkonflikte tauchen dann auf, wenn Systembeteiligte unterschiedliche Erwartungen haben. Hier müssen Probleme gemeinsam definiert und Lösungen verhandelt werden. Die Zielformulierung soll immer unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der Klientin erarbeitet werden. Die Klientin muss Bescheid wissen, welche Ziele ausgehandelt werden können und welche Auswirkung sie allenfalls haben könnten (S. 53-54).

Gemäss Weber (2003) ist es für die Klientin ungewohnt, wenn sie nach ihren Zielen befragt werden. Denn Rat- und Hilfesuchende wie auch Fachpersonen der Sozialen Arbeit haben Bilder im Kopf, die aus herkömmlichen Modellen bekannt sind: Zuerst wird analysiert und diagnostiziert und dann haben die Expertinnen oder Experten das richtige Rezept oder die Lösung. Oft wäre es einfacher, den ratsuchenden Frauen die Ziele vorzugeben und ihnen zu sagen, was sie tun müssen, um diese Ziele zu erreichen. In der Praxis funktioniert diese Vorgehensweise nicht, da sie die Frau bevormundet und zugleich handlungsunfähig macht. Der lösungsorientierte Handlungsimperativ und motivationspsychologische Erkenntnisse müssen aus diesem Grund für die Zielformulierung unbedingt berücksichtigt werden (S. 53).

Mit Unterstützung der Sozialarbeitenden können die betroffenen Frauen Ziele und Zwischenziele erarbeiten und Prioritäten festlegen. Dies ermöglicht es ihnen, ihre Lebensqualität wiederzugewinnen. Klientinnen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch eine Beratung aufsuchen, leiden infolge ihrer individuellen Belastungen im Lebensalltag unter Stress. Das Erarbeiten von kurz- und langfristigen Zielen mit den Sozialarbeitenden hilft ihnen, besser mit dem Stress umgehen zu können. Die realistischen Ziele und Pläne geben ihrem Leben einen Sinn und vermitteln ihnen ein Gefühl von Sicherheit. Dadurch kann das Selbstbewusstsein der Frauen gesteigert werden (Norbert Rückert et al, 2006, S. 58).

Gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) können die Sozialarbeitenden mit den Zielsetzungen und den Indikatoren die Grundstruktur eines Interventionsplans entwickeln (S. 37).



Sense of Comprehensibility:

Hauptziel: Die Klientin kann nach einem Schwangerschaftsabbruch orientierungs- und handlungsrelevante Informationen einholen und einordnen.			
Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4
Sie weiss, was dieses Lebensereignis verursachen kann	Sie weiss, was dieses Lebensereignis beeinflussen kann.	Sie weiss, wie ihre Situation verändert werden kann.	Sie weiss, wie man mit diesem Lebensereignis umgehen kann.
Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3	Indikator 4
Sie kann sich über die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs in Fachliteratur, Medien und Internet informieren.	Sie besucht regelmässig eine Selbsthilfegruppe und tauscht Erfahrungen mit Mitbetroffenen aus.	Sie reflektiert festgesetzte Verhaltensmuster in einer Psychotherapie.	Sie nutzt therapeutische Angebote.

Sense of Meaningfulness:

Hauptziel: Die Klientin verspürt Hoffnung und hat eigene wichtige Ziele in ihrem Leben.			
Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4
Sie hat ein Erfolgserlebnis nach einer ersten Zielerreichung.	Sie kennt relevante Themen in ihrem Leben und kann Schwerpunkte setzen.	Sie hat neue Perspektiven entwickelt.	Sie hat Anerkennung vom sozialen Umfeld erfahren.
Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3	Indikator 4
Sie plant ein konkretes Ziel in der unmittelbaren Zukunft, zum Beispiel den Keller entrümpeln.	Sie erstellt eine Prioritätenliste über wichtige und unnötige Themen im Lebensalltag.	Sie betätigt sich im freiwilligen Besuchsdienst.	Sie hilft bei einem öffentlichen Anlass an ihrem Wohnort mit.



Sense of Manageability:

Hauptziel: Die Klientin entwickelt Fertigkeiten, Kompetenzen und Regeln anhand sozialer Normen.			
Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4
Sie hat ein Erfolgserlebnis nach einer Entscheidungsfindung.	Sie kennt vorhandene Ressourcen und kann sie erschliessen.	Sie hat Erfahrung im Kollektiv, sie hält Regeln und Normen ein.	Sie aktiviert vorhandene Kompetenzen.
Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3	Indikator 4
Sie trifft selbständig eine Entscheidung in ihrem Lebensalltag, zum Beispiel bei der Auswahl eines neuen Kleidungsstückes, das ihrem Partner nicht gefällt.	Sie nimmt an einer Supervision, an einem Coaching teil.	Sie besucht regelmässig den Turnverein.	Sie beginnt wieder zu malen.

Zwänge und Druck:

Hauptziel: Die Klientin ist unabhängig und selbständig in ihrer Lebensalltagsgestaltung.			
Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4
Sie hat die Erfahrung gemacht, nein sagen zu dürfen.	Sie kann Bedürfnisse anderer von ihren eigenen unterscheiden.	Sie bestimmt ihren Tagesablauf selbständig.	Sie lernt ihre Bedürfnisse zu befriedigen.
Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3	Indikator 4
Sie kann eine Anforderung aus ihrem nahen Umfeld ablehnen.	Sie leiht Drittpersonen kein Geld mehr.	Sie erstellt für die Strukturierung ihres Tagesablaufs einen Tagesplan.	Sie besucht einen Kunstkurs.



Fehlende soziale Unterstützung:

Hauptziel: Die Klientin beansprucht Hilfe vom sozialen Umfeld.			
Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4
Sie erfährt Respekt von ihren Mitmenschen.	Sie erfährt Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld.	Sie erfährt bedingungslose Hilfsbereitschaft.	Sie wird von ihrem Umfeld gebraucht.
Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3	Indikator 4
Sie handelt uneigennützig, indem sie sich freiwillig in einem Altersheim engagiert.	Sie nimmt Hilfsangebote ihres sozialen Umfelds in Anspruch.	Sie nimmt von ihrer Nachbarin Hilfe an, ohne eine Gegenleistung zu erbringen.	Sie hilft nach Bedarf bei Anlässen der Kirchengemeinde mit.

Tabelle 9: Grundstruktur des Interventionsplans
 Quelle: Brühwiler, Kunz und Solèr (2009, S. 37)

Durch die Antworten auf die Warum-Frage in der Situationsanalyse, verfügen Sozialarbeitende gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) über Erklärungswissen zum Entstehen der belastenden Situation (S. 38). Mit dem Wissen über das Zusammenwirken von Einflussfaktoren, welche die unerwünschte Situation erzeugen, lassen sich lösungsorientierte Hypothesen entwickeln, wie sich die Situation mit Hilfe einer Intervention verändern könnte. In einem nächsten Schritt geht es darum, Methoden zu entwickeln und auszuwählen, damit die angestrebten Ziele erreicht werden können.



7.4.2 Handlungsplanung

Der Handlungsplan besteht aus einem Transformativen Dreischritt, von Erklärungshypothesen zu handlungstheoretischen Hypothesen und zu Handlungsregeln. Mit diesem Transformativen Dreischritt wird aufgezeigt, wie für Frauen deren Wohlbefinden nach einem Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigt ist, ein geeignetes methodisches Vorgehen gefunden werden kann. Der beschriebene Dreischritt wird beim SOC und den Risikofaktoren angewendet.

Erster Schritt des Transformativen Dreischritts mit Erklärungshypothesen

Sense of Comprehensibility:

- Die Fähigkeit der Klientin, unerwartete Ereignisse in ihrem Leben kognitiv als Stimulus wahrzunehmen, könnte nur schwach ausgebildet sein.
- Kognitive Fähigkeiten, wie sie ihr Wohlbefinden nach dem Schwangerschaftsabbruch wiederherstellt, könnten nur unzureichend vorhanden sein.
- Sie könnte aufgrund fehlender Erfahrung nicht in der Lage sein zu erkennen, dass sich Dinge wiederholen und unter vergleichbaren Bedingungen ähnlich sind.

Erklärungshypothese: Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch nur wenig kognitive Fähigkeiten besitzt, eine schwach ausgebildete Kompetenz hat mit belastenden Ereignissen umzugehen, und nicht die Erfahrung gemacht hat, dass schwierige Situationen ähnlich und wiederholbar sind, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Sense of Meaningfulness:

- Die Klientin könnte keine Bedeutung und keinen relevanten Lebenssinn in ihrem Leben sehen.
- Es könnte ihr kaum ein Bereich in ihrem Leben bekannt sein, in dem sie ihr Dasein als wichtig und unentbehrlich erlebt hat.
- Sie könnte sich grundsätzlich von ihrem Umfeld überfordert fühlen.

Erklärungshypothese: Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch keinen Sinn in ihrem Leben sieht, ihr Dasein als nutzlos erlebt und sich von ihrem Umfeld überfordert fühlt, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.



Erster Schritt des Transformativen Dreischritts mit Erklärungshypothesen

Sense of Manageability:

- Die Klientin könnte Mühe haben, genügend Ressourcen zu entwickeln, um mit den Stressoren eines Schwangerschaftsabbruches umzugehen.
- Sie könnte sich in der belastenden Situation als Opfer fühlen und mit ihrem Schicksal hadern.
- Es könnte ihr die Kompetenz der Neuorientierung fehlen und darum könnte sie sich benachteiligt fühlen.
- Ihr könnte das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten fehlen und sie könnte nicht in der Lage sein, die Ressourcen ihres Umfeldes zu nutzen.
- Ihr könnte die Erfahrung fehlen, Einfluss auf die Welt um sich herum nehmen und an der Gestaltung mitwirken zu können.

Erklärungshypothese: Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch nur wenig Ressourcen entwickeln kann, sich als Opfer sieht, sich nicht neuorientieren kann, die Ressourcen ihres Umfeldes nicht nutzen kann und sich nicht als Teil der Gesellschaft fühlt, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Zwänge und Druck:

- Druck und Zwänge aus dem Umfeld der Frau, die sie zu einem Schwangerschaftsabbruch veranlassten, könnten die Ursache sein, dass das Wohlbefinden der Frau beeinträchtigt ist.
- Das Fehlen von Finanzen oder der Unterstützung von der Familie und/oder von Freunden könnten für die Beeinträchtigung verantwortlich sein.

Erklärungshypothese: Wenn die Klientin beim Schwangerschaftsabbruch Druck und Zwängen von ihrem Umfeld ausgesetzt ist, finanzielle Probleme hat und von ihrer Familie oder vom Freundeskreis ausgegrenzt wird, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Fehlende soziale Unterstützung:

- Fehlende soziale Unterstützung könnte als Risikofaktor auf das psychische und soziale Wohlbefinden der Frau einwirken. Dies könnte den Verarbeitungsprozess nach einem Schwangerschaftsabbruch behindern.

Erklärungshypothese: Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch keine soziale Unterstützung erfährt und dadurch im Verarbeitungsprozess behindert ist, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Tabelle 10: Erster Transformativer Dreischritt



Im zweiten Schritt geht es darum, diejenigen Handlungen zu finden, mit denen die Akteurinnen die problemerzeugenden Faktoren verändern können.

Zweiter Schritt des Transformativen Dreischritts mit handlungstheoretischen Hypothesen.

Sense of Comprehensibility:

- Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch nur wenig kognitive Fähigkeiten besitzt, eine schwach ausgebildete Kompetenz hat, mit belastenden Ereignissen umzugehen, und nicht die Erfahrung gemacht hat, dass schwierige Situationen ähnlich und wiederholbar sind, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Handlungstheoretische Hypothese: Wenn die Eltern, die LehrerInnen und das soziale Umfeld der Klientin in der Kindheit ihre kognitiven Fähigkeiten nur wenig gefördert haben und ihr nicht vermitteln konnten, wie sie mit belastenden Situation umgehen kann, dann steigt die Gefahr, dass ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter beeinträchtigt ist.

Sense of Meaningfulness:

- Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch keinen Sinn in ihrem Leben sieht, ihr Dasein als nutzlos erlebt und sich von ihrem Umfeld überfordert fühlt, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Handlungstheoretische Hypothese: Wenn die Eltern, die Lehrerinnen und Lehrer und das soziale Umfeld die kognitiven Fähigkeiten der Klientin in der Kindheit nicht förderten um Perspektiven zu entwickeln, ihre Leistungen nicht anerkannten und sie in schwierigen Situationen nicht unterstützten, dann ist es wahrscheinlich, dass ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter beeinträchtigt ist.

Sense of Manageability:

- Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch nur wenig Ressourcen entwickeln kann, sich als Opfer sieht, sich nicht neu orientieren kann, die Ressourcen ihres Umfelds nicht nutzen kann und sich nicht als Teil der Gesellschaft fühlt, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Handlungstheoretische Hypothese: Wenn die Eltern, die Lehrerinnen und Lehrer und das soziale Umfeld die kognitiven Fähigkeiten der Klientin in der Kindheit zur Entwicklung von Ressourcen nicht förderten, ihr das Gefühl gaben, ihr Leben nicht selber mitzubestimmen, und sie an der Gemeinschaft nicht teilhaben liessen, dann ist es wahrscheinlich, dass ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter negativ beeinträchtigt ist.



Zweiter Schritt des Transformativen Dreischritts mit handlungstheoretischen Hypothesen.

Zwänge und Druck:

- Wenn die Klientin beim Schwangerschaftsabbruch Druck und Zwängen von ihrem Umfeld ausgesetzt ist, finanzielle Probleme hat und von ihrer Familie oder vom Umfeld ausgegrenzt wird, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Handlungstheoretische Hypothese: Wenn der Partner, die Familienangehörigen oder das Umfeld die Klientin vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch unter Druck setzen und sie zu Entscheidungen zwingen, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Fehlende soziale Unterstützung:

- Wenn die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch keine soziale Unterstützung erfährt und dadurch im Verarbeitungsprozess behindert ist, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Handlungstheoretische Hypothese: Wenn Partner, Umfeld, soziale Netzwerke, Familie oder öffentliche soziale Einrichtungen die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht unterstützen, dann ist ihr Wohlbefinden negativ beeinträchtigt.

Tabelle 11: zweiter Transformativer Dreischritt

Nun gilt zu überlegen, mit welchen Handlungsregeln und anhand welches Verfahrens der gewünschte Zustand erreicht werden kann. Da der Klientin die Akteurinnen und Akteure ihrer Kindheit im Erwachsenenalter nicht mehr, oder in einer anderen Funktion zur Verfügung stehen, sind sie in das Erstellen der Handlungsregeln nicht mehr involviert. Mit folgenden Handlungsregeln und dem aufgeführten Verfahren, kann das beeinträchtigte Wohlbefinden der Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch positiv beeinflusst werden:



Dritter Schritt des Transformativen Dreischritts mit Handlungsregeln und Verfahren

Sense of Comprehensibility:

- Wenn die Eltern, die Lehrerinnen und Lehrer und das soziale Umfeld ihre kognitiven Fähigkeiten nur wenig gefördert haben und ihr nicht vermitteln konnte, wie sie mit belastenden Situation umgehen kann, dann steigt die Gefahr, dass ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter negativ beeinträchtigt ist.

Handlungsregel: Damit das Wohlbefinden der Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch wieder hergestellt werden kann, muss ein Umfeld geschaffen werden, wo es ihr möglich ist, sich kognitiv zu entwickeln, und wo sie im Umgang mit schwierigen Situationen unterstützt wird.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, sich Wissen anzueignen; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie erkennt, dass Ereignisse im Leben einzuordnen sind, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich von unvorhergesehenen und belastenden Ereignissen nicht überfordert fühlt.

Sense of Meaningfulness:

- Wenn die Eltern, die Lehrerinnen und Lehrer und das soziale Umfeld die kognitiven Fähigkeiten der Klientin in der Kindheit nicht förderten um Perspektiven zu entwickeln, ihre Leistungen nicht anerkannten und sie in schwierigen Situationen nicht unterstützten, dann ist es wahrscheinlich, dass ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter negativ beeinträchtigt ist.

Handlungsregel: Damit das Wohlbefinden der Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch wieder hergestellt werden kann, muss ein Umfeld geschaffen werden, wo die Klientin Perspektiven entwickeln kann, wo ihre Leistungen anerkannt werden und sie in schwierigen Situationen unterstützt wird.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, Leistungen zu bringen; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie Anerkennung von ihrer Umwelt erfährt und ihr Dasein nicht mehr als nutzlos empfindet.



Dritter Schritt des Transformativen Dreischritts mit Handlungsregeln und Verfahren

Sense of Manageability:

- Wenn die Eltern, die Lehrerinnen und Lehrer und das soziale Umfeld die kognitiven Fähigkeiten der Klientin in der Kindheit zur Entwicklung von Ressourcen nicht förderten, ihr das Gefühl gaben, ihr Leben nicht selber mitzubestimmen, und sie an der Gemeinschaft nicht teilhaben liessen, dann ist es wahrscheinlich, dass ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter negativ beeinträchtigt ist.

Handlungsregel: Damit das Wohlbefinden der Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch wieder hergestellt werden kann, muss ein Umfeld geschaffen werden, wo die Klientin ihre Ressourcen entwickeln kann, ihren Alltag selbständig zu gestalten um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, Ressourcen zu entwickeln und einen eigenen Lebensplan zu entwerfen; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine positive Grundhaltung entwickeln kann.

Zwänge und Druck:

- Wenn der Partner, die Familienangehörigen oder das Umfeld die Klientin vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch unter Druck setzen und sie zu Entscheidungen zwingen, dann ist ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Handlungsregel: Damit das Wohlbefinden der Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch wieder hergestellt werden kann, müssen Bedingungen geschaffen werden, dass ihr Partner, ihre Familienangehörigen oder ihr Umfeld sie nicht mehr unter Druck setzen und über sie entscheiden können.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, eigene Entscheidungen treffen zu können; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie nicht mehr von den Bedürfnissen und Forderungen ihres sozialen Umfelds abhängig ist.



Dritter Schritt des Transformativen Dreischritts mit Handlungsregeln und Verfahren

Fehlende soziale Unterstützung:

- Wenn Partner, Umfeld, soziale Netzwerke, Familie oder öffentliche soziale Einrichtungen die Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht unterstützen, dann bleibt ihr Wohlbefinden negativ beeinträchtigt

Handlungsregel: Damit das Wohlbefinden der Klientin nach einem Schwangerschaftsabbruch wieder hergestellt werden kann, müssen Bedingungen geschaffen werden, dass Partner, Umfeld, soziale Netzwerke, Familie oder öffentliche soziale Einrichtungen die Klientin unterstützen.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, mit Mitmenschen in Kontakt zu treten und Beziehungen zu bilden; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Erfahrung machen kann, Unterstützung zu bekommen und nicht mehr in der Problematik des Schwangerschaftsabbruches verharren bleibt.

Tabelle 12: dritter Transformativer Dreischritt

Nach der Festlegung der Handlungs- und Verfahrensregeln schlägt Franz Stimmer (2000) vor, dass für die Entwicklung eines Handlungsplans Kriterien erarbeitet werden (zit. in Brühwiler, Kunz und Solèr 2009, S.42). Für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch gemacht haben, können aufgrund ihrer Situation folgende Kriterien festgelegt werden:

a) Rahmenbedingungen: Analog Dietrich Kähler (2001) gilt für Frauen, die einen Abbruch vorgenommen haben und sich in einer prekären Lebenslage befinden, dass sie die Sozialberatung in der Regel freiwillig aufsuchen. Das Erstgespräch ist folglich erbeten. Die Soziale Arbeit kann in verschiedenen Berufs- und Problemfeldern mit belasteten Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch in Kontakt kommen, sei es in einer Ehe- und Familienberatungsstelle, in einem Sozialdienst, in der Sozialhilfe oder in einer spezifischen Fachstelle (S. 89).

b) Handlungsleitende Konzepte: Das salutogenetisch orientierte Konzept kann als systemischer Ansatz verstanden werden, der sich aus Theorie, methodischen Instrumenten sowie einer Grundhaltung, die von einem positiven, humanen Menschenbild geprägt ist zusammensetzt. Diese Methode wird für die Situationsanalyse der betroffenen Frauen gewählt, da sie sich nicht auf die Probleme konzentriert, sondern auch die „gesunden“ Seiten und die Ressourcen der Klientin beleuchtet (Kapitel 4, S. 29).



c) Arbeitsprinzipien: Zur Stärkung der Selbstbestimmung eignet sich in der Beratung eine weitere Methode des salutogenetischen Ansatzes, und zwar das Konzept des Empowerments (Selbstbefähigung). Gemäss Michael Galluske (2001) wird beim Empowerment auf Selbstbestimmung der KlientInnen bei der Lösung von Problemen gesetzt. Es zielt nicht darauf ab, die Defizite eines Menschen in den Vordergrund zu stellen, sondern darauf seine Ressourcen zu stärken. Gerade Frauen sollen nach einem Schwangerschaftsabbruch ermutigt werden ihre persönlichen Anliegen selbstbestimmt zu lösen. Galuske (2001) betont, Sozialarbeitende sollten „Empowerment als professionelle Haltung sozialen Handelns“ begreifen (zit. in Köppel 2003, S. 34). Die salutogenetisch orientierte Methode ist gemäss Köppel (2003) auch für die personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers eines der wichtigsten Instrumente. Sie ermöglicht es den Sozialarbeitenden, im weiteren Verlauf des Erstgesprächs eine Beziehung aufzubauen und das Vertrauen der Klientin zu gewinnen. Eine Besonderheit des personenzentrierten Ansatzes ist, dass das Individuum im Zentrum steht und nicht das Problem. Die personenzentrierte Grundhaltung der Sozialarbeitenden erfordert drei soziale Kompetenzen: „Empathie“, „Akzeptanz“ und „Echtheit“ (S. 32).

d) Arbeitsformen: In der vorliegenden Arbeit wird von einer systemischen Einzeltherapie ausgegangen. Gemäss von Schlippe und Schweitzer (2007) existiert die systemische Einzeltherapie für Personen, die Probleme vorerst einmal für sich analysieren möchten oder bei denen andere Familienmitglieder eine Teilnahme ablehnen (S. 216). Gerade Frauen, die ihren Schwangerschaftsabbruch geheim halten (siehe Kapitel 3), werden Einzelgespräche in Anspruch nehmen wollen. Von Schlippe und Schweitzer (2007) erwähnen, dass die Personen, die in den Konflikt involviert sind, nicht unbedingt zu einer guten Lösung beisteuern können. Grundsätzlich können die Ratsuchenden des Systems auch dann essentielle Veränderungen bei anderen auslösen, wenn diese im Beratungsprozess nicht anwesend sind. (S. 216) Diese Erkenntnis ist vor allem für die Frauen von Vorteil, die bereits vor dem Abbruch in einer konfliktreichen Beziehung lebten oder deren Beziehung sich durch den Abbruch verschlechtert hat (siehe Kapitel 3).

e) Interaktionsmedien: Beratung, Begleitung und Unterstützung von Frauen, die durch den Schwangerschaftsabbruch im psychosozialen Wohlbefinden beeinträchtigt sind.

f) Wahl von Methoden und Instrumenten: Als Methoden für die Situationsanalyse wird der Fragenkatalog zum Kohärenzgefühl und der Fragebogen zur Eruiierung der Schutz- und Risikofaktoren verwendet. Zusätzlich werden Ressourcenerschliessung, soziale Vernetzung und Weitervermittlung mit Fachstellen als Methoden angewendet.



Nach der Suche nach Lösungsmöglichkeiten wird gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr (2009, S. 42) in einem weiteren Schritt der Interventionsplan erstellt. Mit der Strategie und Abfolge von Handlungen sollen die angestrebten Ziele erreicht werden. Dabei werden im Interventionsplan die zwei Elemente Plan/Strategie und Arbeitsabsprache unterschieden. Die Strategie beschreibt die Absicht der Sozialarbeitenden: Mit welchen Massnahmen, mit welcher Intervention, in welchem Zeitraum und mit welchen Personen sollen die Ziele erreicht werden. Die Arbeitsabsprache hingegen wird mit der Klientin ausgehandelt. Damit wird die Klientin in die Planung mit einbezogen. Ebenso kann sichergestellt werden, dass eine gemeinsame Grundlage besteht für die Evaluation der erreichten Ziele und der Kooperation. Der Zeitplan wird im Beratungsgespräch individuell ausgehandelt und kann aus diesem Grund im vorliegenden Interventionsplan nicht berücksichtigt werden.

In der folgenden Interventionsplanung werden die Probleme, Teilziele, die Indikatoren zur Überprüfung der Teilziele und die Intervention, respektive die Coping-Methoden sowie die Akteure und Akteurinnen der Intervention aufgeführt. Vorerst wird kurz auf die Definition von Coping eingegangen.

Definition Coping: Richard Lazarus und Sigmund Folkmann (1984) definieren Coping als sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmässige Bemühungen oder Anstrengungen einer Person, mit spezifischen externen und/oder inneren Anforderungen fertig zu werden, welche die eigenen Ressourcen beansprucht oder übersteigt. Aktive problemorientierte Lösungsstrategien, eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit verbunden mit der Fähigkeit, selbst in Extremsituationen soziale Bindungen aufrecht zu erhalten und das Vorhandensein einer inneren Steuerungsinstanz gelten als erfolgreiche Coping-Strategien (S. 141).

Folgende Interventionspläne wurden anhand der bestehenden Problematik der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch erstellt:



Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Comprehensibility:

Hauptziel: Die Klientin kann nach einem Schwangerschaftsabbruch orientierungs- und handlungsrelevante Informationen einholen und einordnen.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, sich Wissen anzueignen; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie erkennt, dass Ereignisse im Leben einzuordnen sind, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich von unvorhergesehenen und belastenden Ereignissen nicht überfordert fühlt.

Akteurinnen und Akteure: Klientin, Sozialarbeitende, Selbsthilfegruppen, PsychotherapeutIn, LeiterInnen von Gesprächsgruppen.

Problem	Teilziele	Indikatoren	Intervention/Coping-Methoden
-Die Erfahrung, dass unerwartete Ereignisse im Leben grundsätzlich bedrohlich sind, hat sich im Erleben der Frau manifestiert. -Die Klientin ist der Ansicht, dass ein beeinträchtigtes Wohlbefinden zu ihrem Lebensalltag gehört. Unveränderte Verhaltensmuster, die sie bei schwierigen Lebensereignissen anwendet, verschlechtern ihre Lebenssituation.	Teilziel 1 Sie weiss, was dieses Lebensereignis bewirken kann.	Indikator 1 Sie kann sich über die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs in Fachliteratur und Medien informieren.	Intervention 1 Motivation vermitteln, neue Medien auszuprobieren, Anleitung zum Vorgehen bei der Informationsbeschaffung.
	Teilziel 2 Sie weiss, was dieses Lebensereignis bewirken kann.	Indikator 2 Sie besucht regelmässig eine Selbsthilfegruppe und tauscht Erfahrungen aus.	Intervention 2 Information über Sinn und Zweck von Selbsthilfegruppen, Vermittlung an Selbsthilfezentren.
	Teilziel 3 Sie weiss, wie ihre Situation verändert werden kann.	Indikator 3 Sie reflektiert festgesetzte Verhaltensmuster in einer Psychotherapie.	Intervention 3 Information über Sinn und Angebot von Psychotherapien, Vermittlung von Adressen von Psychologinnen und Psychologen.



	<p>Teilziel 4</p> <p>Sie weiss, wie man mit diesem Lebensereignis umgehen kann.</p>	<p>Indikator 4</p> <p>Sie nutzt therapeutische Angebote.</p>	<p>Intervention 4</p> <p>Information über Angebot und Funktion von themenzentrierten fachlich geleiteten Gruppen und Vermittlung von Adressen.</p>
--	--	---	---

Tabelle 13: Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Comprehensibility

Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Meaningfulness:

Hauptziel: Die Klientin verspürt Hoffnung und hat eigene wichtige Ziele in ihrem Leben.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist Leistungen zu bringen; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie Anerkennung von ihrer Umwelt erfährt und ihr Dasein nicht mehr als nutzlos empfindet.

Akteurinnen und Akteure: Klientin, Sozialarbeitende, Freiwilligendienst, Gemeinwesen

Problem	Teilziele	Indikatoren	Intervention/Coping-Methoden
<ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin entwickelt infolge des fehlenden Lebenssinns depressive Symptome. - Die Klientin isoliert sich, da sie das grundlegende Gefühl hat, dass sie von niemandem ge- 	<p>Teilziel 1</p> <p>Sie hat ein Erfolgserlebnis nach einer ersten Zielerreichung.</p>	<p>Indikator 1</p> <p>Sie plant ein konkretes Ziel in der unmittelbaren Zukunft, zum Beispiel den Keller entrümpeln.</p>	<p>Intervention 1</p> <p>Unterstützung beim Planen, Motivation während der Ausführung.</p>
	<p>Teilziel 2</p> <p>Sie kennt relevante Themen in ihrem Leben und kann Schwerpunkte setzen.</p>	<p>Indikator 2</p> <p>Sie erstellt eine Prioritätenliste über wichtige und unnötige Themen im Lebensalltag.</p>	<p>Intervention 2</p> <p>Unterstützung bei der Erstellung der Liste anhand von Modellbeispielen.</p>



braucht wird. - Sie fühlt sich durch die chronische Stressbelastung energie-los und überfordert.	Teilziel 3 Sie hat neue Perspektiven entwickelt.	Indikator 3 Sie betätigt sich im freiwilligen Besuchsdienst.	Intervention 3 Information über Angebote des Freiwilligen dienstes, Aufzeigen der Vor- und Nachteile.
	Teilziel 4 Sie hat Anerkennung vom sozialen Umfeld erfahren.	Indikator 4 Sie hilft bei einem öffentlichen Anlass an ihrem Wohnort mit.	Intervention 4 Aufzeigen von Möglichkeiten, Motivation und unterstützende Hilfeleistung.

Tabelle 14: Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Meaningfulness

Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Manageability:

Hauptziel: Die Klientin entwickelt Fertigkeiten, Kompetenzen und Regeln anhand sozialer Normen.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, Ressourcen zu entwickeln und einen eigenen Lebensplan zu entwerfen; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine positive Grundhaltung entwickeln kann.

Akteurinnen und Akteure: Klientin, Sozialarbeitende, Coach, SupervisorIn

Problem	Teilziele	Indikatoren	Intervention/Coping-Methoden
- Die Klientin ist belastenden Situationen und Anforderungen hilflos ausgeliefert.	Teilziel 1 Sie hat ein Erfolgserlebnis nach einer Entscheidungsfindung.	Indikator 1 Sie trifft selbständig eine Entscheidung in ihrem Lebensalltag, zum Beispiel bei der Auswahl eines neuen Kleidungsstückes, das ihrem Partner nicht gefällt.	Intervention 1 Unterstützung und Motivation bei der Entscheidungsfindung, ihre Wünsche zu erfüllen.



<ul style="list-style-type: none"> - Sie fühlt sich als Opfer und ist zur Erkenntnis gelangt, dass sie nichts anderes verdient hat. - Sie hat das Gefühl, dass es keine Perspektiven gibt in ihrem Leben. - Sie fühlt sich wert- und nutzlos und hat das Gefühl, von allen abgelehnt zu werden. - Sie verhält sich gegenüber ihrer Umwelt apathisch und passiv. 	<p>Teilziel 2:</p> <p>Sie kennt vorhandene Ressourcen und kann sie erschliessen.</p>	<p>Indikator 2</p> <p>Sie nimmt an einer Supervision, an einem Coaching teil.</p>	<p>Intervention 2</p> <p>Sie informiert sich über weitere Anlaufstellen sowie den Sinn und Zweck der Ressourcenerschliessung.</p>
	<p>Teilziel 3</p> <p>Sie hat Erfahrung im Kollektiv, sie hält Regeln und Normen ein.</p>	<p>Indikator 3</p> <p>Sie besucht regelmässig den Turnverein.</p>	<p>Intervention 3</p> <p>Motivation bei der Planung einer Aktion, die ihren Interessen entspricht.</p>
	<p>Teilziel 4</p> <p>Sie aktiviert vorhandene Kompetenzen.</p>	<p>Indikator 4</p> <p>Sie führt sich Kompetenzen aus der Vergangenheit vor Augen und reaktiviert sie.</p>	<p>Intervention 4</p> <p>Hilfeleistung bei der Suche nach Kompetenzen und der Reflektion bei der Anwendung von Ressourcen.</p>

Tabelle 15: Interventionsplan bei unzureichendem Sense of Manageability



Interventionsplan bei Zwängen und Druck:

Hauptziel: Die Klientin ist unabhängig und selbständig in ihrer Lebensalltagsgestaltung.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, eigene Entscheidungen treffen zu können; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie nicht mehr von den Bedürfnissen und Forderungen ihres sozialen Umfelds abhängig ist.

Akteurinnen und Akteure: Klientin, Sozialarbeitende, Vertrauenspersonen

Problem	Hauptziel	Indikatoren	Interventionen/Coping-Methoden
- Die Klientin ist den Forderungen, dem Druck und den Zwängen aus ihrem Umfeld hilflos ausgeliefert. - Die Klientin hat finanzielle Schwierigkeiten und muss Sozialhilfe beantragen.	Teilziel 1 Sie hat die Erfahrung gemacht nein sagen zu dürfen.	Indikator 1 Sie kann eine Anforderung aus ihrem nahen Umfeld ablehnen.	Intervention 1 Ermutigung zur Partizipation an Entscheidungsprozessen.
	Teilziel 2 Sie kann Bedürfnisse anderer von ihren eigenen unterscheiden.	Indikator 2 Sie leiht Drittpersonen kein Geld mehr.	Intervention 2 Ermutigung, mit Rollenspielen Grenzen zu setzen.
	Teilziel 3 Sie bestimmt ihren Tagesablauf selbständig.	Indikator 3 Sie erstellt für die Strukturierung ihres Tagesablaufs einen Tagesplan.	Intervention 3 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung anhand von Beispielen.
	Teilziel 4 Sie lernt, ihre Bedürfnisse zu befriedigen.	Indikator 4 Sie besucht einen Kunstkurs.	Intervention 4 Ermutigung zu Initiativen in der Freizeitgestaltung.

Tabelle 16: Interventionsplan bei Zwängen und Druck



Interventionsplan bei fehlender sozialer Unterstützung:

Hauptziel: Die Klientin beansprucht Hilfe vom sozialen Umfeld.

Verfahren: Schaffung von Bedingungen, mit deren Hilfe sie fähig ist, mit Mitmenschen in Kontakt zu treten und Beziehungen zu bilden; dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Erfahrung machen kann, Unterstützung zu finden, und nicht mehr in der Problematik des Schwangerschaftsabbruches verharren bleibt.

Akteurinnen und Akteure: Klientin, Sozialarbeitende, Nachbarschaft, Öffentliche Dienste

Problem	Teilziele	Indikatoren	Intervention/Coping-Methoden
- Die Klientin wird von ihrem sozialen Umfeld ausgeschlossen. - Das Denken und Fühlen der Klientin ist auf den Schwangerschaftsabbruch fixiert.	Teilziel 1 Sie erfährt Respekt von ihren Mitmenschen.	Indikator 1 Sie handelt uneigennützig, indem sie sich freiwillig in einem Altersheim engagiert.	Intervention 1 Hilfe bei der Erschliessung und beim Aufbau sozialer Ressourcen.
	Teilziel 2 Sie erfährt Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld.	Indikator 2 Sie nimmt Hilfsangebote ihres sozialen Umfelds in Anspruch.	Intervention 2 Ermutigung zur und Unterstützung bei der Nutzung sozialer Ressourcen.
	Teilziel 3 Sie erfährt bedingungslose Hilfsbereitschaft.	Indikator 3 Sie nimmt von ihrer Nachbarin Hilfe an, ohne eine Gegenleistung zu erbringen.	Intervention 3 Förderung von Bildung neuer Helferinnen- und Helfersysteme.
	Teilziel 4 Sie wird von ihrem Umfeld gebraucht.	Indikator 4 Sie hilft nach Bedarf bei Anlässen der Kirchengemeinde mit.	Intervention 4 Unterstützung und Abbau von Schwellen bei der Nutzung existierender Dienste.

Tabelle 17: Interventionsplan bei fehlender sozialer Unterstützung:



Ob eine gewählte Strategie überhaupt anwendbar ist, hängt gemäss Brühwiler, Kunz und Solèr (2009) wesentlich von den erschliessbaren und vorhandenen Ressourcen der Klientinnen ab (S. 44). Wenn der bestehende Handlungsplan nicht umgesetzt werden kann, weil die benötigten Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, sollte die Zielsetzung neu überprüft werden.

Das nächste Kapitel beschreibt die Verfahrensentscheidung im Problemlösungsprozess. Ein bewusst vorgenommener Entscheid ist wichtig, um nicht unüberprüfte Pläne zu verfolgen und damit Risiken einzugehen (S. 45).

7.5 Phase IV: Verfahrensentscheidung nach SSA

Beim Verfahrensentscheid müssen die Sozialarbeitenden die Handlungsmöglichkeiten beurteilen und auswählen sowie über das weitere Vorgehen entscheiden. Dies geschieht nach den Kriterien von Erfolgswahrscheinlichkeit, Verträglichkeit und Nutzen. In der Sozialberatung von Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch unter psychischen und sozialen Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens leiden, muss überprüft werden, ob die salutogenetisch orientierte Gesprächsmethoden und die Fragekataloge zum Kohärenzgefühl und zu den Risiko- und Schutzfaktoren die „richtigen“ Methoden sind, um die Lebensqualität der Frauen verbessern zu können. Anhand der theoretischen Erkenntnisse, die auf Fakten, Statistiken, Theorien und Erlebnisberichten von betroffenen Frauen basieren, kann zum Abschluss dieser Phasen des Problemlösungsprozesses folgende Verfahrensentscheidung getroffen werden.

Die Stärkung des Kohärenzgefühls schafft die Voraussetzung, dass Frauen mit den Anforderungen eines Schwangerschaftsabbruches flexibler umgehen und viele potentielle Bewältigungsstrategien entwickeln und anwenden können. Aus diesem Grunde orientieren sich die Sozialarbeitenden in der Beratung der betroffenen Frauen an diesen exemplarischen Vorlagen des Problemlösungsprozesses.

7.6 Phase V: Evaluation nach SSA

Die Sozialarbeitenden können den Erfolg der ausgeführten Interventionen mit dem Balance-Prozess des Waage Modells der Risiko- und Schutzfaktoren aus dem Kapitel 5 überprüfen (S. 35). Somit kann gemeinsam mit der Klientin reflektiert werden, ob die einzelnen Handlungsschritte hilfreich waren und ihre Balance des Wohlbefindens wiederhergestellt werden konnte. Diese Überprüfung erfolgt anhand folgender drei Punkte:

1. Im Problembearbeitungsprozess geht es darum, Belastungen und Anforderungen mit den verfügbaren Ressourcen in etwa in der Waage zu halten. Die Amplituden (maximale Auslenkungen) der Ausschläge auf beiden Seiten müssen, damit eine Dauerbelastung ver-



mieden werden kann, durch ausreichende Regenerationsphasen ausgeglichen werden (S. 40).



Abbildung 8: Belastungen und Anforderungen halten sich die Waage

2. Die Risikofaktoren auf der linken Seite dürfen nicht so stark und häufig durchschlagen, dass die Waagschale unten bleibt und zu einer steten Überforderung und zu bekannten Stressphänomenen, wie zum Beispiel Antriebs- und Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Herzbeschwerden usw. führt, wie im Kapitel 3.2 erwähnt. Dieses Ungleichgewicht muss abgefedert werden. Die Abfederung entsteht durch die Stärkung der Schutzfaktoren durch erfolgreiche Bewältigungsmethoden in den einzelnen Interventionen siehe auch Kapitel 5.



Abbildung 9: stete Überforderung

3. Dasselbe gilt für die Schutzfaktoren auf der rechten Seite. Wenn die Ressourcen derart überwiegen, dass die Waagschale unten bleibt und zu Unterforderung, Fehlverhalten und Sinnleere führt, muss mit der Aktivierung vorhandener und neu erschlossener Ressourcen Gegensteuer gegeben werden (S. 38).



Abbildung 10: stete Unterforderung

Gemäss Weber (2003) evaluieren und reflektieren Sozialarbeitende nach den durchgeführten Interventionen im Lösungsprozess mit der Klientin stetig, welche Teilziele und Ziele erreicht wurden. Bei der Einschätzung der Gesamtsituation wird überprüft, ob durch die erfolgte Intervention das Wohlbefinden der Klientin verbessert werden konnte oder eine Änderung oder Anpassung der Bewältigungsmethoden erfolgen sollte. Die typischen Evaluationsfragen lauten: Was hat sich seit dem Beratungstermin für die Klientin verändert? Welche Unterschiede können festgestellt werden? Was wäre anders, wenn die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter nicht mit der Klientin gearbeitet hätte? (S. 62).

Wenn das Wohlbefinden der Klientin im Evaluationsverfahren als wiederhergestellt beurteilt wird und die Klientin diese Beurteilung bestätigt, können die einzelnen Interventionen der Sozialarbeitenden als erfolgreich bezeichnet werden und die Beratung abgeschlossen werden.



8 SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE PROFESSION

Die Soziale Arbeit übernimmt eine wichtige Aufgabe bei der Gesundheitsfürsorge, Prävention und Gesundheitsförderung der Klientel. Dieser Aufgabenbereich zeigt sich bereits im Ursprung und in der Entwicklung der Sozialen Arbeit. Durch Aufklärung, Unterstützung und Beratung der KlientInnen helfen Sozialarbeitende ihr psychisches und soziales Wohlbefinden wiederherstellen zu können. Ihre Hilfeleistung zeichnet sich insbesondere durch die Reduktion von Risikofaktoren und durch die Ressourcenaktivierung aus.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist für die betroffenen Frauen eine belastende Erfahrung. Obwohl kein psychisches Krankheitsbild als Folge eines Schwangerschaftsabbruches im internationalen Klassifizierungssystem ICD-10 oder DSM-IV zu finden ist, gibt es einzelne Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch psychische Folgeerscheinungen manifestieren. In Studien werden keine einheitlichen statistischen Zahlen aufgeführt. Man spricht davon, dass gesamthaft ungefähr 10 Prozent der Frauen, die eine Schwangerschaft innerhalb der gesetzlichen Frist abgebrochen haben, an psychischen Folgen wie Angstgefühlen, Depression oder Schuldgefühlen leiden. Besondere Relevanz hat der Einfluss verschiedener Faktoren, die psychische und soziale Probleme hervorrufen können und deshalb das Wohlbefinden der Klientinnen bestimmen.

In diesem Kontext spielen Risiko und Schutzfaktoren der Betroffenen eine bedeutende Rolle. Meist ist die Problematik mit einer psychischen Vorgeschichte verbunden oder mit der Tatsache, dass die Frau vom nächsten Umfeld zu einem Abbruch gedrängt wurde. Die Unterstützung durch das Umfeld ist für die Betroffene von wichtiger Bedeutung, denn fehlender oder wenig Beistand von Partner, Freundeskreis oder Familienmitgliedern wird aus wissenschaftlicher Sicht als hoher Risikofaktor eingeschätzt.

Vorhandene Schutzfaktoren, wie zum Beispiel eine positive Lebens- und Grundeinstellung oder ein gutes Selbstwertgefühl, können die Risikofaktoren abschwächen und die Gesundheit in der Balance halten. Zu den wichtigsten protektiven Faktoren gehören die soziale Unterstützung und die Einbettung in ein soziales Netz. Schliesslich gilt auch die körperliche Gesundheit als wesentlicher Schutzfaktor. Es kann bei den Betroffenen zu einem Ungleichgewicht kommen, das heisst zu Überlastung und Erkrankung, wenn ein Defizit an schützenden Faktoren vorherrscht oder die Risikofaktoren gegenüber den Schutzfaktoren stark überwiegen.

Aufgrund dieser Erkenntnisse und der Feststellung, dass ein geschwächtes Kohärenzgefühl sowie Risiko- und Schutzfaktoren, die bereits vor dem Abbruch bestanden, die psychischen



und sozialen Folgen beeinflussen, werden im Problemlösungsprozess nach dem salutogenetischen Ansatz Ressourcen erarbeitet und die inneren Kapazitäten der Klientin gestärkt. Ziel dieser Methode ist es, die Lebensumstände der betroffenen Frauen zu verbessern oder erträglicher zu gestalten und ihre gesundheitliche Balance wieder herzustellen. Mit dem zurück gewonnenen Gleichgewicht kann sogar die Herausforderung eines Schwangerschaftsabbruches von ihr positiv gewertet werden und durch die Auseinandersetzung mit der Entscheidung zum Abbruch in ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung gestärkt werden.

Im Problemlösungsprozess der sozialarbeiterischen Beratung wird im Auftrag der Organisation situationsbezogen eklektisch, sowie wissenschaftlich begründet vorgegangen. Im Beratungsprozess arbeiten Klientin und Sozialarbeitende auf einer Vertrauensbasis eng zusammen. Die Beratenden überprüfen ihr methodisches Handeln stets berufsethisch, um die Vorgehensweise rechtfertigen zu können. Sie planen folglich die Arbeitsweise und evaluieren ihre Wirkung.

Es ist empfehlenswert das Gegenstandswissen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene systemisch zu betrachten. Auf allen drei Ebenen hat die Polemik um den Schwangerschaftsabbruch Einfluss auf die Werthaltung der Klientin und auf diejenige der Sozialarbeitenden. Gerade wenn politische und gesellschaftliche Gruppen sowie das familiäre Umfeld in der Auseinandersetzung mit dem Thema versuchen die Frauen mit ihrer Meinung zu überzeugen, ist es notwendig, dass Sozialarbeitende in der Beratung eine neutrale Haltung ohne persönliche Einflussnahme einnehmen. Es ist ihre Aufgabe, die Werte im System der Klientinnen zu erkennen. Sie muss sich auch die Frage stellen, welche Moral im Umfeld der Klientin vertreten wird.

In der vorliegenden Arbeit ist hauptsächlich die Interventionsplanung in einer systemischen Einzeltherapie beschrieben. Für das methodische Vorgehen wird das Luzerner-Modell benutzt, weil es die professionelle Abwicklung des Problemlösungsprozesses steuert. Das salutogenetisch orientierte Arbeiten zieht sich wie ein roter Faden durch den Prozess und wird als gesundheitspädagogischer Auftrag der Sozialen Arbeit gesehen.

In der Beratung soll die persönliche Haltung der Klientin mit einbezogen werden. Es gilt die vorliegenden Theoriekonzepte in die Beratung mit einzubinden mit dem Ziel Interventionen zur Problemlösung möglichst nahe an der Lebenspraxis der Betroffenen zu entwickeln. Aus der Theorie des Kohärenzgefühls können die Autorinnen Ansatzpunkte ableiten, die zur Stärkung des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens der Frauen beitragen. Sie werden befähigt und gestärkt in ihrer Entscheidung und der eigenen Handlungsfähigkeit.



Die Stärkung des Kohärenzgefühls und das Ausbalancieren der Risiko- und Schutzfaktoren von Sozialarbeitenden sorgen dabei für die Wiedererlangung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Klientinnen.

Wie im Kapitel 5 betont wird, bedingt die positive Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs den Schutzfaktor eines günstigen sozialen, ökonomischen und ökologischen Umfeldes. Dies kann das Kohärenzgefühl der Betroffenen stärken und ihre Bewältigungskompetenz fördern.

Mit der Interventionsplanung wird verdeutlicht, dass nicht die Probleme, beziehungsweise die Krankheit im Vordergrund stehen, sondern vielmehr daraufhin gearbeitet wird, durch gezielte Interventionen das psychische, physische und soziale Wohlbefinden der Klientin wiederherzustellen.



9 ABSCHLIESSENDE GEDANKEN UND AUSBLICK

Nach der Veröffentlichung des Artikels „Schluss mit bezahlten Abtreibungen?“ vom 3. Februar 2010 im Tagesanzeiger war von politischer Seite zum Thema Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen bis zum heutigen Zeitpunkt nicht viel zu vernehmen. Während der Erarbeitung dieser Literaturarbeit tauchten verschiedene Aspekte auf, die für eine vertiefte Untersuchung interessant gewesen wären, jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht weiterverfolgt werden konnten. Diesbezüglich werden hier einige Anregungen und Fragen festgehalten, um Anreize für weitere Arbeiten zu schaffen:

- Im Bereich Forschung bestehen wenige Studien über soziologische und psychologische Gründe, weshalb sich Frauen für einen Abbruch entscheiden.
- Aus systemischer Sicht ist die Relevanz der Rolle des Kindsvaters, die auf die Entscheidungsfindung eines Schwangerschaftsabbruches einnimmt, näher zu betrachten.

In Bezug auf die ethische Fragestellung zum Schwangerschaftsabbruch wird es wohl auch zukünftig kontroverse Diskussionen geben. GegnerInnen und BefürworterInnen setzen ihre Argumente und setzen diese gezielt auf sachlicher und emotionaler Ebene ein. Private Vereine, die den Schwangerschaftsabbruch ablehnen, setzen sich ein für den Schutz von Mutter und Kind. In politischen Debatten stehen die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs sowie der Schutz der Mutter im Zentrum. Der Fokus wird auf die Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch gut oder schlecht ist für die Frau, gelegt. Die Soziale Arbeit fokussiert in ihrer Beratung eine objektivere Sichtweise: Sozialarbeitende erkennen, dass ein unzureichendes Kohärenzgefühl, wenig vorhandene Ressourcen und fehlende Bewältigungsstrategien psychische und soziale Folgeerscheinungen hervorrufen können und nicht der Abbruch als solcher.



10 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.
- Bamberg, Ernst; Busch, Christine & Ducki, Antje (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Huber.
- Brühwiler, Urban; Kunz, Daniel & Solèr Maria (2009). *Einführung in allgemeine erklärende und normative Handlungstheorien*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Brühwiler, Urban; Kunz, Daniel; Schmocker, Beat & Solèr, Maria (2006). *Handlungstheorie: Merkmale professionellen Handelns*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Fiala, Christian (2007). *Schwangerschaftsabbruch: Phantasie der Gesellschaft und Realität der betroffenen Frauen*. Gefunden am 28. Juli 2010 unter <http://abtreibung.at/fur-allgemein-interessierte/infos-und-erfahrungen/hurden-im-zugang-zum-abbruch>
- Franke, Alexa (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Geiser, Kaspar (2007). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit*. Luzern: Interact.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2005). *Studie Psychische Gesundheit-Stress*. Bern und Lausanne.
- Husi, Gregor (2008). *Werte im menschlichen Zusammenleben*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Kähler, Harro Dietrich (2001). *Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Köppel, Monika (2003). *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Lippe.
- Kunz, Daniel (2008). *Kontext- und Auftragsklärung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Kurmann, Bernadette (1998). *"In Verantwortung entscheiden - Frauen berichten aus ihrer Erfahrung"*. Zürich: Jahresversammlung des Verbandes der Schwangerschafts- und SexualberaterInnen.
- Lattmann, Urs Pete & Rüedi, Jürg (2003). *Stress- und Selbstmanagement – Ressourcen fördern. Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen*. Aarau: Sauerländer.
- Lazarus, Richard & Folkman, Sigmund (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lunneborg, Patricia (2002). *Jetzt kein Kind: Warum Abtreibung eine positive Entscheidung sein kann*. Weinheim und Basel: Beltz.



Major, Brenda; Appelbaum, Mark; Beckmann, Linda; Dutton, Mary Ann; Russo, Nancy Felipe & West Carolyn (2008). *APA Task Force über psychische Gesundheit und Abtreibung*. Gefunden am 20.10.2010 unter <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Minelli, Michèle (2000). *Tabuthema Abtreibung: Informationen, Fakten, Adresse*. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt.

Mohr, Ernst. & Udris, Ivar (1997). *Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*. In: R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2002). *Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission zur Fristenregelung*. Gefunden am 16. Juli 2010 unter <http://www.svss-uspda.ch/pdf/nek-stellungnahme.pdf>

Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit*. Weinheim/München: Juventa.

Pokropp-Hippen, Angelika (2006). *Das Post-Abortion-Syndrom und sein Bezug zur post-traumatischen Belastungsstörung*. Auszug aus: Buchner, Bernward ; Kaminski, Claudia (Hrsg.), *Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995–2005)*, Bonn: VKW. Gefunden am 16. Juli 2010, unter http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/Pokropp-Hippen_kl.pdf

Rey, Anne-Marie (2009). *Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz, Zahlen und Fakten*. Zürich: Jahresversammlung des Verbandes der Schwangerschafts- und SexualberaterInnen.

Rey, Anne-Marie (2007). *Die Erzeugelmacherin* (1. Auflage). Zürich: Xanthippe.

Rey, Anne-Marie (2003). *Die Schweizerische Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs löst sich auf*. Gefunden am 27. Oktober 2010, unter http://www.svss-uspda.ch/de/aktuell/comm_12_03.htm

Robinson, Gail Erlick; Stotland, Nada L.; Russo, Nancy Felipe; Lang, Joan A. & Occhiogrosso Mallay (2009). *Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence*. Gefunden am 20.9.2010 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19637075>

Stratenwerth, Günter & Wohlers, Wolfgang (2007). *Schweizerisches Strafgesetzbuch, Handkommentar*. Bern: Stämpfli Publikationen AG.

Schüffel, Wolfram; Brucks, Ursula; Johnen, Rolf; Köllner, Volker; Lamprecht, Friedhelm & Schnyder, Ulrich (1989). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein medical.

Schwendke, Angelika; Perrin, Eliane; Russo, Nancy Felipe & Fiala, Christian (2001). *Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs-Mythen und Fakten*. Symposium, Tagungsbericht. Münchenbuchsee: Zimog.

Semmer, Norbert & Udris, Ivar (2004). *Bedeutung und Wirkung von Arbeit*. In: H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern: Huber.



Semmer, Norbert (1997). «Stress». *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemische Grundlagen und professionelle Praxis*. Bern: Haupt.

Stein, Claudius (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention: Ein Handbuch für psychosoziale Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Waller, Heiko (2002). *Gesundheitswissenschaft*. Stuttgart: Kohlhammer.

Weber, Esther (2003). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit: Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik*. Hochschule für Soziale Arbeit Luzern: Interact.



<p>9. Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Sehr oft			sehr selten oder nie			
<p>10. In den letzten 10 Jahren war ihr Leben...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Voller Veränderungen, ohne dass Sie wussten, was als nächstes passiert			beständig und klar			
<p>11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Völlig faszinierend sein			todlangweilig sein			
<p>12. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Sehr oft			sehr selten oder nie			
<p>13. Was beschreibt am besten, wie Sie ihr Leben sehen?</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Man kann immer einen Weg finden, mit schmerzlichen Dingen im Leben fertig zu werden			Es gibt nie einen Weg, mit Dingen im Leben fertig zu werden			
<p>14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken,...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Spüren Sie oft, wie schön es ist Zu leben?			fragen Sie sich oft, wieso Sie überhaupt leben			
<p>15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Immer völlig klar?			Immer verwirrend und schwer zu finden?			
<p>16. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Tiefer Freude und Zufriedenheit.			von Schmerz und Langweile.			
<p>17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Voller Veränderung sein, ohne dass Sie wissen, was als nächstes passiert.			beständig und klar sein.			
<p>18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu...</p>						
1	2	3	4	5	6	7
Sich zu sagen: "Nun gut,			sich deswegen aufzureiben („innerlich zu verzehren“)?			



so ist es eben, damit muss ich leben und weitermachen“?						
19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?						
1	2	3	4	5	6	7
sehr oft			sehr selten oder nie			
20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt...						
1	2	3	4	5	6	7
Werden Sie sich sicher weiterhin gut fühlen			wird sicher etwas geschehen, das dieses Gefühl verderben wird.			
21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich spüren, die Sie lieber nicht hätten?						
1	2	3	4	5	6	7
Sehr oft			sehr selten oder nie			
22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben...						
1	2	3	4	5	6	7
Ohne jeden Sinn und Zweck sein wird			voller Sinn und Zweck sein wird			
23. Glauben Sie, dass es in Zukunft <i>immer</i> Leute geben wird, auf die Sie zählen können?						
1	2	3	4	5	6	7
Sie sind sich dessen ganz sicher			Sie zweifeln daran			
24. Haben Sie manchmal das Gefühl, nicht ganz genau zu wissen, was demnächst geschehen wird?						
1	2	3	4	5	6	7
sehr oft			selten oder nie			
25. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie traurige Versager(„Pechvögel“) Wie oft haben Sie sich so gefühlt?						
1	2	3	4	5	6	7
nie			sehr oft			
26. Wenn etwas passierte, hatten Sie im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung...						
1	2	3	4	5	6	7
über- oder unterschätzen			richtig einschätzen?			
27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass						
1	2	3	4	5	6	7
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden			Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden?			

