

*Positionspapier des Österreichischen Hebammengremiums*

## **Fehlgeburten und Totgeburten in Österreich**

### **Einleitung**

Das Erleben von Fehlgeburten und Totgeburten übersteigt häufig die Belastbarkeitsgrenze der Betroffenen. Dieses Positionspapier möchte die gesellschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich aufzeigen und Vorschläge unterbreiten, um ein bedürfnisorientiertes Versorgungsnetz für Betroffene zu knüpfen.

Die Rate der Fehlgeburten in Österreich liegt bei etwa 15% der bekannten Schwangerschaften. Genaue Daten fehlen, da die Meldung einer Fehlgeburt nicht verpflichtend ist. Für Totgeburten verzeichnet Österreich eine Zahl von ca. 0,3-0,4%. (1)

Diese Häufigkeit verdeutlicht, dass Frauen und Paare mit dem Risiko einer Fehl- oder Totgeburt während der Schwangerschaft konfrontiert sind. In diesem Zusammenhang ist es dringend erforderlich, eine adäquate Betreuung für Betroffene zu etablieren.

### **Begriffsdefinition**

Der medizinische Fachausdruck zum Schwangerschaftsverlust lautet Abortus. Es wird zwischen einem Frühabortus und einem Spätabortus unterschieden.

Der Frühabort bezieht sich auf den Zeitraum der Embryonalphase bis zum Beginn der 16. Schwangerschaftswoche. Der Spätabortus ab der 16. Schwangerschaftswoche bis zu einem Geburtsgewicht von unter 500 Gramm (ca. 22 SSW).

Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass der medizinische Fortschritt es bereits ermöglicht, lebensfähige Kinder mit einem geringeren Geburtsgewicht als 500g intensivmedizinisch zu betreuen. In Österreich und Deutschland ist eine intensivmedizinische Behandlung mit kurativer Absicht extremer Frühgeburten bereits ab 23+0 vertretbar. Unter Einbeziehung des Gewichts, elterlicher Wertvorstellungen und Versorgungsmöglichkeiten ist eine Verschiebung dieser Grenze um bis zu sieben Tage nach oben oder unten denkbar. Es bleibt zu beachten, dass Leitlinien dazu im internationalen Vergleich divergieren und in Überarbeitung sind. (2)

Wiegt das Kind bei der Geburt 500 Gramm oder mehr und es konnten keine Lebenszeichen nach der Geburt festgestellt werden, spricht man von einer Totgeburt. (3)

## **Herausforderungen**

Fehlgeburten und Totgeburten sind häufig mit einer starken psychosozialen Belastung verbunden. Frauen und Paare erleben eine Vielzahl von Gefühlen wie Trauer, Schuld, Scham, Wut und Hilflosigkeit. Das gesellschaftliche Tabu, das diese Themen oft umgibt, führt häufig dazu, dass betroffene Eltern sich isoliert fühlen und keine adäquate Unterstützung in Anspruch nehmen. Besonders nach frühen Fehlgeburten wird die Trauer häufig nicht anerkannt. Es besteht die Tendenz, den Verlust als „natürlichen“ Teil des Lebens zu betrachten und damit den Schmerz und die Bedürfnisse der betroffenen Eltern einzugrenzen. (4)

Das Empfinden von Trauer und Schmerz nach einer Fehlgeburt ist sehr individuell und hängt von der eigenen Identifikation der Betroffenen als Mutter und oder Vater ab. Dieses Wissen impliziert einen sensiblen Umgang mit allen Beteiligten, unabhängig von der Schwangerschaftswoche. (5)

Untersuchungen mehrerer Studien zum Thema zeigen, dass das Auftreten von psychischen Erkrankungen, wie Angststörung, Depression und posttraumatische Belastungsstörung, unter betroffenen Eltern keine Seltenheit sind. (6)

Diese Herausforderungen können auch in Folgeschwangerschaften belastend wirken, die eine besondere Betreuung erfordern.

Die Paarbeziehung steht demnach auch oft vor besonderen Herausforderungen, welche davon geprägt sind, dass Frauen und Männer häufig verschiedenen Strategien zur Bewältigung ihrer Trauer wählen. Unterstützungsangebote sollten daher gezielt für Frauen, Männer und Paare angeboten werden.

Frauen, die mit einem Schwangerschaftsverlust konfrontiert sind, fordern unter Einbeziehung der Partnersicht einen empathischeren Umgang mit der Situation der Betroffenen im Rahmen der Nachsorge und ein interdisziplinäres Angebot im stationären und ambulanten Setting.“ (7)

## **Medizinische Versorgung und Rahmenbedingungen**

Die medizinische Betreuung von Frauen, die eine Fehl- oder Totgeburt erleiden, sollte einfühlsam, kompetent und umfassend sein. Die körperlichen Vorgänge gepaart mit der emotionalen Situation erfordern einen fachkundigen und sensibel geschulten Umgang mit allen Beteiligten.

Hebammen sind nach dem Hebammengesetz berechtigt nach Diagnosestellung hinzugezogen zu werden und als Vertraute von betroffenen Familien zu agieren. (8)

Dadurch stehen Hebammen unmittelbar in Kontakt zu betroffenen Familien und können im Rahmen ihrer Tätigkeit ein wichtiges Bindeglied zur weiteren Versorgung darstellen.

Zusätzlich bleibt zu beachten, dass eine Betreuung von Betroffenen auch für Hebammen emotional herausfordernd sein kann. Schulungen für einen professionellen Zugang und entsprechender Austausch im Rahmen von Inter- und Supervisionen sind zur Qualitätssicherung dringend empfohlen. (9)

Neben den fachlichen Voraussetzungen schaffen bestimmte strukturelle und räumliche Bedingungen einen bedürfnisorientierten Betreuungsrahmen. Herausfordernde Situationen können durch ausreichend Zeit, geschützte Räumlichkeiten und vertraute Personen später zu einer Erinnerung mit zumindest teilweise positiven Aspekten werden und den Trauerprozess begünstigen. (10)

Seit 1. September 2024 haben Frauen, die nach der 18. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erleiden, Anspruch auf die Betreuung einer Hebamme als Kassenleistung. Diese Regelung ist ein wichtiger Schritt, die Versorgung Betroffener niederschwellig und kompetent anzubieten.

Ein wichtiges nicht zu vernachlässigendes Thema ist es die Rückbildungsvorgänge auch von verwaisten Müttern zu unterstützen. Daher wäre es sinnvoll hierfür spezielle Angebote zu schaffen. (7)

## **Rechtliche Aspekte**

Nach §3 Abs.4 Mutterschutzgesetz haben werdende Mütter, sobald ihnen ihre Schwangerschaft bekannt ist, ihren Dienstgeber hiervon und über den voraussichtlichen Geburtstermin in Kenntnis zu setzen. Ebenso ist der Dienstgeber bei einem vorzeitigen Ende der Schwangerschaft zu verständigen. (11)

Da eine Verheimlichung der Schwangerschaft durch die Mutter sanktionslos bleibt, geben Arbeitnehmerinnen aus persönlichen und arbeitsrechtlichen Gründen häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt ihre Schwangerschaft bekannt.

Kommt es in der Zwischenzeit zum Schwangerschaftsverlust, begünstigt dies eine Verschwiegenheit über die Umstände und birgt für die Frau und deren Familie eine mögliche Unterdrückung ihrer Emotionen in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz.

Eine freie Entscheidung über eine mögliche Karenzierung Betroffener, könnte einen flexiblen Raum schaffen für Trauerarbeit und Regeneration.

Eine gesetzliche Regelung zur Bestattung von Fehlgeburten sowie eine Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für den Zugang zu Entschädigungen könnten dazu beitragen, den betroffenen Eltern mehr Sicherheit und Unterstützung zu bieten.

## Fazit

Fehlgeburten und Totgeburten sind Erfahrungen, die körperliche, psychische und sozioökonomische Auswirkungen auf die betroffenen Familien und medizinisches Personal haben können. Um Versorgungslücken zu schließen, ist eine offene und empathische Haltung anzustreben. Die Bedürfnisorientierung steht an oberster Stelle einer professionellen Versorgung und impliziert eine Wahlmöglichkeit für alle Betroffenen, welche Angebote in welchem Zeitrahmen genutzt werden.

## Quellen

1. Statista. *Totgeborene in Österreich je 1.000 Lebendgeborene von 2006 bis 2023*. Abgerufen am 27. November 2024 von Statista <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/576457/umfrage/anzahl-der-totgeborenen-in-oesterreich-je-1000-lebendgeborenen/>
2. Berger A. et. al. (2024). *Empfehlung zur Versorgung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit*. Abgerufen am 30. Jänner 2025: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-024-02066-9>
3. AWMF Leitlinie. (2020). *Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit*, 4. Auflage
4. Sebinger-Christl S. et. al. (2024). *Tabuthema Fehlgeburt? - Verankerung durch Mechanismen auf medizinischer, sozialer und organisationaler Ebene "Es hat mir mein Herz gebrochen und es ist halt so..."*. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie (09/2024)
5. Universitätsklinikum Bonn. *Psychisches Befinden nach einer Fehl- und Totgeburt*. Abgerufen am 11. Dezember 2024: <https://www.gynaekologische-psychoomatik.de/themen/nach-fehl-oder-totgeburt/>
6. Westby et. al. (2021). *Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review*. Abgerufen am 27. November 2024 von Bergen Open Research Archive: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/11250/2830663/s12884-021-04254-x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Gardecki S.T., V.-A. S. (2024). *Versorgung und Nachbetreuung von Aborten – Empfehlungen für Public-health-Maßnahmen*. Abgerufen am 11. Dezember 2024 von Springer Nature Link: <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01102-6>
8. Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG), §2 Tätigkeitsbereich, Fassung vom 26.01.2025
9. Nash, M. B. (2016). *Midwives' experiences of caring for women with early pregnancy loss in an Irish maternity hospital*. British Journal of Midwifery, 12/2018

10. Ravaldi et al. (2023). *Communication and shared decision-making after stillbirth: Results of the ShaDeS study*. *Women and Birth* (36) S. e518 ff.

11. Mutterschutzgesetz 1979 - MSchG, §3 (4), Fassung vom 26.01.2025