

Der vorliegende Beitrag wurde beim Deutschen Studienpreis 2022 mit dem 2. Preis in der Sektion Sozialwissenschaften ausgezeichnet. Er beruht auf der 2021 an der Leuphana Universität Lüneburg eingereichten Dissertation „Fehlgeburt und Stillgeburt – Eine Kulturosoziologie der Verlusterfahrung“ von Dr. Julia Böcker.

## **Fehlgeburt und Stille Geburt Wie in der Gesellschaft mit Schwangerschafts- verlusten umgegangen wird**

Unter welchen Bedingungen gilt es als legitim, den Verlust einer Schwangerschaft als *Tod eines Kindes* zu behandeln, also etwa das Stillgeborene zu bestatten und entsprechend zu betrauern? Die empirischen Antworten auf diese übergeordnete Forschungsfrage zeigen erstmals auf, wie in Deutschland mit dem Tod am Lebensanfang und mit Verlusterfahrungen im Kontext leiblicher Reproduktion umgegangen wird.<sup>1</sup>

Differenziert legt die Untersuchung die Bedeutung sozialer Verhältnisse, die *Kulturalität* von Fehl- und Stillgeburtserfahrungen dar. Rekonstruiert werden die medizintechnischen Voraussetzungen und geburtshilflichen Routinen, die rechtlichen Regularien und sozialen Rituale rund um Anteilnahme, Abschied und Bestattung sowie öffentliche und private Diskurse, die beeinflussen, wie Betroffene und ihre Familien einen Schwangerschaftsverlust erleben und biografisch erinnern.

Laut einer Studie im *The Lancet* gibt es jährlich weltweit ungefähr 23 Millionen Fehlgeburten, also Schwangerschaften, die vor der 24. Schwangerschaftswoche (SSW) enden (Quenby et al. 2021). Umgerechnet sind das 44 pro Minute. Schätzungsweise jede fünfte Schwangerschaft endet mit einer Fehlgeburt, jede sechste Frau erleidet einmal in ihrem Leben eine. Dazu kommen etwa drei Millionen Totgeburten, also Geburten nach der 24. SSW, der Woche, in der ein Fötus Lebensfähigkeit erreicht. Obwohl Fehl- und Totgeburten also sehr häufig vorkommen, wird darüber im Alltag häufig geschwiegen.

Der Umgang mit dem Verlust einer Schwangerschaft scheint, wie auch andere „Frauenthemen“, noch immer tabuisiert und ins Private verbannt. In den ersten zwölf Schwangerschaftswochen, innerhalb der ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko besteht, gilt die soziale Norm, die „frohe Botschaft“ noch geheim zu halten. Nach einer

---

<sup>1</sup> Einige Passagen dieses Essays sind vorigen Veröffentlichungen (Böcker 2022a; 2022b) entnommen.

frühen Fehlgeburt ist demgemäß ein häufiger Kommentar, das sei „ganz normal“. Eine andere Reaktion, mit der Betroffene nach Fehlgeburt und Stillgeburt (ein alternativer Begriff für späte Fehlgeburt und Totgeburt) konfrontiert sind, ist, das Ungeborene sei „ja noch kein richtiges Kind“ oder „bestimmt nicht gesund“ gewesen. Der Verlust sei deshalb wenig betrauernswert, die Eltern sollten sich „einfach ein neues machen“. Solche Kommentare sprechen dem Ereignis die individuelle Bedeutsamkeit ab und Betroffenen das Recht, zu trauern. Die gesellschaftlichen Vorstellungen normieren zugleich den „richtigen“ Umgang mit dem Verlust, und welche Trauer „angemessen“ ist.

Personen erleben nach einer Fehl- oder Stillgeburt, was der Soziologe Kenneth Doka (2002) „entrechtete Trauer nach nicht anerkanntem Verlust“ nennt. Entrechtet werden Trauernde beispielsweise nach Verlusten in illegitimen oder von der Norm abweichenden Beziehungen oder durch stigmatisierte Todesumstände, wie Suizid oder HIV/AIDS. Eine andere Ursache der Entrechtung ist, wenn der Verlust nicht gesehen, die verlorene Sache als wertlos betrachtet und die Art oder Intensität der Trauer entsprechend sanktioniert wird.

Diesem gesellschaftlichen Tabuthema und dem Phänomen des nicht anerkannten Verlusts bei Fehl- und Stillgeburt bin ich in einer explorativen Studie nachgegangen. Die Ergebnisse basieren auf verschiedenen, miteinander kombinierten Daten, wie *Interviews* mit betroffenen Frauen, Paaren und Expert:innen, *Beiträgen* in Online-Foren, *Beobachtungsprotokollen* von Trauerfeiern, Selbsthilfe-Treffen, Bestattungsworkshops und Fachkonferenzen sowie *Selbstzeugnissen* Betroffener in sozialen Medien. Damit liegt erstmals ein umfassender Überblick zum Themenkomplex aus sozialwissenschaftlicher Perspektive vor.

### **Problemlage, Kritik und sozialer Wandel**

Fehlgeburt und Totgeburt sind ambivalente Erfahrungen, die mit Stigmatisierungen, Schuldgefühlen, Einsamkeit und entrechteter Trauer einhergehen. Das hat viel mit dem umstrittenen Status des „Ungeborenen“ (Duden 2002) zu tun. Die Sozialisation des ungeborenen Kindes beginnt in „westlichen“ Gesellschaften bereits im Mutterleib. Obwohl der vorgeburtliche Bindungsaufbau zum ungeborenen Kind von Schwangeren erwartet und in Ultraschalluntersuchungen gezielt gefördert wird, wird nach einem Verlust mitunter so agiert, als habe es keine Personalisierung gegeben. Eine rationalisierende Terminologie, etwa die ärztliche Rede von „Schwangerschaftsgewebe“ nach einer Diagnose, macht, so die Perspektive betroffener Eltern, ihr Kind zur Sache und löst so zusätzlich das Gefühl aus, entmachtet oder allein gelassen zu sein.

Nach dem abrupten Ende der Schwangerschaft, die eigentlich der Übergang ins soziale Leben und in die Elternschaft sein soll, verbleiben das Ungeborene und die nicht mehr werdende Mutter in einer sozialen Statuslosigkeit. Der ambivalente Status des Stillgeborenen – zwischen Kind und Gewebe – liegt auch dem seit Jahrzehnten bestehenden Konflikt um die Anerkennung des „Verlustobjektes“ zugrunde. Während die einen um den Tod eines Familienmitgliedes trauern, behandeln Außenstehende das Ereignis als statistisch normalen Abgang, das Verlorene als „Zellhaufen“. Entsprechend war und ist das zentrale Konfliktthema zwischen Betroffenen und medizinischen sowie politischen Autoritäten der Umgang mit dem Fötus nach der Entbindung.

Bis in die 1980er-Jahre war es üblich, selbst voll ausgetragene stillgeborene oder gar sterbende Babys nach der Entbindung zu entfernen und weder Beratungsangebote noch psychologische oder seelsorgerische Unterstützung anzubieten. Vor dem Hintergrund solcher Entrechtungen unter der Geburt engagierten sich seitdem betroffene Eltern in Selbsthilfe-Initiativen für Veränderungen im Recht, in der klinischen Praxis und im öffentlichen Bewusstsein.

Seit Ende der 2000er-Jahre ist ein tiefgreifender Wandel im Umgang mit frühem Kindsverlust zu beobachten, der sich unter anderem in der Etablierung neuer Begriffe niederschlägt. Statt der stigmatisierenden Bezeichnungen Fehlgeburt und Totgeburt, die ein Versagen der Mütter suggerieren, ist beispielsweise die Rede von stillen Geburten (oder Stillgeburt) und von Sternenkindern statt von toten Föten.

Ausdruck dieses Wandels ist auch die Rechtsnovelle des Personenstandsgesetzes im Januar 2013. Auf Initiative eines betroffenen Elternpaares bewirkte der Deutsche Bundestag eine Gesetzesänderung. Fehlgeborene, also pränatal verstorbene „Leibesfrüchte“, wie es im Gesetzestext heißt, die weniger als 500 Gramm wiegen bzw. vor der 24. SSW abgehen, können seitdem auf Wunsch der Eltern bestattet und standesamtlich beurkundet werden. Dadurch erhalten die – im Gegensatz zu Totgeborenen – nicht bestattungspflichtigen Leibesfrüchte symbolisch den Status einer menschlichen Person und eines Familienmitgliedes. Vor der Gesetzesänderung wurden Fehlgeborene für gewöhnlich mit dem Klinikabfall der behandelnden Institution entsorgt. Eltern können jetzt um die Herausgabe ihres Kindes bzw. des Schwangerschaftsgewebes bitten und eigenständig eine Bestattung veranlassen. Durch eine inzwischen fast in allen Bundesländern bestehende Hinweispflicht für behandelnde Kliniken und Praxen wissen Betroffene nun in der Regel auch von dieser Möglichkeit. Nehmen sie diese Möglichkeit nicht in Anspruch, sind „Fehlgeburten und Ungeborene von den Einrichtungen unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten“ (§ 30 Abs. 3 S. 2 BestattG). Die meisten Kliniken veranlassen heute

regelmäßig Sammelurnenbestattungen von eingeäscherten Fehlgeborenen, zu denen die Eltern eingeladen werden.

Inzwischen ist es außerdem professionelle Routine, dass das medizinische Personal Eltern dabei unterstützt, ihr stillgeborenes Kind nach der Geburt zu begrüßen, etwa in den Arm zu nehmen und zu fotografieren, und zu verabschieden.

Auch wenn solche Anerkennungspraktiken für stillgeborene Babys höherer Schwangerschaftswochen etabliert sind, zeigte sich in der empirischen Realität, dass sich die Frage, welche und *wie viel* Personalisierung durch Klinikpersonal, religiöse und staatliche Instanzen von Betroffenen gewollt ist, in jeder Situation aufs Neue und noch einmal besonders bei frühen Schwangerschaftsverlusten stellt.

Der historisch und kulturell variable Zeitpunkt, an dem eine Person „sozial geboren“ wird, hat sich nach vorne verlagert. An der konkreten Grenze zur sozialen Geburt aber besteht nach wie vor ein Aushandlungsspielraum. Damit legitim vom Tod eines Kindes gesprochen werden kann, muss erstens *körperliche Materie* auf ein kindliches Individuum zugerechnet und zweitens medizinisch-rational begründet werden, dass *kein Leben mehr* vorhanden ist. Drittens muss dieses als verstorbene *Person* behandelt werden. Das klingt einfacher und eindeutiger, als es ist.

### **Die soziale Geburt eines Kindes**

Bei frühen Fehlgeburten, bei denen nach dem Abgang kein kindlicher Körper wahrnehmbar ist, besteht für manche Betroffene die Schwierigkeit, dass es für den erfahrenen Verlust kein greifbares „Objekt“ gibt und er deshalb auch im Nachhinein unsichtbar bleibt. Es gibt weder Fotos noch ein Abschiedsritual, die auch Möglichkeiten wären, den Verlust mit anderen zu teilen.

Ein Beispiel für den Versuch, die persönliche Erfahrung eines *unsichtbaren Kindesverlusts* durch eine frühe Fehlgeburt symbolisch darzustellen und dadurch öffentlich sichtbar zu machen, stammt von der Videoplattform YouTube. In einem Videobeitrag, der über 470.000 Aufrufe zählt, dokumentiert die Vloggerin Nina ihre Fehlgeburt in der 6. SSW. Der Abgang steht ihr zum Beginn der Videodokumentation noch bevor. Zunächst berichtet sie von der Ultraschalluntersuchung, in der keine Vitalitätszeichen des Embryos festgestellt werden konnten. Anschließend zeigt sie zwei Ultraschallfotos, auf denen ein kleiner Punkt zu erkennen ist und die sie so kommentiert: „Da war unser kleines Baby: viel zu klein, kein Herzschlag und sechs-Wochen-einen-Tag war es nur groß, 0,52 cm. Viel zu klein, nicht lebensfähig.“ Mithilfe der medial vermittelten Sehgewohnheit, auch Punkte auf Ultraschallbildern als Embryonen zu identifizieren, gewinnt hier mit wenigen Mitteln die Existenz eines geliebten Babys Kontur, dessen Geburt Nina im Fortgang des Videos inszeniert. Das

sich über mehrere Tage hinziehende Fehlgebären selbst ist im Video nicht zu sehen. Stattdessen symbolisieren Artefakte, wie die Ultraschallfotos und in einem Becher gesammeltes Blut, die Chronologie eines menschlichen Lebens und den damit verbundenen Verlust. Deutlich wird an Nahaufnahmen, in denen Nina geronnenes Blut und Schleimhäute zwischen den Fingern zerreibt, dass sie den Embryo bzw. ihr Kind sucht.

Der Bericht der Fehlgeburt gleicht einer „normalen“ Geburtserzählung. So wird die nachlassende Blutung nach einigen Tagen wie eine Wehenschwäche unter der Geburt problematisiert: „Es ist noch nicht alles heraus. Ich habe heute morgen Himbeerblätterttee getrunken, der hilft nämlich bei Geburten, und da das hier eine kleine Geburt ist, habe ich davon erst mal eine Tasse getrunken in der Hoffnung, dass die leichten Wehenkrämpfe wieder zunehmen“. Nina nimmt hier die Rolle einer geburtshilflich kompetenten Mutter ein, die schon an wehenfördernden Himbeerblätterttee gedacht hat. Die Formulierung, dass es sich um eine „kleine Geburt“ handelt, setzt die Existenz eines Kindes und einer Beziehung zu ihm voraus. Die Betonung selbst weist dabei zugleich darauf hin, dass diese Deutung eben nicht selbstverständlich ist. Die stigmatisierte *Fehlgeburt* – die eine Geburt verneint – reformuliert sie performativ als Leistung einer natürlichen Geburt, die sie zur Mutter macht. Den dezidierten Moment, an dem der Embryo abgeht, kann Nina schließlich weder wahrnehmen noch dokumentieren. Es ist ein zweites Mal die Ultraschalluntersuchung, die den Verlust zum Fakt macht, indem diese offenbart, dass die Frucht bereits abgegangen ist.

Diese Inszenierung einer kleinen Geburt für soziale Medien ist nur möglich, weil Nina schon zum dritten Mal eine Fehlgeburt erleidet und über eine zweifelsfreie Deutung der Fehlgeburt als Kindsgeburt verfügt. Mit dem Video kann sie rückwirkend auch ihre vorigen Verluste sowie damit verbundene Schmerzen und Einschränkungen gegenüber Dritten sichtbar machen und beweisen. Die von ihr positiv besetzte Erfahrung einer kleinen Geburt setzt einen sogenannten natürlichen Abgang voraus – und dieser wiederum das medizinische Wissen, dass eine diagnostizierte Fehlgeburt nicht immer sofort ausgeschabt werden muss.

### **Das Arzt-Patientin-Verhältnis**

Es zeigte sich, dass es im Laufe jeder Erfahrung von vorgeburtlichem Kindsverlust einen schmerzhaften Moment der Gewissheit darüber gibt, dass das Ungeborene dieser Schwangerschaft nicht lebt – nicht *mehr* lebt oder zukünftig nicht leben *wird*. Diese Klarheit über die Abwesenheit kindlichen Lebens, die den Verlust zur sozialen Tatsache macht, wird unter Zuhilfenahme von medizinischer Expertise geschaffen.

Fehl- bzw. Stillgebärende befinden sich, noch einmal anders als andere Schwangere, in einer vulnerablen Situation medizinischen Expert:innen gegenüber. Bei Fehl- und Totgeburten, die im Ultraschall diagnostiziert werden, sind es Ärztinnen und Ärzte, die die schlechte Nachricht übermitteln und Umgangsweisen aufzeigen oder verhindern. Ein Beispiel für eine folgenreiche Konsequenz dieser Abhängigkeit wurde eben genannt: Fehlgebärende müssen wissen oder informiert werden, dass die Möglichkeit für einen natürlichen Abgang besteht. In Onlineforen berichten immer wieder Personen, dass ihnen eine sofortige Ausschabung mit teilweise drastischen Vorhersagen autoritär verordnet wurde und sie bereuen, es nicht anders gewusst zu haben. Sie seien um die Erfahrung einer Geburt und den Abschied von ihrem Kind gebracht worden.

Das Abhängigkeitsverhältnis zu medizinischen Expert:innen wird nicht zwangsläufig als schlecht bewertet. In den Interviews mit Betroffenen zeigten sich vielmehr verschiedene Verhältnisse zum medizinischen System und seinen Akteur:innen. Diese unterschiedlich selbst- bis fremdbestimmten Verhältnisse erfüllen jeweils biografische *Funktionen* und bergen je spezifische *Krisenpotenziale*. Eine starke Orientierung an medizinischen Expert:innen bei der Interpretation eigener körperlicher Erscheinungen, wie Blutungen oder Schmerzen, bringt beispielsweise eine *Entlastung von Verantwortung* und die *Reduktion von Komplexität* in Entscheidungssituationen mit sich. Gleichzeitig besteht ein Krisenpotenzial darin, dass Expertenwissen in medizinischen Notlagen, wie bei schweren Schwangerschaftskomplikationen oder bei Entbindungen an der Grenze zur Lebensfähigkeit um die 24. SSW., begrenzt und damit in seiner Funktion als Orientierungs- und Entscheidungshilfe limitiert ist. In genau solchen Grenzsituationen allerdings greifen Eltern besonders auf medizinisches Wissen zurück, um Handlungsorientierung in Bezug auf ihren Körper und das Ungeborene zu gewinnen und eigenes Handeln zu legitimieren.

In Auseinandersetzung mit verfügbarem Wissen versuchen Eltern z.B., über die Art der Prognose eine Anerkennungsgrenze zu ziehen, ab der sie das Ungeborene als eigenes Kind akzeptieren werden oder würden. Ambivalent und krisenhaft zeigte sich vor diesem Hintergrund die Erfahrung von Schwangeren, die bis zum Zeitpunkt der Entbindung keine elterliche Beziehung zum ungeborenen Kind eingegangen waren. Mit der Wahrnehmung des Körperchens nach der Geburt hatten diese nahezu schockartig elterliche Gefühle, die im starken Widerspruch zu der Tatsache standen, dass eben kein lebendes Kind zur Welt gekommen war.

## **Individualisierte Trauerkultur**

Das Grunddilemma für betroffene Eltern besteht in einer Art *normierten Liberalisierung*. Ihnen obliegt einerseits die Verantwortung, eine vermeintliche Freiheit, dem Erlebten einen Sinn zu geben und für sich das ›richtige‹ Verlustobjekt zu bestimmen. Sie selbst müssen entscheiden, inwieweit sie das Stillgeborene personalisieren und ihm gegenüber eine elterliche Rolle einnehmen möchten oder nicht, z.B. indem sie eine Abschiedsfeier ausrichten. Andererseits sind Trauer und Verlustbewältigung hochgradig kulturell normiert und an medizinisch-rationalen Kategorien ausgerichtet. Es gibt, aus gesellschaftlicher Perspektive, richtige und falsche Verlustdeutungen, zu lang anhaltende oder „betriebene“ Trauer. Es bestehen differenzierte *Verlusthierarchien* zwischen dem Verlust eines älteren Kindes, dem eines Lebendgeborenen, Totgeborenen und Fehlgeborenen. Ein unerfüllter Kinderwunsch wird als Verlust diskreditiert – weil keine materielle Substanz verloren geht. Eine frühe Fehlgeburt bleibt als Verlust ebenfalls unsichtbar, weil es keinen kindlichen Körper gibt, der begrüßt und verabschiedet werden kann.

Die Bewertungen der Erfahrungen sind auch von gesellschaftlichen Vorstellungen guter Mutterschaft und den darangeknüpften Erwartungen geprägt. Wer hat es verdient, ein Kind zu bekommen, und wer darf um eines trauern? Mitverhandelt werden dabei u.a. der soziale Status, die (Mit-)Schuld am Verlust, das unterstellte Ausmaß von erfahrenem Leid und die Qualität der Bewältigung. Viele Betroffene verarbeiten die Verluste eher im privaten Rahmen, kontrollieren ihre Gefühle und versuchen, den Verlust zu rationalisieren, auch weil sie sich für seine Ursachen und Bewältigung verantwortlich fühlen. Wo das Geschehene als unveränderlich konstruiert werden kann, scheint mehr Akzeptanz und mehr Anspruch auf Anerkennung, Unterstützung und Mitgefühl zu bestehen.

Eine These der Arbeit ist, dass sich auch deshalb einige Aktivist:innen explizit für die diskursive Anerkennung von Betroffenen als Eltern („Sterneneltern“) engagieren. Der menschliche Tod gilt als unabänderliches Schicksal, über das wir nicht verfügen können. Von Tod und Kindsverlust zu reden, ist die Sprache des menschlichen Leidens. Jenseits der Rede von Geburt und Tod gibt es kein etabliertes Vokabular, von Fehlgeburten zu erzählen und den körperlich intensiven, oft *auch* schönen Erlebnissen adäquat Ausdruck zu verleihen.

Viele Betroffene möchten offen über ihre Erfahrung reden. Es ist nur kaum möglich, von eigenen Fehl- oder Stillgeburten zu erzählen, ohne das Gegenüber zu emotionalisieren – und dann verantwortlich für die unbehagliche Situation zu sein – und ohne moralisierende Schuldzuweisungen, unpassende Kommentare oder ungefragte Ratschläge zu erhalten.

Die Studie vermittelt erstmals ein umfassendes Verständnis davon, was es gesellschaftlich bedeutet, eine Fehlgeburt oder Totgeburt zu erleben. Sie regt zur Selbstreflexion und Sensibilisierung aller an, die professionell und privat mit Betroffenen zu tun haben: Ärztinnen und Pflegekräfte, die mit dem Vorwurf „empathischen Versagens“, etwa nach der Diagnosestellung, konfrontiert sind. Hebammen und Bestatter:innen, die eigentlich damit beauftragt sind, einen rituellen Übergang in das Leben oder aus dem Leben zu gestalten, und die den mehrdeutigen Status des Stillgeborenen und seiner nicht-mehr-werdenden Eltern transformieren müssen. Mit dem Wissen über Krisenpotenziale und Verlustformen können Seelsorgende und Therapeut:innen bei der Bewältigung unterstützen. Die politische Brisanz der rechtlichen Organisation von Fehl- und Stillgeburt schlägt sich u.a. in der Debatte um das Recht auf Mutterschutz und Kündigungsschutz nach einer Fehlgeburt nieder. Ohne Kündigungsschutz ist es für Arbeitnehmerinnen sinnvoll, eine Fehlgeburt für sich zu behalten, um nach dem Verlust der Schwangerschaft nicht auch noch ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Darüber hinaus werfen die skizzierten Bestrebungen zur „Vereinbarung“ von Fehlgeburt als Verlust einer kindlichen Person Fragen nach deren Anschlussfähigkeit für rechtskonservative Anliegen auf. Die Rede von der Anerkennung „ungeborenen Lebens“ polarisiert und wird auch zukünftig eine Aushandlung der Rechtsgrundlagen notwendig machen. Nicht zuletzt ist die Studie eine Handreichung für Freund:innen, Verwandte, Nachbar:innen und Kolleg:innen, die der Sprachlosigkeit und Handlungslosigkeit in der persönlichen Begegnung mit Betroffenen im Alltag etwas entgegensetzen möchten. Denn statistisch kennt jeder jemanden, der von der Erfahrung eines Schwangerschaftsverlusts betroffen ist.

## **Literatur**

- Böcker, J. (2022a). Der Wandel zur Anerkennung von Fehl- und Totgeburt als Geburt eines Kindes. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 47, 59–82.
- Böcker, J. (2022b). *Fehlgeburt und Stillgeburt. Eine Kulturosoziologie der Verlusterfahrung*, Weinheim.
- Doka, K. (Hg.). (2002). *Disenfranchised grief. New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign.
- Duden, B. (2002). Zwischen ›wahrem Wissen‹ und Prophetie. Konzeptionen des Ungeborenen. In: Duden, B. et al. (Hg.): *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, 11–48. Göttingen.

Quenby, Siobhan et al. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic burden of early pregnancy loss. In: *The Lancet* 397, 1658–1667.