

Parlamentarische Bürgerinitiative

betreffend

die "Initiative Mut!" zeigen. Dabei handelt es sich um einen Zusammenschluss zahlreicher ExpertInnen und Organisationen aus dem Bereich der Beratung und Betreuung von Personen, die einen Schwangerschaftsverlust unter 500 Gramm Geburtsgewicht (eine sog. "Fehlgeburt") erlitten haben.

Seitens der Einbringer:innen wird das Vorliegen einer Bundeskompetenz in folgender Hinsicht angenommen:

Siehe dazu die beigelegten Unterlagen: Forderungskatalog und Positionspapier vom 19.02.2023; Beschreibung der Bürgerinitiative/Petition, eine Tabelle sowie weitere Unterschriftenlisten von openpetition. Überdies geht es um Gesetzesänderungen von Materienetzen, die hauptsächlich in die Bundeskompetenz fallen.

Dieses Anliegen wurde bis zur Einbringung im Nationalrat von 1163 Bürger:innen mit ihrer Unterschrift unterstützt.

(Anm.: zumindest 500 rechtsgültige Unterschriften müssen für die Einbringung im Nationalrat vorliegen.)

Anliegen

Der Nationalrat wird ersucht,

die zuständigen BundesministerInnen zu folgenden Punkten zu beauftragen und sodann zu diesen auch diesbezügliche gesetzliche Änderungen zu beschließen:

- Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs für Betroffene von Schwangerschaftsverlusten unter 500 Gramm Geburtsgewicht (sog. "Fehlgeburten"), der insbesondere eine Verbesserung der Regelungen des Mutterschutzes, die Möglichkeit einer vorübergehenden Freistellung der Eltern, eine Betreuung durch Hebammen und PsychologInnen beinhaltet sowie den Bestattungskostenbeitrag ausdehnt (siehe Näheres dazu im Forderungskatalog);
- Abänderung des Begriffs "Fehlgeburt" in "Schwangerschaftsverlust" in allen einschlägigen (Bundes-)Gesetzen (siehe ebenfalls dazu Näheres im Katalog);
- Erarbeitung einer Sensibilisierungskampagne, die auf die Enttabuisierung des Themas "Schwangerschaftsverlust" abzielt und auf dessen Tragweite und Relevanz aufmerksam macht;
- Entwicklung einer bundesweiten Checkliste für Krankenhäuser im Falle eines Schwangerschaftsverlustes.

Parlamentarische Bürgerinitiative betreffend

die Initiative "Mut zeigen!": Forderung von gesetzl. Änderungen für Personen, die einen Schwangerschaftsverlust unter 500 Gramm (sog. Fehlgeburten) erlitten haben.

Angaben Erstunterzeichner:in

Name	Anschrift und E-Mail Adresse	Geburts Datum	Datum der Unterzeichnung	Eingetragen in die Wählerevidenz der Gemeinde
Branka ROMANIČIĆ				



Initiative „Mut zeigen!“

Laut Studien geht man davon aus, dass es schätzungsweise zu 23 Millionen Fehlgeburten jedes Jahr weltweit kommt, was zu 44 Fehlgeburten pro Minute führt. Je nach Datenerfassung treten Fehlgeburten bei 15 % bis 50 % aller Schwangerschaften auf. Bei diesen Zahlenangaben handelt es sich lediglich um Schätzungen, denn Fehlgeburten müssen in vielen

Ländern – wie auch in Österreich – nicht gemeldet werden.

Es ist auf wissenschaftlicher Basis nachgewiesen, dass ein Schwangerschaftsverlust von den betroffenen Frauen und Männern als einschneidendes und gravierendes Ereignis wahrgenommen und oft von einem intensiven Trauerprozess begleitet wird. Dass die Betroffenen stark emotional belastet sind, ist vor allem auf eine unzureichende Begleitung während und nach der Fehlgeburt zurückzuführen. Wird den Betroffenen nicht die Möglichkeit gegeben das Ereignis zu verarbeiten, können sich Krankheitsbilder wie Depressionen, PTBS, Angststörungen, Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Suchtabhängigkeit, Herzprobleme, Essstörungen udgl. entwickeln. Demzufolge ist es wichtig, die physischen und psychologischen Aspekte einer Fehlgeburt ernst zu nehmen und den Betroffenen die notwendige Betreuung und Zeit der Erholung zukommen zu lassen.

Tatsache ist auch, dass das Thema der Sternenkinder in der Gesellschaft tabuisiert ist; zudem haben Mütter von Sternenkindern, die bei der Geburt weniger als 500 Gramm wiegen und keine Lebenszeichen aufweisen, in Österreich wenige bis keine Rechte. Sie haben insbesondere keinen Anspruch auf Mutterschutz, die Begleitung durch eine Hebamme und einen Bestattungskostenbeitrag. Dies deswegen, weil die diesbezüglichen Bestimmungen auf eine Gesetzeslage aus den 1950er Jahren und eine Rechtsprechung aus den 1970er und 1980er Jahren zurückgehen, die nicht evidenzbasiert, nicht zeitgemäß und aus heutiger Sicht gleichheitswidrig und daher verfassungswidrig sind!



Aus diesem Grund haben sich zahlreiche Organisationen sowie ExpertInnen aus dem Bereich der Betreuung von Personen, die einen Schwangerschaftsverlust erlitten haben, zu der Initiative „Mut zeigen!“ zusammengeschlossen; damit betroffene Familien in der Gesellschaft und Politik sichtbar gemacht werden. Das Ziel der Initiative ist es zudem rechtliche Änderungen auf den Weg zu bringen. In Zukunft soll keine Frau und deren Familie beim Verlust des Kindes

das Gefühl haben alleine zu sein.

Vielen Dank für Ihre Unterschrift und Weiterleitung!

<https://www.openpetition.eu/at/!mutzeigen>



Anspruch auf Mutterschutz in Österreich bei Fehl- und Totgeburten (Stand Februar 2023)

Geburtsgewicht	Lebenszeichen bei/nach der Geburt	Mutterschutz	Mutterschutz unter Berücksichtigung der 16-Wochen-Regel*
Unter 500 Gramm	Nein	<i>Kein Anspruch</i>	<i>Kein Anspruch</i>
Unter 500 Gramm	Ja	Acht Wochen	16 Wochen
Über 500 Gramm bis in etwa 37. SSW	Nein	Zwölf Wochen	Bis zu 16 Wochen
Geburt am Termin	Nein	Acht Wochen	Acht Wochen

***16 Wochen-Regel:** Der Gesetzgeber sieht in § 5 Abs. 1 letzter Satz Mutterschutzgesetz vor, dass für den Fall der Verkürzung der Schutzfrist vor der Geburt sich diese nach der Geburt höchstens um 16 Wochen verlängert.



Rückfragen:

Verein „Rechte für Sternchenmamas“

Mag. Monika Romaniewicz

E-Mail: office@sternchenmamas.at

Homepage: www.sternchenmamas.at

UNTERSTÜTZEN SIE UNS JETZT MIT IHRER UNTERSCHRIFT!

<https://www.openpetition.eu/at/!mutzeigen>





Initiative „Mut zeigen!“ - Positionspapier

LEITGEDANKE

Fehlgeburt wird aus fachärztlicher Sicht als Verlust einer Schwangerschaft vor der Lebensfähigkeit des Kindes (bis in etwa 23. Schwangerschaftswoche) definiert. Allein in den Vereinigten Staaten treten 2,4 Millionen fetale und neonatale Todesfälle während der Schwangerschaft auf; das ist viermal so viel wie die jährliche Zahl der Todesfälle durch Krebserkrankungen.

Laut Studien geht man davon aus, dass es schätzungsweise zu 23 Millionen Fehlgeburten jedes Jahr weltweit kommt, was zu 44 Fehlgeburten pro Minute führt. Je nach Datenerfassung treten Fehlgeburten **bei 15 % bis 50 % aller Schwangerschaften** auf. Bei diesen Zahlenangaben handelt es sich lediglich um **Schätzungen**, denn Fehlgeburten müssen in vielen Ländern –wie auch in Österreich – nicht gemeldet werden.

Fragen Sie aber einmal in Ihrem Familien- oder Bekanntenkreis, ob jemand einen Verlust seines/ihrer Kindes in der Schwangerschaft erleiden musste. Und wir versprechen Ihnen, Sie werden staunen, wie viele Betroffene es gibt, die sich nicht trauen über das Thema offen zu sprechen. Dies meistens deswegen, weil sie von der Gesellschaft nicht die notwendige Resonanz erhalten. Das Thema betrifft sowohl Männer als auch Frauen!

Der Tod eines Kindes, egal in welcher Phase der Schwangerschaft, bringt immer eine Lebenskrise mit sich. Es ist zudem auf wissenschaftlicher Basis nachgewiesen, dass ein Schwangerschaftsverlust von den betroffenen **Frauen und Männern** als einschneidendes und gravierendes Ereignis wahrgenommen und oft von einem intensiven Trauerprozess begleitet wird.

Obwohl **dieser Verlust jede Familie**, egal welcher Herkunft oder in welchem Alter, treffen kann, wird dieses Thema in Österreich im wahrsten Sinne des Wortes **totgeschwiegen**. Das beste Beispiel dafür ist, dass am 15.10.2022 der „Tag der Sternenkinder“ war. Kein einziges in Österreich bekanntes Medium hat dazu berichtet oder dieses Thema nur erwähnt. Vielmehr wurde in den Medien am Tag davor auf den „Tag des Elektroschrotts“ umfänglich hingewiesen. Mangels Bewusstseins in der Gesellschaft für dieses Thema erhalten Betroffene selten das notwendige Mitgefühl und die Anerkennung, die aber für den Trauerprozess notwendig sind.

Auch **aus rechtlicher Sicht** werden die Frauen völlig benachteiligt, denn der Gesetzgeber legt fest, dass bei einem Geburtsgewicht des Kindes unter 500 Gramm und ohne Lebenszeichen kein Mutterschutz, keine Hebammenbetreuung und kein Bestattungskostenbeitrag zusteht.

Bereits Adolph Kolping war der Ansicht, dass „wer Mut zeigt, auch Mut macht.“ Aus all den oben genannten Gründen haben sich folgende Organisationen sowie Expert*innen zu der Initiative **„Mut**



zeigen“ zusammengeschlossen um das Tabuthema der Sternenkinder zu brechen sowie notwendige rechtliche Änderungen auf den Weg zu bringen. Dabei handelt es sich um

1) Organisationen sowie Expertinnen aus dem Fachbereich der Hebammenbetreuung

- Verein „12 Wochen – Hebammenbegleitung bei frühem Schwangerschaftsverlust“
- Verein „Nabhinadi – Verein zur Unterstützung von Sterneneitern“
- Miriam Jakl, BSc, selbständige Hebamme

2) Organisationen sowie Expert*innen aus dem Fachbereich der psychologischen Beratung und Trauerbegleitung

- Verein „NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern“
- Verein „Pustebume zur Förderung der professionellen Beratung und Begleitung bei Fehlgeburt und perinatalem Kindstod“
- Verein „REGENBOGEN - Verein zur Hilfestellung bei glückloser Schwangerschaft“
- Verein „Wandelstern“
- Verein „Sternenkind - Gemeinsam für Familien in Trauer“
- Verein „Verbunden“
- Mag. Natascha Magdalena Trzepizur, BSc. und Mag. Martina Schneider (Die Gründerinnen von „Rosa Blau Gestreift“)
- Bianca Ortner (Gründerin von „Familienkommunikation und Beratung“)
- Jacqueline Miksch-Weichmann (Gründerin von „Frau Confident“)
- Julia Luschin
- Beate Regensburger (Sternenglitzer- Sternenkinder-Treffpunkt in Landeck, Tirol)
- Fabian Busch-Budzinsk

3) Organisation aus dem Fachbereich des Rechts

- Verein „Rechte für Sternchenmamas“

4) Sonstige

- Anita Ogris-Lipitsch (Initiatorin der „Sternchenurkunde“ im Jahr 2014)

AUSGANGSLAGE

Bei zwei Reviews von Studien der letzten drei Jahrzehnte, an denen insgesamt 2.500 Frauen und Männer an verschiedenen Orten teilgenommen haben, zeigt sich folgendes Bild:

- **30 % bis 60 %** der teilgenommenen **Frauen und Männer** erfüllten nach dem Erlebnis eines Schwangerschaftsverlusts die klinischen Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung;
- **8 % bis 20 %** der betroffenen Frauen zeigten Anzeichen einer Depression vier bis sechs Wochen nach dem Verlust; Angstzustände entwickelten **18 % bis 32%** der befragten Frauen.
- Je länger die Schwangerschaft gedauert hat, desto höher ist das Risiko für eine psychische Erkrankung.



- Spätestens in dem Moment, in welchem die Frauen ihr lebensfähiges Kind im Ultraschall sehen, wird das Risiko für psychische Krankheiten (Depressionen, Angstzustände und PTBS) im Falle eines Verlusts verstärkt.

Dass die Betroffenen stark emotional belastet sind, ist vor allem auf eine unzureichende Begleitung während und nach der Fehlgeburt zurückzuführen. Wird den Betroffenen nicht die Möglichkeit gegeben das Ereignis zu verarbeiten, können sich Krankheitsbilder wie Depressionen, PTBS, Angststörungen, Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Suchtabhängigkeit, Herzprobleme, Essstörungen oder Einschränkungen in der Lebensqualität entwickeln.

Dem zufolge ist es wichtig, die physischen und psychologischen Aspekte einer Fehlgeburt ernst zu nehmen und den Betroffenen die notwendige Betreuung und Zeit der Erholung zukommen zu lassen.

Auch kommen Wissenschaftler*innen übereinstimmend in mehreren Studien zu dem Ergebnis, dass Frauen bei Schwangerschaftsverlusten dringend Unterstützung und die dafür geeigneten Einrichtungen brauchen. **Dies fehlt in Österreich aber zur Gänze!**

Abgesehen von der Tabuisierung des Themas der Sternenkinder in der Gesellschaft haben Mütter von Sternenkindern, die bei der Geburt weniger als 500 Gramm wiegen und keine Lebenszeichen aufweisen, in Österreich wenige bis keine Rechte. Sie haben insbesondere keinen Anspruch auf

- ein Beschäftigungsverbot (= Mutterschutz) und Wochengeld, obwohl sie wie jede andere Mutter ihr Kind gebären und je nach Fortschritt der Schwangerschaft ein Wochenbett einzuhalten haben und unter anderem Rückbildungskurse machen sollten,
- die Begleitung durch eine Hebamme und
- Bestattungskostenbeitrag.

Dies deswegen, weil die diesbezüglichen Bestimmungen auf eine Gesetzeslage aus den **1950er Jahren** und eine Rechtsprechung aus den **1970er und 1980er Jahren** zurückgehen, die nicht evidenzbasiert, nicht zeitgemäß und aus heutiger Sicht gleichheitswidrig und daher **verfassungswidrig** sind!

Die Initiator*innen stellen auch den Begriff der „Fehlgeburt“ in Frage. In Zeiten, in welchen die politische Korrektheit verschiedener Begriffe diskutiert wird, sollte man darüber nachdenken, ob der Begriff der „Fehlgeburt“, der im Wesentlichen nichts anderes bedeutet als „**Geburt eines Fehlers**“ noch zeitgemäß ist. **Denn ein Kind ist niemals ein Fehler**; und für viele Betroffenen stellt dieser Begriff eine **enorme psychische Belastung** dar.

Nicht das Geburtsgewicht des Kindes sollte in den Vordergrund gestellt werden, sondern die körperlichen und psychischen Vorgänge während und nach einer Geburt bei den betroffenen Frauen. Dies ist auch normalerweise der Zweck der mutterschaftsrechtlichen Bestimmungen bei Lebend- und Totgeburten (über 500 Gramm Geburtsgewicht); warum dies aber bis dato bei Fehlgeburten anders gehandhabt wird, ist aus rechtlicher und fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar.



UNSERE FORDERUNGEN

Aufgrund der im Folgenden dargestellten rechtlichen Änderungen soll sich die Situation in Österreich für Betroffene in Zukunft verbessern. Dabei handelt es sich um einen **Sieben-Punkte-Katalog**:

1. **Gestaffelter Mutterschutz und Angleichung des Kündigungs- und Entlassungsschutzes:**
 - (i) absolutes Beschäftigungsverbot von acht Wochen für Frauen, die ihr Kind ab der 14. SSW verloren haben
 - (ii) relatives (freiwilliges) Beschäftigungsverbot für Frauen, die ihr Kind ab der medizinisch festgestellten Schwangerschaft bis zur 14. SSW bekommen haben
 - (iii) Angleichung des Kündigungs- und Entlassungsschutzes ab der Geburt bis zum Ablauf des vierten Monats
2. **Möglichkeit der vergüteten Freistellung von zwei Wochen für Partner*innen nach einer kleinen Geburt**
3. **Hebammenbetreuung ab der medizinisch festgestellten Schwangerschaft**
4. **Übernahme der Kosten der Nachbetreuung durch Psycholog*innen**
5. **Abänderung des Begriffs „Fehlgeburt“ in „kleine Geburt“ oder „Schwangerschaftsverlust“ und Klarstellung, dass es sich bei der Grenze des Geburtsgewichts von 500 Gramm lediglich um eine personenstandsrechtliche Angabe handelt**
6. **Erweiterung des Katalogs für vorzeitigen Mutterschutz zum Schutz der Frauen vor Fehlgeburten**
7. **Bundesweiter Bestattungskostenbeitrag für kleine Geburten.**

UNSERE ZUKUNFTSVISION

Die Initiative „Mut zeigen!“, ein Schulterschluss der relevanten Player steht für **hunderttausende Frauen und Familien in Österreich** ein, damit diese endlich in der Gesellschaft und Politik sichtbar werden.

Es kann nicht sein, dass die Betroffenen seit Jahrzehnten vom Gesetzgeber gleichheitswidrig behandelt werden, dieser dagegen keine Schritte unternimmt **und verfassungswidrige Gesetze toleriert**. Das ist in einem Rechtsstaat – um es klar zu sagen – ein No-Go!

Wir stehen daher ein für Veränderung, damit Betroffene die ihnen garantierten Rechte auch bekommen. In Zukunft soll keine Frau und deren Familie beim Verlust des Kindes das Gefühl haben alleine zu sein. Denn wir werden uns dafür einsetzen, dass diese die notwendige Zeit bekommen um sich erholen zu können und auch die erforderliche Betreuung, damit sie ihren Verlust verarbeiten können. Sie haben unser Wort!



UNTERSTÜTZEN SIE UNS JETZT MIT IHRER UNTERSCHRIFT!

<https://www.openpetition.eu/at!/mutzeigen>



ANSPRECHPARTNER*INNEN

Fachliche Fragen:

Verein „12 Wochen – Hebammenbegleitung bei frühem Schwangerschaftsverlust“

Eli Candussi, BSc

E-Mail : info@12Wochen.at

Homepage: www.12wochen.at

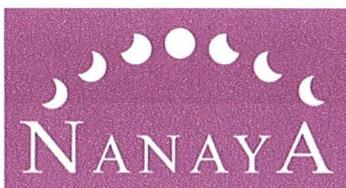
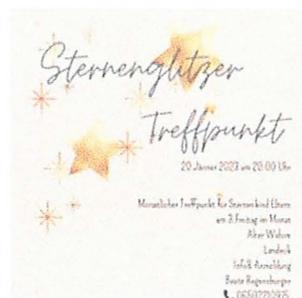
Rechtliche Fragen:

Verein „Rechte für Sternchenmamas“

Mag. Monika Romaniewicz

E-Mail: office@sternchenmamas.at

Homepage: www.sternchenmamas.at



Forderungskatalog der Initiative „Mut zeigen!“



zu (gesetzlichen) Änderungen für
Betroffene von Sternenkindern

Stand: Final 3.2, 19. Februar 2023





Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	4
1.1. Zahlen und Fakten	4
1.1.1 Studien und Statistiken	4
1.1.2 Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust in Österreich	8
1.1.3 Tabuisierung des Schwangerschaftsverlusts	9
1.2. Medizinisches Fachpersonal und die Fehlgeburt	10
1.3. Situation in anderen Ländern	13
1.3.1 Neuseeland	13
1.3.2 Deutschland	13
1.4. Rechtliches	14
2. Initiative „Mut zeigen“	15
2.1. Organisationen sowie Expertinnen aus dem Fachbereich der Hebammenbetreuung	15
2.2. Organisationen sowie Expert*innen aus dem Fachbereich der psychologischen Beratung und Trauerbegleitung	16
2.3. Organisation aus dem Fachbereich des Rechts	16
2.4. Sonstige	16
3. Notwendige rechtliche Änderungen	16
3.1. Gestaffelter Mutterschutz und Kündigungs- bzw. Entlassungsschutz	16
3.1.1 Status quo	16
3.1.2 Forderungen	24
3.1.2.1 Mutterschutz	24
3.1.2.2 Kündigungs- und Entlassungsschutz	24
3.2. Freistellung für Partner*innen	25
3.2.1 Status quo	25
3.2.2 Forderung	25
3.3. Übernahme der Kosten der Hebammenbetreuung	25
3.3.1 Status quo	25
3.3.2 Forderung	28
3.4. Bedarf an Nachbetreuung durch Psycholog*Innen	28
3.4.1 Status quo	28
3.4.2 Forderung	30
3.5. Der Begriff „Fehlgeburt“ ist nicht mehr zeitgemäß	30



3.5.1 Status quo.....	30
3.5.2 Forderung	31
3.6. Erweiterung des Katalogs für „vorzeitigen Mutterschutz“	31
3.6.1 Status quo.....	31
3.6.2 Forderung	34
3.7 Kostenbeitrag für Begräbnisse auch bei kleinen Geburten.....	35
3.7.1 Status quo.....	35
3.7.2 Forderung:.....	36
4. Aufklärung der Gesellschaft	36
5. Gewünschte Ergebnisse/Abschließende Bemerkungen	36
6. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	37
6.1. Fachliche Literatur und Quellen	37
6.2. Rechtliche Literatur und Quellen	40
6.3 Sonstige Quellen.....	40
6.4. Homepage-Auftritte der jeweiligen Initiator*innen	41
7. Abbildungsverzeichnis.....	41
8. Tabellenverzeichnis	42



1. Ausgangslage

1.1. Zahlen und Fakten

1.1.1 Studien und Statistiken

Fehlgeburt wird aus fachärztlicher Sicht als Verlust einer Schwangerschaft vor der Lebensfähigkeit des Kindes (bis in etwa 23. Schwangerschaftswoche) definiert.¹ Allein in den Vereinigten Staaten treten 2,4 Millionen fetale und neonatale Todesfälle während der Schwangerschaft auf; das ist viermal so viel wie die jährliche Zahl der Todesfälle durch Krebserkrankungen.²

Laut Studien geht man davon aus, dass es schätzungsweise zu 23 Millionen Fehlgeburten jedes Jahr weltweit kommt, was zu 44 Fehlgeburten pro Minute führt.³ Konkrete Zahlenangaben in der Wissenschaft sind sehr unterschiedlich. Dies hängt davon ab,

- ob und wie das jeweilige Land, in dem die Studie durchgeführt wird, eine Statistik führt. Oft werden Fehlgeburten – wie in Österreich – nicht verzeichnet;
- ob die Autor*innen der jeweiligen Studien unter Schwangerschaftsverlust nur das erste Trimenon, nur das zweite Trimenon oder beide verstehen.

Je nachdem geht die Wissenschaft davon aus, dass Fehlgeburten **bei 15 % bis 50 % aller Schwangerschaften**⁴ auftreten. Es besteht kein Zweifel daran, dass eine große Anzahl von Männern und Frauen weltweit von Schwangerschaftsverlust betroffen ist. Die Eltern werden von einem Trauerprozess, der bis zu einem Jahr oder länger dauern kann, begleitet.⁵

Bei diesen Zahlenangaben handelt es sich um **Schätzungen**, denn Fehlgeburten müssen – wie bereits erwähnt – selten gemeldet werden. In Österreich sind diese laut Hebammengesetz von der personenstandsrechtlichen Anzeigepflicht ausgenommen. Da aber die Personenstandsmeldungen die

¹ Quenby, S., Gallos, I.D., Dhillon-Smith, R.K., Podsek, M., Stephenson, M.D., Fisher, J., Brosens, J.J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E.S., C McCoy, R., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D.A., Rai, R., Christiansen, O.B., Sugiura-Ogasawara, M., Odendaal, J., Devall, A.J., Bennett P.R., Petrou, S., Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021, 397, 1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).

² Berry, S.N. The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. *Trauma Care* 2022, 2, 392–407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>.

³ Quenby, S., Gallos, I.D., Dhillon-Smith et al., *Lancet* 2021, 397, 1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).

⁴Unter vielen: Quenby, S., Gallos, I.D., Dhillon-Smith et al., *Lancet* 2021, 397, 1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6) Rinehart, M.S., Kiselica M.S. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. PMID: 22402086 DOI: 10.1037/a0021160 mwN; Wischmann, T. (2018). Psychological aspects of early miscarriage. In *Gynakologe* (Vol. 51, Issue 4, pp. 319–325). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4180-6>; Siehe auch Maurer, F. (2022). Fehlgeburt - eine kleine Geburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln (2022). Elwin Staude Verlag GmbH; ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. PMID: 30157093. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002899.

⁵ Rinehart, M.S., Kiselica M.S. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. PMID: 22402086 DOI: 10.1037/a0021160 mwN.



Grundlage für die Geburtenstatistik der Statistik Austria⁶ sind, werden die Fehlgeburten nicht verzeichnet. Eine genaue Einschätzung der tatsächlichen Fehlgeburten und des Bedarfs an Betreuung ist anhand der fehlenden Zahlen in Österreich schwer möglich. Eine Dokumentation aller medizinisch festgestellten Schwangerschaften ist wünschenswert und zumindest in einigen anderen europäischen Ländern bereits Standard.

Zahlen für Deutschland mit Stand des Jahres 2020 können beispielsweise aus der Beantwortung einer kleinen Anfrage der Bundesregierung entnommen werden.⁷

Fragen Sie aber einmal in Ihrem Familien- oder Bekanntenkreis, ob jemand einen Verlust seines/ihrer Kindes in der Schwangerschaft erleiden musste. Und wir versprechen Ihnen, Sie werden staunen, wie viele Betroffene es gibt, die sich nicht trauen über das Thema offen zu sprechen. Dies meistens deswegen, weil sie von der Gesellschaft nicht die notwendige Resonanz erhalten.

Der Tod eines Kindes, egal in welcher Phase der Schwangerschaft, bringt für die Betroffenen eine Lebenskrise mit sich, die unerwartet und mit voller Wucht eintritt. Dies veranschaulicht eine aktuelle Reportage im ARD.⁸ Es ist zudem auf wissenschaftlicher Basis erwiesen, dass ein Schwangerschaftsverlust⁹ von den betroffenen Frauen bzw. Familien als einschneidendes und gravierendes Ereignis wahrgenommen und oft von einem intensiven Trauerprozess begleitet wird. Bei einer Auswertung von Studien (Review)¹⁰ der letzten drei Jahrzehnte, an denen insgesamt 2.500 Frauen an verschiedenen Orten teilgenommen haben, zeigt sich folgendes Bild:

- Alle inkludierten Studien beschäftigten sich mit dem Schwangerschaftsverlust. 90 % der Frauen verloren ihr Kind bis zur 24. Schwangerschaftswoche (im Folgenden „SSW“ genannt); die meisten kleinen Geburten fanden im ersten Trimester (bis zur 12. SSW) statt.
- 8 % bis 20 % der betroffenen Frauen zeigten Anzeichen einer Depression vier bis sechs Wochen nach dem Verlust; Angstzustände entwickelten 18 % bis 32 % der befragten Frauen.
- Drei Studien zeigten auf, dass 25 % bis 39 % der teilgenommenen Frauen nach einem Monat den Schwellenwert für die Diagnose „posttraumatische Belastungsstörung“ (im Folgenden „PTBS“) überschritten.
- Je länger die Schwangerschaft gedauert hat, desto höher war das Risiko für eine psychische Erkrankung.

⁶ <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/demographische-merkmale-von-geborenen>.

⁷ <https://dserver.bundestag.de/btd/19/216/1921615.pdf>.

⁸ <https://www.ardmediathek.de/video/mittagsmagazin/nach-fehlgeburt-alleingelassen/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc3RlLmRlL2FyZC1taXR0YWdzbWFnYXppbi9iNTMwZTgzNy1lNWY2LTRmZTgtYWYyMS03YmQyMTFmNmNhODY>.

⁹ Dieser Begriff wird von den Initiator*innen statt dem Begriff „Fehlgeburt“ präferiert; dazu Genaueres weiter unten.

¹⁰ Farren, J., Jalbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>.



- Spätestens in dem Moment, in welchem die Frauen ihr lebensfähiges Kind im Ultraschall gesehen haben, wurde das Risiko für psychische Krankheiten (Depressionen, Angstzustände und PTBS) im Falle eines Verlusts verstärkt.

Es ist zudem wichtig zu betonen, dass nicht nur Frauen, **sondern auch Männer** unter den Folgen eines Schwangerschaftsverlusts leiden. Ein weiteres Review von 15 Studien¹¹ aus dem Jahr 2022, in denen auch die psychischen Folgen bei Männern untersucht wurden, führt zu folgendem Ergebnis:

- Forscher*innen in Australien, Europa und den Vereinigten Staaten haben in ihren Studien festgestellt, dass **30 % bis 60 %** der teilgenommenen **Frauen und Männer** nach dem Erlebnis eines Schwangerschaftsverlusts die klinischen Kriterien für PTBS erfüllen.
- Die Geburt und perinatale Verlusterfahrung haben sowohl **Männer als auch Frauen** als akute traumatische Phase beschrieben. Sowohl Mütter als auch Väter sprachen davon traumatisiert, entsetzt, wütend und verwirrt zu sein.
- Obwohl **Männer und Frauen** bei der Diagnose einer Fehlgeburt ein emotionales Trauma erleiden, erhalten Männer noch seltener als Frauen emotionale Unterstützung durch das medizinische Fachpersonal oder Angehörige ihres sozialen Umfelds. Dazu berichtete ein Vater unter vielen: *„Es war die dritte oder vierte Fehlgeburt bevor jemand im Krankenhaus auch nur daran dachte zu fragen, wie es mir geht“.*
- Die Väter gaben an, dass sie Familie, Freunde und Bekannte über den Schwangerschaftsverlust informieren mussten und dies als traumatisch wahrnahmen, weil diese oft unsensibel und verletzend reagierten. Zudem hat das Umfeld von ihnen erwartet in dieser Situation stark zu sein und andere zu trösten während sie selbst Unterstützung brauchten.
- Die Männer teilten überdies mit, dass das Umfeld von ihnen erwartete nicht über den Verlust zu sprechen und die Trauer zu verbergen, was diese als sehr belastend empfanden.
- Die Eltern beschrieben, dass sie sich nach der Geburt ihres Kindes allein und sowohl von der Gesellschaft als auch dem medizinischen Personal verlassen fühlten. Das Fehlen jeglicher Unterstützung und Nachsorge verlangte von den Eltern, sich nach ihrem Verlust aktiv um Hilfe zu bemühen, was wiederum dazu führte, dass sie nicht die notwendige psychologische Unterstützung erhielten, die sie benötigten.

Überdies zieht die Wissenschaft als Messinstrument für die Trauerreaktion die „Skala der vorgeburtlichen Trauer“ („perinatal grief scale“ = im Folgenden „PGS“) heran.¹² Laut einem Review, der sich mit 22 Studien auseinandersetzte, sind die Ergebnisse für die Messung der Trauerreaktion bei Männern und Frauen sehr ähnlich. Der durchschnittliche PGS-Wert bei **Frauen betrug 86** und **bei Männern 82**.¹³ In diesem Zusammenhang ist es wichtig die Grundlagen und die Verarbeitung dieses Trauerprozesses zu verstehen. Diese sind eine normale menschliche Reaktion auf eine

¹¹ Berry, S.N. The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. Trauma Care 2022, 2, 392–407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>.

¹² Rinehart, M.S., Kiselica M.S. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. PMID: 22402086 DOI: 10.1037/a0021160 mwN.

¹³ Rinehart, M.S., Kiselica M.S. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. PMID: 22402086 DOI: 10.1037/a0021160 mwN.



Verlusterfahrung, die verschiedene intensive Gefühle (wie z.B. Hadern, Schmerz, Schuldgefühle, Unverständnis, Wut) hervorruft.¹⁴

Wie wird nun **PTBS** definiert? PTBS ist die posttraumatische Belastungsstörung und tritt als eine verzögerte psychische Reaktion auf ein extrem belastendes Ereignis, eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes auf. Diese ist zur ersten Phase des Schockzustandes und Trauer **abzugrenzen** und **tritt erst in weiterer Folge** ein, wenn diese nicht verarbeitet werden können. Die Folgen einer PTBS sind abgesehen vom posttraumatischem Stress unter anderem **Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Depressionen, Angstzustände, Selbstmordgedanken, Schlafstörungen, Essstörungen und Substanzmissbrauch**.¹⁵

Bedenkt man, dass – wie oben beschrieben – **bis zu 60 % der Eltern** nach Schwangerschaftsverlust an PTBS leiden, ist es wichtig die physischen und psychologischen Aspekte dieses Verlusts zu verstehen, diese ernst zu nehmen und den Betroffenen die notwendige Betreuung, Hilfe und Zeit der Erholung zukommen zu lassen.¹⁶ Dies ist aber in Österreich – wie in diesem Dokument dargestellt – nicht gegeben.

Als Zwischenergebnis ist daher festzuhalten, dass Menschen, die eine Fehlgeburt ohne fachliche Betreuung und notwendige Zeit verarbeiten müssen, physisch und psychisch schwer daran zu tragen haben. Wird die Krisensituation aber zumindest von Fachpersonen begleitet, diese also nicht verdrängt, sondern aktiv bearbeitet und integriert, ergeben sich wesentlich **weniger Langzeitfolgen für unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem**.¹⁷

Auch kommen Wissenschaftler*innen übereinstimmend in mehreren Studien zu dem Ergebnis, dass Frauen bei Schwangerschaftsverlusten dringend Unterstützung und die dafür geeigneten Einrichtungen brauchen;¹⁸ insbesondere Anlaufstellen, welche täglich zur Verfügung stehen und mit speziell geschultem medizinischen Fachpersonen besetzt sind.¹⁹ Dies fehlt in Österreich zur Gänze, denn Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, haben weder gesetzlichen Anspruch auf Hebammenbetreuung noch auf psychologische Beratung, die (zur Gänze) von den Krankenkassen übernommen werden.

¹⁴ Maurer, F. (2022). Fehlgeburt - eine kleine Geburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln (2022). Elwin Staude Verlag GmbH.

¹⁵ Berry, S.N. The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. Trauma Care 2022, 2, 392–407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>.

¹⁶ Wischmann, T. (2018). In Gynakologe. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4180-6>

¹⁷ Maurer, F. (2022). Fehlgeburt - eine kleine Geburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln (2022). Elwin Staude Verlag GmbH.

¹⁸ He, L., Wang, T., Xu, H., Chen, C., Liu, Z., Kang, X., Zhao, A. (2019). Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. In Archives of Gynecology and Obstetrics (Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019). <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05264-z>; Smorti, M., Ponti, L., Simoncini, T., Mannella, P., Bottone, P., Pancetti, F., Marzetti, F., Mauri, G. & Gemignani, A. (2020). Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. Journal of Reproductive and Infant Psychology. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1728524>.

¹⁹ Siehe Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>.



Überdies ist vor dem Hintergrund, dass die World Health Organization („WHO“) in ihrer Satzung Gesundheit als „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ definiert und diese Definition auch von der österreichischen Bundesregierung anerkannt und übernommen wird,²⁰ im gegenständlichen Bereich dringender Handlungsbedarf gegeben.

1.1.2 Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust in Österreich

Die Initiator*innen dieses Dokuments führten im Zeitraum 18.12.2022 bis 30.12.2022 eine Umfrage mit Betroffenen von Schwangerschaftsverlust (Fehlgeburt) in Österreich durch. An dieser haben 146 Frauen teilgenommen. Wann die kleine Geburt stattfand, kann der folgenden Grafik entnommen werden, wobei zu erwähnen ist, dass manche Frauen mehrmals eine Fehlgeburt erlitten haben.

7 Ich war in der ... Schwangerschaftswoche als ich vom Tod des Kindes/ der Fehlgeburt erfuhr

Mehrfachauswahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

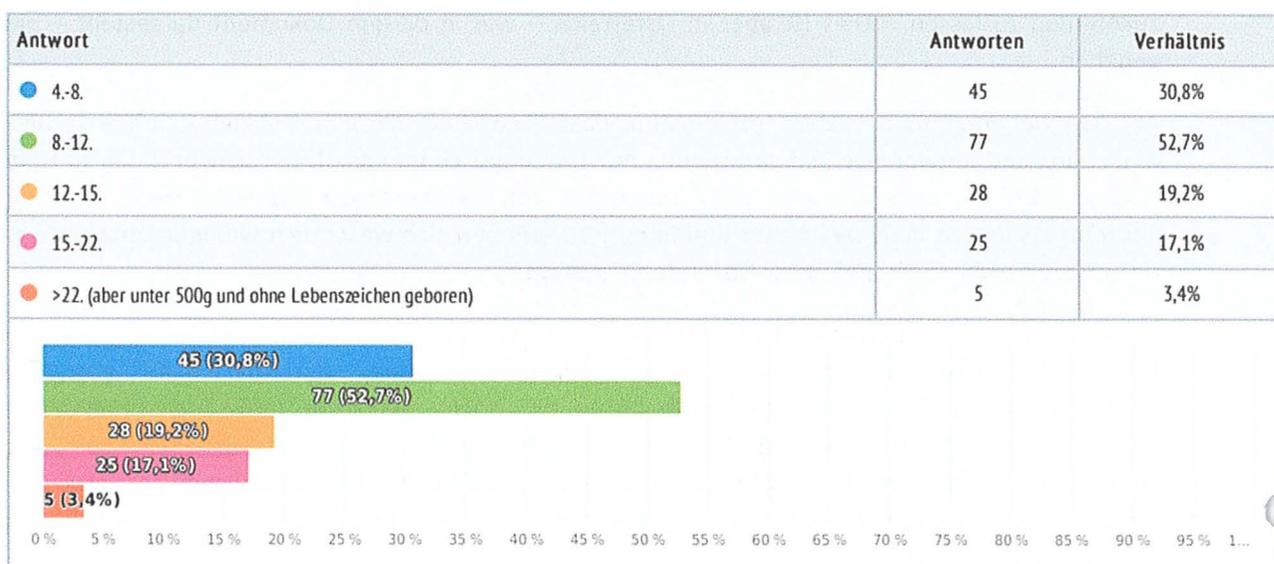


Abbildung 1: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Verlust des Kindes nach SSW

²⁰ <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheit.html>.



4 Ich habe

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

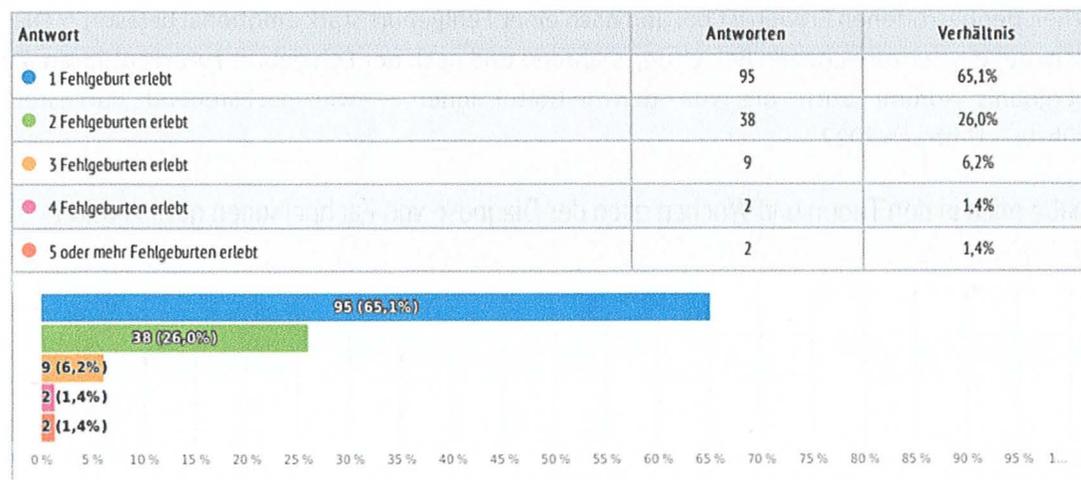


Abbildung 2: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Anzahl der Fehlgeburten

Zusammenfassend ergibt sich aus dieser Umfrage folgendes Bild:

- Die derzeitige Begleitung durch das medizinische Fachpersonal nach einer Diagnose ist in Österreich mangelhaft; fast 70 % der Frauen fühlten sich nicht gut begleitet;
- Es besteht ein dringender Bedarf an Betreuung durch insbesondere Hebammen und Psycholog*innen. 73 % der betroffenen Frauen hätten diese Form an professioneller Unterstützung gebraucht;
- Frauen bedürfen einer geeigneten Auszeit nach einer Fehlgeburt. 50 % der Frauen sind nach einer Fehlgeburt sofort oder spätestens nach einer Woche arbeiten gegangen. Fast 77 % dieser Frauen würden dies nicht mehr tun;
- 94,5 % der Frauen befürworten einen Mutterschutz, wobei aus den übermittelten Antworten mehrheitlich ersichtlich ist, dass Frauen im ersten Trimenon für die Freiwilligkeit plädieren; im Gegensatz dazu sollte im zweiten Trimenon der verpflichtende Mutterschutz zum Tragen kommen.

Auf diese Umfrage gehen die Initiator*Innen im Folgenden an anderen Stellen im Detail ein.

1.1.3 Tabuisierung des Schwangerschaftsverlusts

Obwohl der Schwangerschaftsverlust jede Familie, egal welcher Herkunft oder in welchem Alter, treffen kann, wird dieses Thema in Österreich im wahrsten Sinne des Wortes **totgeschwiegen**. Das beste Beispiel dafür ist, dass am 15.10.2022 der „Tag der Sternenkinder“ war. **Kein einziges in Österreich bekanntes Medium hat dazu berichtet** oder dieses Thema nur erwähnt. Vielmehr wurde in den Medien am Tag davor auf den „Tag des Elektroschrotts“ umfänglich hingewiesen.²¹ Mangels

²¹ Ua.: <https://www.derstandard.at/story/2000139954417/allein-dieses-jahr-werden24-5-millionen-tonnen-an-elektrogeraeten-produziert>.



Bewusstseins in der Gesellschaft für dieses Thema erhalten Betroffene selten das notwendige Mitgefühl und die Anerkennung, die aber für den Trauerprozess notwendig sind.

1.2. Medizinisches Fachpersonal und die Fehlgeburt

Die Mehrheit der betroffenen Frauen ist bei und nach einer Fehlgeburt stark emotional belastet.²² Dies ist vor allem auf eine unzureichende Begleitung während und nach der Fehlgeburt zurückzuführen. Zu diesem Ergebnis kommt auch die von den Initiator*Innen – wie nachstehend dargestellt durchgeführte – Umfrage 2022.

10 Ich habe mich in den Tagen und Wochen nach der Diagnose von Fachpersonen gut begleitet gefühlt?

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

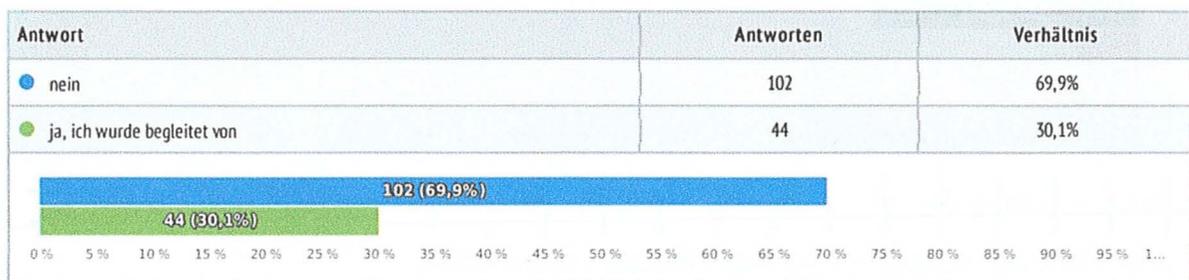


Abbildung 3: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Qualität der Betreuung durch Fachpersonen

Es liegt in der Natur des Menschen mit Krisen umgehen zu können und diese selbstwirksam zu integrieren. Dass die Initiator*innen in der Praxis Betroffene antreffen, die jahrelang mit Auswirkungen ihrer erlebten Fehlgeburt zu kämpfen haben, liegt in der nicht ausreichend kompetenten Begleitung während dieser Zeit:

- Nicht zu verdrängen, sondern begleitet trauern zu können ohne Zeitstress;
- eigene Entscheidungen nach reichlicher Aufklärung zu treffen, mit denen die Betroffenen gut weiter leben können und
- eine kontinuierliche Begleitung;

All dies ist notwendig um aus dieser schlimmen Krise gestärkt herauszugehen.²³

Wird den Betroffenen nicht die Möglichkeit gegeben das Ereignis zu verarbeiten, können sich die bereits erwähnten Krankheitsbilder wie Depressionen, PTBS, Angststörungen, Krebserkrankungen,

²² Farren et al., 2016; Freeman, A., Neiterman, E., & Varathasundaram, S. (2021). Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. In *Women and Birth* (Vol. 34, Issue 4, pp. 316–324). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.012>; Lee, C., & Rowlands, I. J. (2015). When mixed methods produce mixed results: Integrating disparate findings about miscarriage and women's wellbeing. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12121>.

²³ Maurer, F. (2022). *Fehlgeburt - eine kleine Geburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln* (2022). Elwin Staude Verlag GmbH.



Bluthochdruck, Diabetes, Suchtabhängigkeit, Herzprobleme, Essstörungen oder Einschränkungen in der Lebensqualität entwickeln.²⁴

Insbesondere auch die Art und Weise, wie die Mitteilung der Diagnose abläuft, beeinflusst das Erlebte stark. Negative Auswirkungen hat hier ein stressiges Umfeld, in welchem nicht ausreichend Privatsphäre vorhanden ist;²⁵ auch mangelnde(s) Offenheit, Ehrlichkeit oder Wissen beim Überbringen der Diagnose wirken sich negativ aus.²⁶ Oft müssen zum Beispiel Betroffene mit anderen Schwangeren stundenlang zusammenwarten, bis sie in der Ambulanz im Krankenhaus ihren Termin wahrnehmen, was enormen Stress auslösen kann.

Tatsache ist weiters, dass medizinische Fachkräfte einer Fehlgeburt häufig nicht die notwendige Bedeutung beimessen.²⁷ Die Betroffenen haben das Gefühl, dass die Fachkräfte ihren Verlust als unbedeutend empfinden und daher aus der Routine heraushandeln.²⁸ Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass viele Menschen, die im klinischen Bereich tätig sind, in ihrer Ausbildung oft nicht gelernt haben mit dem Sterben und dem Tod umzugehen. Sie greifen schnell auf ein vertrautes Schema wie Verdrängen, Ignorieren und Tabuisieren zurück.²⁹

*Nash ua. und Griffin ua.*³⁰ haben in ihren Studien festgestellt, dass Hebammen Fehlgeburten betreuen und dies für sie emotional stark belastend ist. Diese wünschen sich mehr Schulungen zu diesem Thema, weil sie in der Praxis täglich mit Schwangerschaftsverlust in Berührung kommen. Eine umfassende Ausbildung in diesem Bereich sollte daher in die Curricula des Medizinstudiums, der Hebammen-Studiengänge sowie auch der Lehrgänge des Pflegepersonals integriert werden. Bis dato wird das Thema der Sternenkinder oft nur marginal bis gar nicht in den jeweiligen Lehrplänen behandelt. Auch Förderungen zur Schulung des gesamten medizinischen Personals in den Kliniken und freien Praxen sollten zur Verfügung stehen.

²⁴ Farren et al., 2016; Freeman et al., 2021; Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., & Bień, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>; Palas Karaca, P., & Oskay, Ü. Y. (2021). Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 179–188. <https://doi.org/10.1111/ppc.12540>.

²⁵ Freeman et al., 2021; Helps, Ä., O'Donoghue, K., O'Byrne, L., Greene, R., & Leitao, S. (2020a). Impact of bereavement care and pregnancy loss services on families: Findings and recommendations from Irish inquiry reports. *Midwifery*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102841>.

²⁶ Helps et al., 2020.

²⁷ Quenby, S., Gallos, I.D., Dhillon-Smith et al., *Lancet* 2021, 397, 1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).

²⁸ Geller, P. A., Psaros, C., & Kornfield, S. L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want? In *Archives of Women's Mental Health* (Vol. 13, Issue 2, pp. 111–124). <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0147-5>.

²⁹ Lothrop, H. (2016). *Gute Hoffnung-jähres Ende* (Vol. 12). Kösel-Verlag GmbH.

³⁰ Nash, M., Barry, M., & Bradshaw, C. (2018). Midwives' experiences of caring for women with early pregnancy loss in an Irish maternity hospital. In *British Journal of Midwifery* (Vol. 26, Issue 12); Griffin, G., Ngulube, M., Farrell, V., & Hauck, Y. L. (2021). Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care. *Collegian*, 28(3), 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.08.011>.



Laut *Hildebrandt*³¹ verfügen viele Gynäkolog*innen nicht über ausreichende Kompetenzen im Bereich der emphatischen Trauerbegleitung, wodurch der notwendige Verarbeitungs- und Trauerprozess erschwert wird. Er erwähnt ebenso, dass die Betreuung von Fehlgeburten ein Aufgabenbereich der Hebammen ist und eine enge Kooperation mit diesem Berufsfeld von großem Vorteil wäre.³²

Zudem steht die Frage im Raum wie sich die medizinische Behandlung von Fehlgeburten auf die emotionale Verarbeitung der betroffenen Frauen auswirkt. Die Quellen sind sich insofern einig, dass es für Frauen in der emotionalen Verarbeitung wichtig ist, selbst entscheiden zu können, welches Management sie wählen. Es hilft ihnen sich nicht der Situation ausgeliefert zu fühlen, sondern selbst entscheiden zu können.³³ Informiertes Entscheiden sollte in unserem Gesundheitssystem immer mehr zur Normalität werden. Daraus folgt, dass es nicht nur eine richtige Variante des Managements gibt, sondern es sich dabei um aktives, abwartendes oder chirurgisches Management – natürlich je nach persönlicher Situation und Krankengeschichte – handeln kann.

Für manche Frauen ist das aktive Management richtig, weil sie etwas aktiv tun können. Für andere wiederum ist das abwartende Management aus emotionaler Sicht die beste Variante, die später in der Verarbeitung der Trauer hilft. Die betroffenen Frauen und ihre Familien können sich die Zeit nehmen sich zu verabschieden; weiters ist der Zeitpunkt der Geburt nicht fremdbestimmt. Für einen kleinen Teil der betroffenen Frauen ist das chirurgische Management das, welches ihnen emotional am meisten hilft, weil sie sehr schnell aus der Situation herauskommen und nicht möglicherweise tagelang ein verstorbenes Kind im Körper haben.

Die Leitlinien des englischen National Institute for Care and Health Excellence aus dem Jahr 2019 (im Folgenden NICE-Guidelines)³⁴ empfehlen in diesem Zusammenhang bei der Feststellung des Todes des Kindes in der Gebärmutter ein Zuwarten von sieben bis zehn Tagen ohne weitere Intervention. In diesem Zeitraum muss die Betroffene jedoch fachlich begleitet werden, weil dieser aufgrund der Situation schwer bis gar nicht eine Orientierung und evidenzbasierte Information möglich ist.

Dieser Punkt der verschiedenen Möglichkeiten wird in der Praxis in Österreich oft vernachlässigt und zu einem aktiven Management geraten. Dabei sollte bedacht werden – natürlich unter Aufklärung über die jeweiligen Folgen und je nach persönlicher gesundheitlicher Situation der Frau und des Kindes –, dass die Frauen diejenigen sind, die diese Entscheidung fällen, verarbeiten und damit leben müssen.

Konkrete und evidenzbasierte **Handlungsempfehlungen** für Hebammen und geburtshilfliches Personal zum Thema des Schwangerschaftsverlusts **gibt es im deutschsprachigen Raum nicht**. Diese wären aber

³¹ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und in der Wissenschaft tätig.

³² Hansen-Krewer, C. (2021). Stille Geburten sind auch Geburten. BoD- Books on Demand.

³³ Hansen-Krewer, 2021; Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2161–2170. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1715726>.

³⁴ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>.



dringend notwendig um nicht nur den Betroffenen zu helfen, sondern auch dem gesamten medizinischen Fachpersonal eine einheitliche Vorgehensweise zu ermöglichen.

Im Gegensatz dazu findet man im englischsprachigen Raum Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence („NICE“) zur Betreuung von Fehlgeburten, die sich auch mit den psychologischen Komponenten der Betroffenen beschäftigen und Empfehlungen abgeben.³⁵ Eine dieser Empfehlungen ist eine fachgerechte und gute Betreuung vor, während und nach der kleinen Geburt.

Als **Zwischenergebnis** ist festzuhalten, dass in Österreich ein Handlungsbedarf in Bezug auf das Management von kleinen Geburten vorliegt. Eine **unverzögliche Erarbeitung von Leitlinien für den deutschsprachigen Raum ist dringend notwendig**.

1.3. Situation in anderen Ländern

Aufgrund einer österreichischen Initiative im Jahr 2014, die eine Änderung der personenstandsrechtlichen Bestimmungen erwirkte,³⁶ ist es mit Inkrafttreten des geänderten Bundesgesetzes über die Regelung des Personenstandswesens (Personenstandsgesetz 2013 – PStG 2013) ab 01.04.2017 in Österreich möglich, dass frühverstorbene Kinder unter 500 Gramm Geburtsgewicht ins Personenstandsregister eingetragen werden und die betroffenen Eltern sich eine Urkunde ausstellen lassen können.³⁷

Seit der gesetzlichen Änderung im Jahr 2017 hat sich weder der Gesetzgeber noch die Politik mit dem Thema der Sternenkinder – soweit bekannt – auseinandergesetzt.

Daher lohnt sich ein Blick in andere Länder. Unabhängig von den beiden unten Genannten plant die Initiative in Zukunft eine umfassende rechtliche Vergleichsanalyse weltweit vorzunehmen.

1.3.1 Neuseeland

Im März 2021 hat das neuseeländische Parlament einstimmig ein Gesetz verabschiedet, dass Paaren, die eine Fehlgeburt oder Totgeburt erleiden, drei Tage an bezahltem Urlaub zustehen.³⁸

Dieser Schritt geht in die richtige Richtung. Dass drei Tage aber in so einem Fall viel zu wenig sind, bedarf im Sinne des gegenständlichen Dokuments keiner weiteren Erklärung.

1.3.2 Deutschland

In Deutschland hat die derzeit bestehende Regierung im Koalitionsvertrag vereinbart, dass es das Beschäftigungsverbot für betroffene Frauen bei Fehlgeburt künftig ab der 20. SSW geben soll.³⁹ Im

³⁵ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/chapter/recommendations#support-and-information-giving>.

³⁶ <https://de.wikipedia.org/wiki/Sternenkind>.

³⁷ Siehe Näheres zu § 57a PStG.

³⁸ <https://www.puls24.at/news/chronik/neuseeland-fuehrt-bezahlten-urlaub-nach-fehlgeburten-ein/230359>.

³⁹ Seite 79 des Koalitionsvertrages: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.



Übrigen soll es auch eine zweiwöchige vergütete Freistellung für die Partnerin oder den Partner bei Fehl- bzw. Totgeburt ab der 20. SSW geben.

Da die Grenzziehung ab der 20. SSW – wie auch in diesem Dokument dargestellt – nicht ausreichend ist und die Ungleichbehandlung der Frauen nicht beseitigt, wurde eine Petition gestartet, die derzeit in den zuständigen Ausschüssen des Bundestages diskutiert wird.⁴⁰ Auch haben bereits Betroffene eine Beschwerde vor dem zuständigen Bundesverfassungsgericht eingereicht.⁴¹

1.4. Rechtliches

Abgesehen von der Tabuisierung des Themas der Sternenkinder in der Gesellschaft haben Mütter von Sternenkindern, die bei der Geburt weniger als 500 Gramm wiegen und keine Lebenszeichen aufweisen, in Österreich wenige bis keine Rechte. Sie haben insbesondere keinen Anspruch auf

- ein Beschäftigungsverbot (= Mutterschutz) und Wochengeld, obwohl sie wie jede andere Mutter ihr Kind gebären und je nach Fortschritt der Schwangerschaft ein Wochenbett einzuhalten haben und unter anderem Rückbildungskurse machen sollten,
- die Begleitung durch eine Hebamme und
- Bestattungskostenbeitrag.

Überdies haben sie im Gegensatz zu Frauen, die ein Kind über 500 Gramm oder unter 500 Gramm aber mit Lebenszeichen geboren haben, lediglich einen Anspruch auf einen einmonatigen statt viermonatigen Kündigungs- und Entlassungsschutz.

Auch Partner*innen haben keine Möglichkeit zumindest für einen gewissen Zeitraum zuhause zu bleiben und müssen sich oft krankschreiben lassen.

Dies deswegen, weil die diesbezüglichen Bestimmungen auf eine Gesetzeslage aus den **1950er Jahren** und eine Rechtsprechung aus den **1970er und 1980er Jahren** zurückgehen, die nicht evidenzbasiert, nicht zeitgemäß und aus heutiger Sicht gleichheitswidrig und daher verfassungswidrig sind.

Bereits an dieser Stelle wird angemerkt, dass die Initiator*innen den Begriff der „Fehlgeburt“ in Frage stellen. In Zeiten, in welchen die politische Korrektheit verschiedener Begriffe diskutiert wird, sollte man darüber nachdenken, ob der Begriff der „Fehlgeburt“, der im Wesentlichen nichts anderes bedeutet als „**Geburt eines Fehlers**“ noch zeitgemäß ist. **Denn ein Kind ist niemals ein Fehler**; und für viele Betroffenen stellt dieser Begriff eine **enorme psychische Belastung** dar. Auch wird dieser in Fachkreisen bereits immer weniger angewandt; vielmehr wird der Begriff des „Schwangerschaftsverlusts“ oder der „kleinen Geburt“ verwendet. Und zwar deswegen, weil das Gewicht des Kindes „klein“ ist; nicht jedoch, weil die Geburt selbst „klein“ ist. Diese ist aufgrund der

⁴⁰ https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2022/_07/_15/Petition_136221.nc.html. Siehe dazu auch den Fernsehbeitrag: <https://www.ardmediathek.de/video/mittagsmagazin/nach-fehlgeburt-alleingelassen/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RlMRL2FyZC1taXR0YWdzbWFnYXppbi9iNTMwZTgzNy1lNWY2LTRmZTgtYWYyMS03YmQyMTFmNmNhODY>.

⁴¹ <https://www.spiegel.de/karriere/verstoest-das-mutterschutzgesetz-gegen-das-grundgesetz-beschwerde-vor-bundesverfassungsgericht-a-700f1ba9-f1cc-4cd0-8599-6765ada6d1fb>.



physischen und psychischen Belastung jedenfalls mit einer Geburt von über 500 Gramm Gewicht zu vergleichen. Im gegenständlichen Dokument wird daher der Begriff der Fehlgeburt lediglich an Stellen, an welchen es um rechtliche Ausführungen – weil dieser (noch) im Gesetz implementiert ist – geht oder dieser zum besseren Verständnis des Lesers/der Leserin beiträgt, verwendet. Ansonsten wird synonym der Begriff der „**kleinen Geburt**“ oder „**Schwangerschaftsverlust**“ gebraucht.

Auch bereits an dieser Stelle wird angemerkt, dass das gegenständliche Papier nicht die standesrechtlichen Pflichten (Anzeigepflichten erst ab 500 Gramm Geburtsgewicht) in Frage stellt. Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund der großen Anzahl der Fehlgeburten die Eintragung dieser im Sterbebuch einen enormen Verwaltungsaufwand darstellen würde. Tatsache ist aber, dass diese für die Personenstandsbehörden gezogene Grenze von 500 Gramm eine unverhältnismäßige Behandlung von Müttern von Sternenkinder darstellt, die nicht der physischen und psychischen Belastung während und nach der Geburt entspricht. Auch sind die betroffenen Frauen nach der Geburt **nicht krank**, sondern durchlaufen einen normalen Geburtsprozess mit all ihren physischen und psychischen Folgen wie Wochenbett, Blutungen und hormonellen Veränderungen.

Nicht das Geburtsgewicht oder der Zustand des Kindes sollte daher aus rechtlicher Sicht des Beschäftigungsverbot und Mutterschutzes in den Vordergrund gestellt werden, sondern die körperlichen und psychischen Vorgänge während und nach einer Geburt bei den betroffenen Frauen. Dies ist auch normalerweise der Zweck der mutterschaftsrechtlichen Bestimmungen bei Lebend⁴²- und Totgeburten (über 500 Gramm Geburtsgewicht); warum dies aber bis dato bei Fehlgeburten anders gehandhabt wird, ist aus rechtlicher und fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar.

Aufgrund der im Folgenden dargestellten gesellschaftlichen und rechtlichen Änderungen soll sich die Situation in Österreich für Betroffene in Zukunft ändern.

2. Initiative „Mut zeigen“

Bereits Adolph Kolping war der Ansicht, dass „**wer Mut zeigt, auch Mut macht.**“⁴³ Aus all den oben genannten Gründen haben sich folgende Organisationen sowie Expert*innen zu der Initiative „**Mut zeigen**“ zusammengeschlossen um auf das Thema der Sternenkinder in der Gesellschaft aufmerksam zu machen und notwendige rechtliche Änderungen auf den Weg zu bringen.

2.1. Organisationen sowie Expertinnen aus dem Fachbereich der Hebammenbetreuung

- Verein „12 Wochen – Hebammenbegleitung bei frühem Schwangerschaftsverlust“⁴⁴ (Hebammengeleiteter Verein)
- Verein „Nabhinadi – Verein zur Unterstützung von Sterneneitern“⁴⁵

⁴² Auch wenn das Kind unter 500 Gramm Geburtsgewicht hat.

⁴³ https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=f8373b09-3c2d-2fc3-8f22-f84aaa0093b8&groupId=252038.

⁴⁴ <https://12wochen.at/der-verein/>.

⁴⁵ <https://www.nabhinadi.at/>.



- Miriam Jakl, BSc, selbständige Hebamme⁴⁶

2.2. Organisationen sowie Expert*innen aus dem Fachbereich der psychologischen Beratung und Trauerbegleitung

- Verein „NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern“⁴⁷
- Verein „Pusteblume zur Förderung der professionellen Beratung und Begleitung bei Fehlgeburt und perinatalem Kindstod“⁴⁸
- Verein „REGENBOGEN - Verein zur Hilfestellung bei glückloser Schwangerschaft“⁴⁹
- Verein „Wandelstern“⁵⁰
- Verein „Sternenkind - Gemeinsam für Familien in Trauer“
- Verein „Verbunden“
- Mag. Natascha Magdalena Trzepizur, BSc. und Mag. Martina Schneider (Die Gründerinnen von „Rosa Blau Gestreift“)⁵¹
- Bianca Ortner (Gründerin von „Familienkommunikation und Beratung“)⁵²
- Jacqueline Miksch-Weichmann (Gründerin von „Frau Confident“)⁵³
- Julia Luschin⁵⁴
- Beate Regensburger (Sternenglitzer- Sternenkind-Treffpunkt in Landeck, Tirol)
- Fabian Busch-Budzinski⁵⁵

2.3. Organisation aus dem Fachbereich des Rechts

- Verein „Rechte für Sternchenmamas“⁵⁶

2.4. Sonstige

- Anita Ogris-Lipitsch (Initiatorin der „Sternchenurkunde“ im Jahr 2014)

3. Notwendige rechtliche Änderungen

Im Rahmen von (parlamentarischen) Bürgerinitiativen und / oder eines Volksbegehrens sowie weiterer rechtlicher Schritte werden folgende gesetzliche Änderungen gefordert:

3.1. Gestaffelter Mutterschutz und Kündigungs- bzw. Entlassungsschutz

3.1.1 Status quo

Gemäß § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MSchG) dürfen Dienstnehmerinnen bis zum Ablauf von acht Wochen nach ihrer Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder

⁴⁶ <https://www.miriamshebammerei.at/>.

⁴⁷ <https://www.nanaya.at/>.

⁴⁸ <https://www.verein-pusteblume.at/>.

⁴⁹ <https://www.shg-regenbogen.at/>.

⁵⁰ <https://www.bernadettekohlweis.com/wandelstern>.

⁵¹ <https://www.rosablaugestreift.at/>.

⁵² <https://biancaortner.at/>.

⁵³ <https://www.frauconfident.at/>.

⁵⁴ <https://www.julia-luschin.com/>.

⁵⁵ <https://www.busch-budzinski.at>.

⁵⁶ <https://www.sternchenmamas.at/>.



Kaiserschnittentbindungen beträgt diese Frist mindestens zwölf Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist (§ 3 Abs. 1) vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung, höchstens jedoch auf 16 Wochen.

Diese Bestimmung geht auf das Bundesgesetz vom 13.03.1957, BGBl. 22/1957 über den Mutterschutz zurück. Dieses Mutterschutzgesetz wurde mit geringfügigen Änderungen am 31.05.1979 mit dem BGBl. 221/1979 wiederverlautbart. Seit 1979 wurde § 5 Abs. 1 MSchG nicht novelliert.

Wie eine „Entbindung“ (oder auch „Fehlgeburt“⁵⁷) definiert ist, sucht man im MSchG vergeblich. Dieser Begriff ist veraltet und wird in neueren Gesetzestexten⁵⁸ nicht verwendet; abgesehen davon führt er zu Missverständnissen und Abgrenzungsproblemen. Eine Abänderung dieses Begriffs durch das Wort „Geburt“ und dessen Definition wird empfohlen.

Im Übrigen ist der Begriff aus der gynäkologischen Sicht – um es offen zu sagen – auch ein „Mysterium“:

Im Pschyrembel für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2012 wird dieser synonym für den Begriff „Geburt“ verwendet. In der Definition wird lediglich auf die rechtliche Abgrenzung von 500 Gramm Geburtsgewicht, die aber eine personenstandsrechtliche Regelung darstellt und nicht die körperlichen Vorgänge der Mutter wiedergibt, verwiesen. Bei einer operativen Entbindung handelt es sich um „die operative **Beendigung der Geburt**“ durch Zangen- oder Vakuumextraktion.⁵⁹

Im aktuellen Online-Pschyrembel wird der Begriff der Entbindung nicht mehr definiert. Dort findet man lediglich den Überbegriff der „Geburt“: *„Austritt oder Entwicklung des Kindes aus dem Mutterleib. Unterschieden werden Spontangeburt, vaginal-operative Geburten (Saugglocke, Zangengeburt, Manualhilfe bei Beckenendlagen) und Kaiserschnittgeburten.“*⁶⁰ Eine „vaginale Geburt“ ist weiters: *„Entbindung des Feten per via naturalis über die Scheide, unabhängig davon, ob es sich um eine Spontangeburt oder eine vaginal-operative Geburt (Forceps, Saugglocke, Beckenendlagenentwicklung) handelt.“*⁶¹

An dieser Stelle ist anzumerken, dass Frauen ab der 14. SSW im Krankenhaus gebären, weil das Kind immer – mit Ausnahme des Kaiserschnitts oder einer extrauterinen Schwangerschaft (Einnistung außerhalb der Gebärmutterhöhle) – über die Scheide entbunden wird (!). Im Gegensatz zu einer Geburt am Termin kommen noch zusätzliche Belastungen für den Körper hinzu, weil die Schwangerschaft hormonell unterbrochen wird und dies Folgen für die weitere Genesung hat. Auch die Wehen werden in den meisten Fällen eingeleitet, die wesentlich schmerzhafter sind als natürliche

⁵⁷ Dazu unten näher ausgeführt.

⁵⁸ Beispielsweise spricht § 79 Strafgesetzbuch nur von „Geburt“ oder „Geburtsvorgang“. Auch die § 9ff Personenstandsgesetz verwenden den Begriff „Geburt“. Im Übrigen werden im Mutterschutzgesetz selbst die Begriffe „Entbindung“ und „Geburt“ vermischt. Siehe dazu bspw. § 5 Abs. 1 2 Satz dieses Gesetzes.

⁵⁹ Römer, T., Schlußner E., Straube, W., Pschyrembel Gynäkologie und Geburtshilfe (3. Auflage, 2012). Walter de Gruyter GmbH & Co KG. Seite 118.

⁶⁰ <https://www.pschyrembel.de/geburt/K08HT/doc/>.

⁶¹ <https://www.pschyrembel.de/vaginale%20Geburt/BOEL8/doc/>.



Wehen, weil diese „Wehenstürme“ verursachen können, die der Körper selbst nicht kontrollieren kann.

Aber auch bei Frauen, die bis zur 14. SSW zuhause gebären, wird die Schwangerschaft hormonell unterbrochen und die Wehen künstlich eingeleitet. Auch hier kann die Geburt mehrere Stunden bis Tage dauern!

Der Unterschied zu einer Geburt mit über 500 Gramm Kindesgewicht ist, dass bei Fehlgeburten fallweise ein zusätzlicher operativer Eingriff, die Ausschabung der Gebärmutter, notwendig ist. Manche Frauen entscheiden sich im ersten Trimenon nach Stellung der Diagnose aus unterschiedlichen Gründen auch sofort für die Ausschabung. Dieser operative Eingriff bringt ebenfalls physische und psychische Folgen für die Frau mit sich.

Dass eine Fehlgeburt (Geburtsgewicht unter 500 Gramm) im Übrigen nicht als Entbindung im Sinne der oben genannten Bestimmung qualifiziert wird, geht auf EINE EINZIGE (!) Entscheidung des OGH aus dem Jahr 1980⁶² zurück. Frauen, die somit Kinder unter 500 Gramm still auf die Welt bringen, haben laut dieser Entscheidung lediglich Anspruch auf einen Krankenstand. Evidenzbasierte Grundlagen sucht man in dieser Entscheidung des OGH vergeblich! Dort steht zu diesem Thema lediglich: „Die Klägerin hatte am 9.3.1979 eine Fehlgeburt. Diese gilt nicht als Entbindung im Sinne des § 5 MSchG, sodaß die Klägerin – aus diesem Sachverhalt – den Schutz des Mutterschutzgesetzes nach Eintritt der Fehlgeburt verlor (...).“

Um es offen zu sagen: Eine derartige Entscheidung eines Gerichts in Österreich – ohne tatsächliche Auseinandersetzung mit Fakten und dem wissenschaftlichen Stand der Medizin auf der Ebene des Sachverhaltes und der Beweiswürdigung – ist aus heutiger Sicht nicht haltbar.

Für den Fall der **frühzeitigen Totgeburt** gilt hinsichtlich der Dauer des absoluten Beschäftigungsverbotes die Regelung des § 5 MSchG. Die Anwendung dieser Bestimmung im Falle einer Totgeburt ist laut Rechtsprechung nicht mit der Notwendigkeit der Betreuung des Neugeborenen, sondern mit der **physischen und psychischen Belastung der Frau durch die Totgeburt** begründet. Nach der Judikatur, die auf das **Jahr 1972** zurückgeht, beträgt die Schutzfrist daher bei einer frühzeitigen Totgeburt **zwölf Wochen**.⁶³ Dies insbesondere deshalb, weil **die Mutter das Schutzobjekt des MSchG** ist.⁶⁴ In diesem Sinn hat der OGH festgestellt, dass der Begriff „Niederkunft“ nach dem ärztlichen Gutachten der allgemeinere Begriff gegenüber dem Begriff „Geburt eines lebenden Kindes“ ist und daher auch die Geburt eines toten Kindes miteinschließt.⁶⁵

⁶² OGH 01.07.1980, 4 Ob 76/80; *Marat*, Mutterschutzgesetz Kommentar² § 5 Rz 9.

⁶³ OLG Wien, 24.02.1976, 20 R 26/76; *Ercher/Steck/Langer*, Mutterschutzgesetz und Väter-Karenzgesetz Kurzkomentar zum Arbeits- und Sozialrecht (2005) § 5 Rz 11 bis 13.

⁶⁴ Erlässe des BMAS vom 10.02.1988, Zl. 26.063/5-5/1987 und vom 24.02.1988, Zl. 62.380/1-3/88; Siehe auch *Burger-Ehrnhofer/Schritt Wieser/Bauer*, Mutterschutzgesetz und Väter-Karenz-Gesetz (2020) § 5 Rz 9 mwN.

⁶⁵ OGH 21.10.1975, 4 Ob 59/75.



Ob eine Frühgeburt vorliegt, richtet sich nach den medizinischen Kriterien. Im Einzelfall hat der behandelnde Arzt zu prüfen, ob eine Frühgeburt gegeben ist. Grundsätzlich wird diese vor Beendigung der 37. SSW und unabhängig von der Schwangerschaftsdauer bei einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm angenommen. Es gilt aber die Priorität des ärztlichen Zeugnisses.⁶⁶

Die derzeitige herrschende Auslegung dieser Judikatur führt im Übrigen zu der absurden Tatsache, dass bei einer **frühzeitigen Totgeburt** das verlängerte Beschäftigungsverbot des § 5 Abs. 1 2. Satz MSchG **von zwölf Wochen** zusteht, während bei einer (ab der 37. SSW) **Totgeburt am Termin** lediglich **acht Wochen** Beschäftigungsverbot iSd. § 5 Abs. 1 1 Satz MSchG in Anspruch genommen werden können. *Mazal*⁶⁷ verlangt hier daher zu Recht eine Verlängerung des Beschäftigungsverbotes auf zwölf Wochen. Der Argumentation von *Binder*⁶⁸, der den damit verbundenen Wochengeldanspruch mangels erweiterter Pflegebedürfnis für entbehrlich halte, ist zu entgegnen, dass auch unter diesem Gesichtspunkt die Mutter und nicht das verstorbene Kind im Vordergrund steht.

Die oben dargestellte Unterscheidung zwischen Fehlgeburt und Totgeburt beim Anspruch auf das Beschäftigungsverbot ist aus fachlicher Sicht völlig unverhältnismäßig und willkürlich. Dazu im Folgenden:

Frauen ab der 14. SSW werden aufgrund von körperlichen Veränderungen ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel – dabei handelt es sich um verstärkte Blutungen oder Störungen der Plazentaablösung – für die kleine Geburt stationär im Krankenhaus aufgenommen. Es gibt – in vereinfachter Form dargestellt – insbesondere folgende Möglichkeiten wie das Kind im Rahmen einer kleinen Geburt auf die Welt kommen kann:⁶⁹

- Der Körper leitet die Wehen von selbst auf natürlichem Weg ein;
- Die Wehen werden künstlich eingeleitet;
- Die Schwangerschaft wird aufgrund einer medizinischen Indikation medikamentös – dabei handelt es sich um die umgangssprachlich bezeichnete „Abtreibungspille“ – unterbrochen und in weiterer Folge werden die Wehen künstlich eingeleitet;
- Kaiserschnitt;
- Bei Notwendigkeit sonstige operative Eingriffe.

Aus medizinischer Sicht wird zwischen frühem Schwangerschaftsverlust, welcher bis zur 12. SSW (1. Trimenon) eintritt, und spätem Schwangerschaftsverlust, welcher nach der 12. SSW (2. Trimenon)

⁶⁶ *Burger-Ehrnhofer/Schrittwieser/Bauer*, Mutterschutzgesetz und Väter-Karenz-Gesetz (2020) § 5 Rz 9 mwN.

⁶⁷ *Mazal*, Geburt oder Abortus? ÖJZ 1992, 481 f.

⁶⁸ *Binder*, Das Zusammenspiel arbeits- und sozialrechtlicher Leistungsansprüche (1980) 254f.

⁶⁹ Für die medizinischen Fachbegriffe wie Spontanabort, verhaltener Abort usw wird auf die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision Version 2019 in der Fassung 01.02.2022 (ICD-10-WHO Version 2019), Kapitel XV, Gliederung O00-O99 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ verwiesen: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamt12019/block-o00-o08.htm>. Mit Aktualisierungen vom 01.11.2019, 13.02.2020, 23.03.2020, 22.04.2020 und 01.02.2022.



eintritt, unterschieden. Je nach Fortschritt der Schwangerschaft ist oft zusätzlich eine Ausschabung der Gebärmutter (Kürettage) notwendig.⁷⁰

Aber auch bei Frauen, die ihr Kind vor der 14. SSW zuhause gebären, kommt es zu einer physischen und psychischen Belastung des Körpers. Denn obwohl das Kind klein ist, ändert dies nichts daran, dass Frauen dieses im Rahmen eines normalen Geburtsvorganges (Blutverlust, Wehen, Schmerzen usw.) auf die Welt bringen müssen. In diesem Fall kommt das Kind entweder auf natürlichem Weg oder die Geburt wird wiederum medikamentös in einer Krankenhaus-Ambulanz oder ärztlichen Ordination eingeleitet. Die Frauen bekommen ihr Kind dann meistens **ohne Hebammenbetreuung alleine zuhause** oder an dem Ort, an dem sie sich gerade befinden. Aus fachlicher Sicht ist in den ersten zwölf bis 14. SSW eher davon auszugehen, dass der weibliche Körper unter Beobachtung und Begleitung dieses Geschehens häufig ganz alleine regeln kann. Damit würde die Selbstwirksamkeit von Betroffenen gestärkt werden und die Krise aktiv bewältigt werden.⁷¹ Dokumentierte Begleitungen wären für die Wissenschaft von Vorteil um genauere Aussagen dazu treffen zu können.

Das gesetzliche Nichtvorhandensein des Beschäftigungsverbotes für Mütter, die ein totes Kind unter 500 Gramm Gewicht auf die Welt bringen, ist somit nicht nachvollziehbar und verfassungswidrig. **Denn hier erfolgt eine gesetzliche Koppelung der Rechte der Mütter an ein Geburtsgewicht des Kindes, das jedoch nicht die physischen und psychischen Vorgänge im Mutterleib wiedergibt.** Auch an dieser Stelle ist anzumerken, dass Mütter von Sternenkinder **nicht krank** im Sinne der sozialrechtlichen Bestimmungen sind, sondern einen normalen Geburtsablauf samt den weiteren Folgen durchlaufen. Tatsache ist zudem, dass Müttern von Kindern, die **unter 500 Gramm** bei der Geburt wiegen und, wenn **auch nur für Sekunden ein Lebenszeichen** aufweisen, doch wiederum Mutterschutz zusteht. Denn die 16-Wochen-Regel des § 5 Abs. 1 letzter Satz MSchG besagt, dass bei Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung, sich diese nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung höchstens auf 16 Wochen verlängert. Die herrschende Auslegung der 16-Wochen-Regel führt daher zusammengefasst zu folgenden absurden und willkürlichen Ansprüchen auf Mutterschutz:

Geburtsgewicht	Lebenszeichen bei/nach der Geburt	Mutterschutz nach der Geburt	Mutterschutz unter Berücksichtigung der 16-Wochen-Regel nach der Geburt
Unter 500 Gramm	Nein	<i>Kein Anspruch</i>	<i>Kein Anspruch</i>
Unter 500 Gramm	Ja	Acht Wochen	16 Wochen
Über 500 Gramm bis in etwa 37. SSW	Nein	Zwölf Wochen	bis zu 16 Wochen

⁷⁰ <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/weibliche-sexualorgane/kuerettage.html>.

⁷¹ Maurer, F. (2022). Fehlgeburt - eine kleine Geburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln (2022). Elwin Staude Verlag GmbH.



Geburt am Termin	Nein	Acht Wochen	Acht Wochen
------------------	------	-------------	-------------

Tabelle 1: Ansprüche auf Mutterschutz nach der Geburt

Kündigungs- und Entlassungsschutz:

Der Gesetzgeber hat eingesehen, dass betroffene Frauen vom Gesetz geschützt werden müssen und hat mit dem Bundesgesetz BGBl I 149/2015 in den § 10 Abs. 1a und § 12 Abs. 1 letzter Satz MSchG einen vierwöchigen **Kündigungsschutz bzw. Entlassungsschutz** implementiert. Dabei handelt es sich zwar um einen Schritt in die richtige Richtung; warum der Gesetzgeber aber nicht in Einem auch die Bestimmung des § 5 Abs. 1 MSchG angepasst hat, bleibt schleierhaft. Insbesondere findet sich dazu nichts in den Gesetzesmaterialien.⁷² Überdies ist anzumerken, dass im Sinne des § 10 Abs. 1 MSchG Dienstnehmerinnen bis zum Ablauf **von vier Monaten** nach der Entbindung rechtswirksam nicht gekündigt werden dürfen. Warum nun Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten und ihr Kind verloren haben im Gegensatz dazu nur ein einmonatiger Kündigungsschutz zusteht, ist nicht nachvollziehbar. Auch diese sollten gleichermaßen wie Frauen, die am Termin ein Kind geboren haben, geschützt werden.

Mit der aktuellen Gesetzeslage und deren Auslegung werden Frauen und Familien, die einen der schlimmsten Verluste erlitten haben, somit erhebliche und unnötige Hürden in den Weg gelegt. Die Frauen haben keine Möglichkeit sich tatsächlich zu erholen und sind auf die Krankschreibung und den guten Willen des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin angewiesen. Tatsache ist jedoch, dass die Mehrheit der betroffenen Frauen bei und nach einer Fehlgeburt physisch und stark emotional belastet ist.⁷³ Wird diesem Ereignis zudem nicht die Möglichkeit geboten es zu verarbeiten, können sich die bereits erwähnten Krankheitsbilder (Depressionen, PTBS, Angststörungen, Krebserkrankungen usw.) entwickeln.⁷⁴

Auch die Umfrage 2022 – wie nachstehend dargestellt – bestätigt, dass nach einer kleinen Geburt eine Auszeit, um das Geschehene zu verarbeiten, notwendig ist. **70 %** der befragten Frauen waren nach einer kleinen Geburt **krankgeschrieben**. Von dem Anteil der Frauen, die sofort oder spätestens nach einer Woche wieder arbeiten gegangen sind, würden **77 % dies nicht mehr tun**. **94,5 %** der Befragten sind auch für die **Implementierung eines Mutterschutzes** nach einer kleinen Geburt.

⁷² ErläutRV 904 BlgNR XXV. GP.

⁷³ Farren et al., 2016.

⁷⁴ Farren et al., 2016; Freeman et al., 2021; Iwanowicz-Palus et al., 2021; Palas Karaca & Oskay, 2021.



15 Ich war nach meiner Fehlgeburt krankgeschrieben?

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

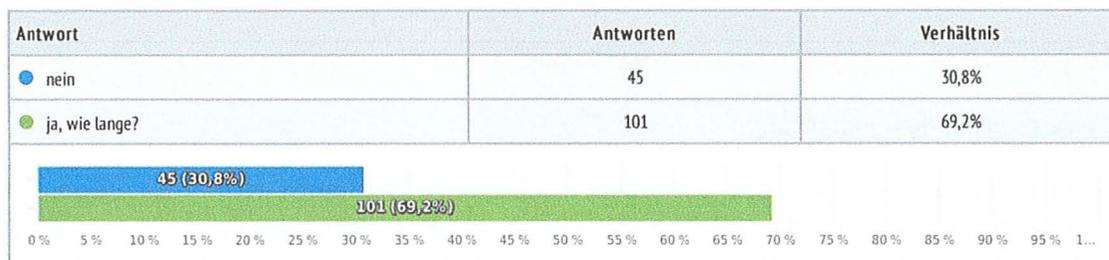


Abbildung 4: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Notwendigkeit des Krankenstandes

17 Ich bin sofort oder nach einem kurzen Krankenstand (alles bis zu einer Woche), wieder arbeiten gegangen?

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

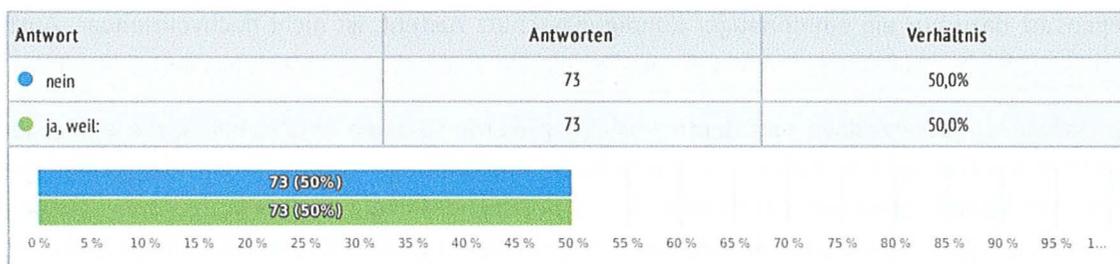


Abbildung 5: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Dauer des Krankenstandes

18 Ich würde mich wieder dafür entscheiden, sofort oder nach einem kurzen Krankenstand arbeiten zu gehen?

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

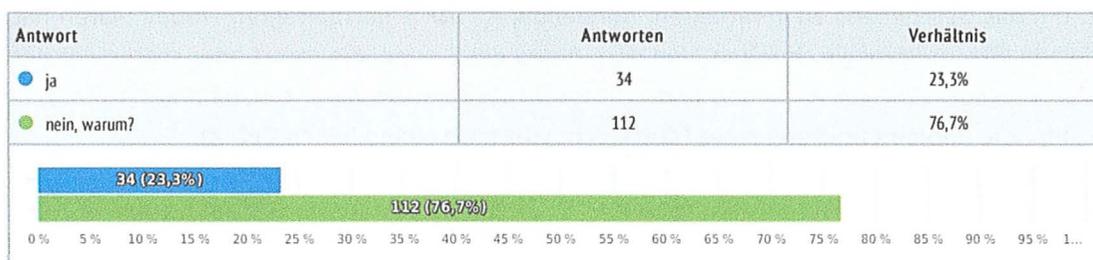


Abbildung 6: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; kurzer Krankenstand (bis zu einer Woche) nicht ausreichend



19 Ich bin prinzipiell für einen Mutterschutz (bezahltes Fernbleiben von der Arbeit) nach einer Fehlgeburt?

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

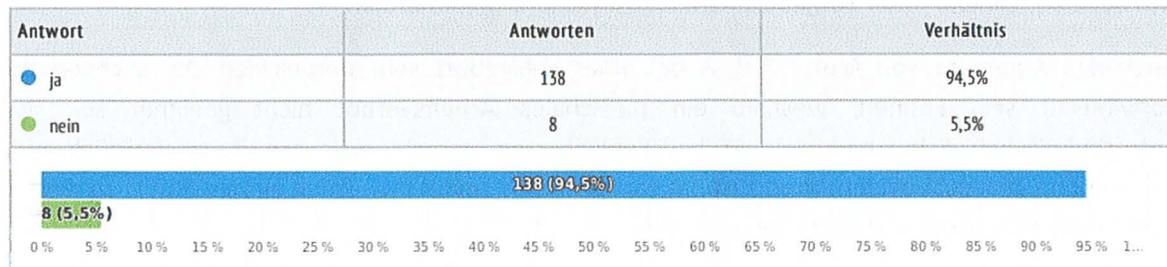


Abbildung 7: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Notwendigkeit des Mutterschutzes

Der Zweck des Mutterschutzgesetzes versteht sich bereits aus dem Titel des Gesetzes: **Das Gesetz soll die Mutter schützen!** Die veraltete Rechtslage und die diesbezügliche Rechtsprechung konterkarieren diesen Zweck und dem wissenschaftlichen Stand der Medizin aber zur Gänze!

Daher sollte Müttern, die ihr Kind ab der 14. SSW still geboren haben – wie dies die Rechtsprechung auch für die Totgeburt und das Gesetz für die Lebendgeburt vorsehen – ein **absolutes Beschäftigungsverbot von acht Wochen** zustehen. Frauen, die ihr Kind zwischen der medizinisch festgestellten Schwangerschaft und der 14. SSW verloren haben, sollte zumindest die Möglichkeit eines **Beschäftigungsverbot von vier Wochen** zustehen (freie Wahl der Inanspruchnahme des Beschäftigungsverbot).⁷⁵

Das in diesem Zusammenhang manchmal herangezogene Argument⁷⁶, dass diese Phase nach der Geburt mit einem Krankenstand abgegolten werden könnte, geht aus folgenden Gründen ins Leere:

Nach der Definition in § 120 Abs 1 Z 1 ASVG ist die Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht. Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn liegt dann vor, wenn eine Störung von psychischen oder physischen Funktionen nach außen hin wahrnehmbar ist und sei es nur durch entsprechende Äußerungen des Versicherten, die die Notwendigkeit einer Diagnoseerstellung indizieren. Auch der (bloße) Krankheitsverdacht ist dem Versicherungsfall der Krankheit zuzurechnen, wenn er sich durch objektiv diagnostizierbare Symptome äußert, unabhängig, ob sich im Nachhinein der Krankheitsverdacht bewahrheitet oder nicht. Die Notwendigkeit der Krankenbehandlung ist - stets losgelöst vom Erfolg - ex ante zu beurteilen.⁷⁷

⁷⁵ In Deutschland wird diese Form des Mutterschutzes im Übrigen aktuell als „gestaffelter Mutterschutz“ bezeichnet.

⁷⁶ Burger-Ehrnhofner/Schrittweisner/Bauer, Mutterschutzgesetz und Väter-Karenz-Gesetz (2020) § 5 Rz 14 mwN.

⁷⁷ OGH 04.10.2011, 10 ObS 67/11t.



Offenbar hat der Gesetzgeber bereits vor Jahrzehnten erkannt, dass Frauen nach einer Geburt besonders schützenswert sind und eine Geburt offensichtlich **NICHT** unter den gesetzlichen Begriff der Krankheit fällt (!). Daher sind die Bestimmungen zum Mutterschutz entstanden. Warum nun aber der Geburtsvorgang bei einer Fehlgeburt als Krankheit – als ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand – gelten soll, obwohl es sich um den gleichen körperlichen und psychischen Vorgang wie bei einer Lebend- oder Totgeburt handelt, ist nicht nachvollziehbar.

Auch das Argument von *Mazal*,⁷⁸ dass bei einer Fehlgeburt sehr unterschiedliche Sachverhalte verwirklicht sein können, weshalb ein pauschales Arbeitsverbot nicht geeignet sei, den unterschiedlichen Schutzbedürfnissen bei Fehlgeburten gerecht zu werden, ist lediglich eine Behauptung, die nicht evidenzbasiert ist. Im ganzen Artikel findet man keine einzige Studie zu diesem Thema, die seine Ansicht untermauern würde.

3.1.2 Forderungen

3.1.2.1 Mutterschutz

Der Gesetzgeber möge die Bestimmung des § 5 Abs. 1 MSchG aufgrund des oben Genannten neu evaluieren und folgendermaßen abändern:⁷⁹

„Dienstnehmerinnen dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen nach der **Geburt** ihres Kindes nicht beschäftigt werden. ***Dienstnehmerinnen, die ihr Kind ab der vierzehnten Schwangerschaftswoche bekommen haben, steht ebenfalls ein absolutes Beschäftigungsverbot von acht Wochen zu. Dienstnehmerinnen, die ihr Kind zwischen der medizinisch festgestellten Schwangerschaft und der vierzehnten Schwangerschaftswoche bekommen haben, steht ein relatives Beschäftigungsverbot⁸⁰ von vier Wochen zu.*** Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt diese Frist mindestens zwölf Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist (§ 3 Abs. 1) vor der **Geburt** eingetreten, so verlängert sich die Schutzfrist nach der **Geburt** im Ausmaß dieser Verkürzung, höchstens jedoch auf 16 Wochen.“

Anmerkung: Wichtig bei der Formulierung des Beschäftigungsverbotes unter 500 Gramm ist, dass Frauen, die sich für eine Ausschabung entschieden haben oder wie es auch in seltenen Fällen vorkommt, eine extrauterine Schwangerschaft (Einnistung außerhalb der Gebärmutterhöhle) operativ beenden mussten, nicht ausgeschlossen werden. Daher wird in diesem Zusammenhang der Begriff „**bekommen**“ statt „**geboren**“ präferiert.

3.1.2.2 Kündigungs- und Entlassungsschutz

Überdies wird gefordert, dass im § 10 Abs. 1a MSchG der Kündigungs- und Entlassungsschutz für kleine Geburten ebenfalls bis zum Ablauf von vier Monaten ausgedehnt wird.

⁷⁸ *Mazal*, Geburt oder Abortus? ÖJZ 1992, 481 f.

⁷⁹ Neuerungen werden fett und kursiv dargestellt.

⁸⁰ Damit ist die freie Wahl der Inanspruchnahme des Mutterschutzes gemeint, die im Gesetz noch näher zu definieren ist.



3.2. Freistellung für Partner*innen

3.2.1 Status quo

Wie bereits unter Punkt 1.1. detailliert dargestellt, erleiden die Väter auch einen gravierenden Schock- und Trauerzustand nach einem Schwangerschaftsverlust. Auch diese brauchen eine Auszeit und wollen gerade in der Akutphase die betroffene Mutter nicht alleine lassen.

3.2.2 Forderung

Im Sinne der in Deutschland im Koalitionsvertrag vereinbarten bezahlten Freistellung⁸¹ wird auch für Österreich die Möglichkeit einer bezahlten zweiwöchigen Freistellung nach einem Schwangerschaftsverlust für den Partner und die Partnerin gefordert.

3.3. Übernahme der Kosten der Hebammenbetreuung

3.3.1 Status quo

Im Sinne des § 2 Abs. 1 Hebammengesetz sind Hebammen dazu berechtigt Frauen während und nach einer Geburt zu begleiten, solange keine pathologischen Anzeichen vorliegen. Bei pathologischen Anzeichen ist eine interdisziplinäre Begleitung angezeigt.

Gemäß § 157 ASVG umfasst der Versicherungsfall der Mutterschaft den nach seinem Eintritt (§ 120 Z 3 ASVG) liegenden Zeitraum der Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.

Aus dieser Bestimmung ist – wie bereits oben ausgeführt – ersichtlich, dass Müttern von Sternenkindern kein Anspruch auf Hebammenbetreuung zusteht. Jedoch gerade im Fall einer kleinen Geburt ab der 14. SSW ist diese aufgrund der körperlichen Veränderungen dringend notwendig. Es kommt bereits auch in diesem Stadium zu Milchbildung, Inkontinenzen, starken Blutungen, Dehnungen der Bauchmuskulatur, Brustschmerzen, Hüft- und Rückenschmerzen usw. – **ja, auch bereits ab diesem Zeitpunkt ist die Inanspruchnahme eines Rückbildungskurses für Frauen notwendig!**

Aber auch bei der Geburt zwischen der medizinisch festgestellten Schwangerschaft und 14. SSW kommt es bereits zu Wochenfluss, typischen körperlichen Veränderungen und Trauererscheinungen. Diese Frauen werden zumeist nachhause geschickt und müssen ihre Kinder alleine gebären ohne eine fachliche Unterstützung vor Ort zu haben. Tatsache ist aber, dass Hebammen Expert*innen im Bereich der Physiologie bezüglich **der gesamten Schwangerschaft von Beginn** an, der Geburt und des Wochenbetts sind.

Dabei finden sich auf den ersten Blick zahlreiche Literatur und Studien, die sich auf die emotionale Gesundheit von Frauen nach Schwangerschaftsverlust im ersten Trimenon beziehen. Zum Beispiel Publikationen zu den Empfehlungen von begleiteten Beratungssitzungen in verschiedenen Settings, die jener Frage nachgehen, ob eine Beratungssitzung im Vergleich zu keiner Beratungssitzung einen

⁸¹ Seite 79 des Koalitionsvertrages: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.



Unterschied macht. Hierbei wurde festgestellt, dass sich bei jener Gruppe, die eine Beratung erhielt, eine Besserung einstellte.⁸² Eine weitere Untersuchung⁸³ besagt, dass ein strukturierter Nachuntersuchungsbesuch mit einer bestimmten Hebamme zwischen 21 und 28 Tagen nach der Fehlgeburt die Trauerempfindung verbessert und eine Besserung der Trauer bei 30 % der Probandinnen eintritt.⁸⁴

Dies wird auch durch das im Folgenden dargestellte Ergebnis der Umfrage 2022 bestätigt. 73 % der Betroffenen haben oder hätten eine professionelle Unterstützung durch eine Hebamme und/oder einen Psychologen/eine Psychologin gebraucht:

11 Nach meiner Fehlgeburt habe/ hätte ich professionelle Unterstützung (z.B.: Psychotherapie, Hebammenbegleitung, etc.) gebraucht

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

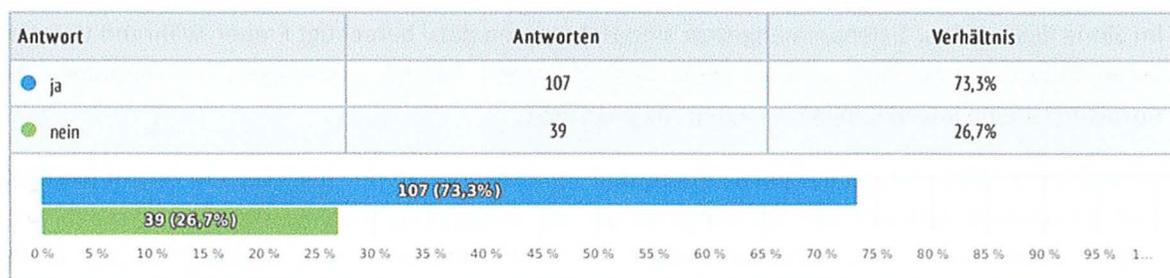


Abbildung 8: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Bedarf an professioneller Unterstützung nach einer Fehlgeburt

⁸² Lee, C., Slade, P., & Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69(1), 47–58. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1996.tb01849.x>.

⁸³ Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson, P.-G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(3), 330–335. <https://doi.org/10.1080/00016340500539376>.

⁸⁴ Adolfsson et al. (2006); siehe auch bereits die oben zitierten Studien.



12 Von folgende Fachpersonen hätte ich mich gerne begleiten lassen:

Mehrfachauswahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

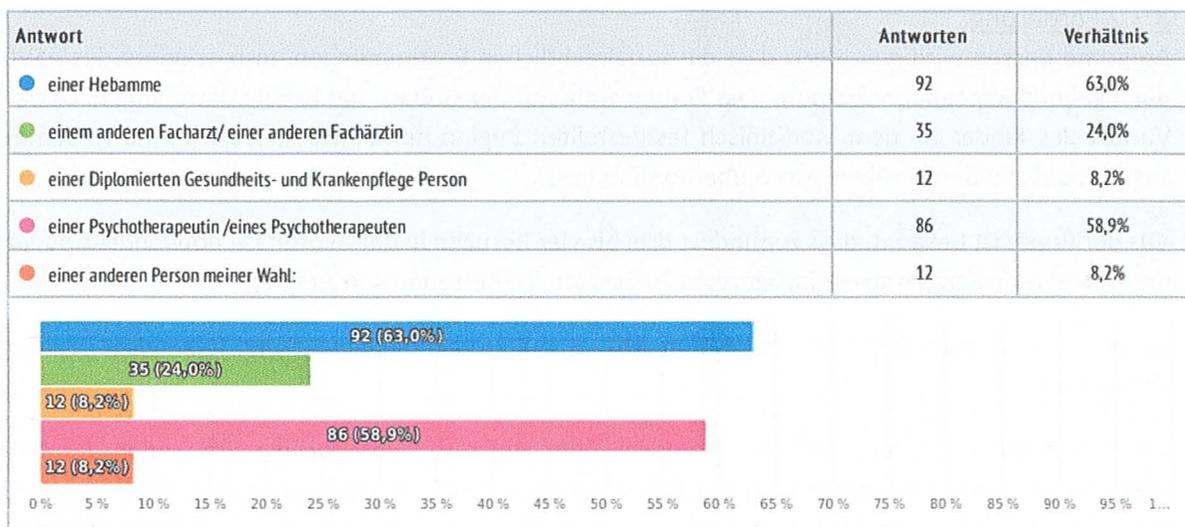


Abbildung 9: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; notwendige Fachpersonen nach einer Fehlgeburt

Derzeit wird die Hebammenbetreuung der Mütter von Sternenkindern durch wenige Vereine, die über Spenden (!) finanziert werden, übernommen. Zwei dieser Vereine sind „12 Wochen“⁸⁵ und „Nabhinadi“.⁸⁶

Der Verein „12 Wochen“ hat sich zum Ziel gesetzt Frauen bis zur 12. bzw. 14. SSW vor, während und nach einer kleinen Geburt zu betreuen, weil diese im Speziellen wenig bis gar keine Unterstützung bekommen. Gerade in den ersten 12. bis 14. SSW ist die Häufigkeit einer Fehlgeburt am größten. Die Fachwelt beschreibt diese daher als physiologisches Vorgehen. Der Körper erkennt ein verstorbenes Kind und reagiert physiologisch darauf. Hierzu werden noch weitere Untersuchungen und Aufzeichnungen benötigt. Das interdisziplinäre Arbeiten wird im Verein durch Fort- und Ausbildungen für medizinische Fachpersonen sowie Schulungen in den Kliniken gestärkt und wissenschaftlich auf den neuesten Stand gebracht.

Der Verein „Nabhinadi“ hilft mit der Hebammenbetreuung generell allen Frauen, deren Kind bei der Geburt unter 500 Gramm wiegt/gewogen hat und die keinen gesetzlichen Anspruch auf Hebammenbetreuung haben.

Die Arbeit dieser fachspezifischen Vereine ist enorm wichtig um Frauen **aufzufangen** und diese auch mit Blick auf **Folgeschwangerschaften** zu betreuen.

⁸⁵ <https://12wochen.at/der-verein/>.

⁸⁶ <https://www.nabhinadi.at/>.



Auch vor diesem Hintergrund ist sichtbar, dass die Gesetze, die den Schutz der Mütter zum Zweck haben, diesem nicht nachkommen! Dass die notwendige medizinische Betreuung in Österreich auf Spenden angewiesen ist, ist – um es offen zu sagen – beschämend.

3.3.2 Forderung

Aufgrund dessen wird gefordert, dass die sozialrechtlichen Bestimmungen, insbesondere des ASVG, dahingehend abgeändert werden, dass Frauen während der Geburt und für die Betreuung nach dem Verlust des Kindes ab dem medizinisch festgestellten Beginn der Schwangerschaft eine Hebamme zusteht, die von den Krankenkassen übernommen wird.

Aus der Praxis ist bekannt, dass zumindest drei bis vier Besuche in der Akutphase notwendig sind, um die Frauen aufzufangen sowie fachgerecht zu beraten, zu betreuen und zu pflegen.

Zusätzlich wird gefordert § 4 Abs. 1 iVm Abs. 3 Z 9 Hebammengesetz aus folgenden Gründen abzuändern:

Diese Bestimmung regelt, dass bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen und gefahrdrohenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, die Hebamme ihren Beruf nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin/einem Arzt ausüben darf. Als regelwidriger und gefahrdrohender Zustand während der Schwangerschaft wird in Z. 9 par. cit. die Fehlgeburt genannt.

Tatsache ist, dass – wie bereits oben mehrmals beschrieben – es sich bei der Fehlgeburt im Normalfall um keinen regelwidrigen oder gefahrdrohenden Zustand handelt. Gerade Frauen bis zur 14. SSW werden zum Gebären alleine nachhause geschickt. In dieser Phase handelt es sich oft um ein physiologisches Vorgehen. Aber auch, wenn es zu Komplikationen in den späteren SSW, die im § 4 Hebammengesetz an anderen Stellen aufgezählt sind, kommen sollte, so ist eine Zusammenarbeit mit einem Arzt/einer Ärztin gesetzlich gesichert. Diese Frauen entbinden ohnehin in der Regel im Krankenhaus.

Da die Aufzählung der „Fehlgeburt“ in der Z. 9 par. cit. somit nicht den Tatsachen entspricht und die Arbeit der Hebammen im Falle von Fehlgeburten verkompliziert, wird ersucht eine Streichung dieser vorzunehmen.

3.4. Bedarf an Nachbetreuung durch Psycholog*Innen

3.4.1 Status quo

Wie bereits unter Punkt 1.1. mit zahlreichen Studien dargelegt, bringt der Tod eines Kindes, egal in welcher Phase der Schwangerschaft, für die Betroffenen ein einschneidendes und gravierendes Lebensereignis mit sich, der oft von einem intensiven Trauerprozess begleitet wird. Laut diesen Studien zeigt sich noch einmal zusammenfassend folgendes Bild⁸⁷:

⁸⁷ Unter vielen Farren, J., Jalmbant et al. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>; Berry,



- **30 % bis 60 %** der teilgenommenen **Frauen und Männer** erfüllten nach dem Erlebnis eines Schwangerschaftsverlusts die klinischen Kriterien für PTBS;
- 8 % bis 20 % der betroffenen Frauen zeigten Anzeichen einer Depression vier bis sechs Wochen nach dem Verlust; Angstzustände entwickelten 18 % bis 32% der befragten Frauen.
- Drei Studien zeigten auf, dass 25 % bis 39 % der teilgenommenen Frauen nach einem Monat den Schwellenwert für die Diagnose PTBS („post traumatic stress disorder“) überschritten.
- Je länger die Schwangerschaft gedauert hat, desto höher ist das Risiko für eine psychische Erkrankung.
- Spätestens in dem Moment, in welchem die Frauen ihr lebensfähiges Kind im Ultraschall sehen, wird das Risiko für psychische Krankheiten (Depressionen, Angstzustände und PTBS) im Falle eines Verlusts verstärkt.

Dass die Betroffenen stark emotional belastet sind, ist vor allem auf eine unzureichende Begleitung während und nach der Fehlgeburt zurückzuführen. Wird den Betroffenen nicht die Möglichkeit gegeben das Ereignis zu verarbeiten, können sich die bereits mehrmals erwähnten Krankheitsbilder wie Depressionen, PTBS, Angststörungen, Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Suchtabhängigkeit, Herzprobleme, Essstörungen oder Einschränkungen in der Lebensqualität entwickeln. Nicht ohne Grund fordern daher 31 an einer bereits mehrfach zitierten und im Lancet veröffentlichten Studie beteiligten Forscher*innen eine deutliche Verbesserung von medizinischer und psychologischer Betreuung von Betroffenen und Risikopatientinnen.⁸⁸ **Deren Ansicht nach ist eine weltweite Reform der Betreuung von Betroffenen notwendig.**

Auch im Hinblick **auf Folgeschwangerschaften** ist eine Aufarbeitung des Geschehenen aus psychologischer Sicht dringend notwendig. Das belegt etwa die 2018 veröffentlichte Studie einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe aus Oslo.⁸⁹ An dieser nahmen 174 Frauen teil, die nach einer Totgeburt erneut schwanger geworden waren. Im letzten Trimester der Folgeschwangerschaft erkrankten 22,5 % der Frauen an einer Angststörung und 19,7 % an einer Depression. Dem gegenüber standen 362 Frauen, die zuvor ein Kind lebend geboren hatten. 4,4 % von ihnen entwickelten eine Angststörung und 10,3 % eine Depression. Etwa jede achte Frau, deren Kind verstorben war, litt an beiden psychischen Störungen, in der Kontrollgruppe war es nur eine von 28.

Daher empfehlen auch die Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe in ihrem aktualisierten Leitlinienprogramm aus dem Jahr 2022 als konsensbasierte Empfehlung psychosoziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, insbesondere bei wiederholten Fehlgeburten.⁹⁰

S.N. The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. Trauma Care 2022, 2, 392–407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>.

⁸⁸ Quenby et al., Lancet (2021).

⁸⁹ Gravensteen, I.K, Jacobsen, E.-M., Sandset, P.M, Helgadottir, L., Rådestad, I., Sandvik, L., Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. PMID: 29361916 PMCID: PMC5781321 DOI: 10.1186/s12884-018-1666-8.

⁹⁰ Deutsche, Österreichische und Schweizerische Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe (2022). Leitlinienprogramm. Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten. S.73.



Schlussendlich geht auch aus der Umfrage 2022⁹¹ - wie oben dargestellt – hervor, dass Betroffene eine Betreuung durch Psycholog*innen gebraucht hätten.

3.4.2 Forderung

Aufgrund des oben Dargelegten fordern die Initiator*innen, dass die notwendigen psychotherapeutischen Sitzungen von der Krankenkasse zur Gänze übernommen werden und geeignete kostenlose Anlaufstellen mit psychologischer Beratung geschaffen werden.

Um die Betroffenen aufzufangen, bedarf es aufgrund der Praxiserfahrung in der Akutphase zumindest drei Sitzungen. Um das Erlebte zu verarbeiten, sind durchschnittlich fünf bis zehn Sitzungen erforderlich.

3.5. Der Begriff „Fehlgeburt“ ist nicht mehr zeitgemäß

3.5.1 Status quo

Der Begriff der „Fehlgeburt“ ist im § 8 Abs. 1 Z. 3 Hebammengesetz definiert. Diese liegt laut Gesetz vor, wen bei einer Leibesfrucht keines der unter Ziffer 1 angeführten Zeichen vorhanden ist (entweder Atmung oder irgendein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln) und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm aufweist.

Davon unterscheidet sich die Definition der Totgeburt des § 8 Abs. 1 Z. 2 Hebammengesetz dadurch, dass vom Gesetz ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm verlangt wird.

Zu diesen Definitionen ist festzuhalten, dass diese Unterscheidung ihren Ursprung und Zweck in den Anzeigepflichten an die Personenstandsbehörde hat.

Die diesbezüglichen Erläuterungen⁹² aus dem Jahr 1994 lauten: *„Hinsichtlich der Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt erfolgt eine Anpassung an die WHO-Empfehlungen. Von der Anzeigepflicht von Fehlgeburten wird abgegangen, da die Personenstandsbehörde nur Lebendgeburten (Eintragung im Geburtenbuch) und Totgeburten (Eintragung im Sterbebuch), nicht aber Fehlgeburten beurkundet. [...]*

Angesichts der Sensibilität dieses Bereiches und der Unverwendbarkeit der Anzeigen durch die Personenstandsbehörde erscheint daher die Anzeigepflicht von Fehlgeburten entbehrlich. Außerdem wird durch die Ausweitung der Definition der Totgeburt ein Teil der bisherigen Fehlgeburten künftig als Totgeburt gewertet und bleibt anzeigepflichtig.“

Dazu ist anzumerken, dass aus derzeitiger wissenschaftlicher Sicht Frühchen unter 500 Gramm, auch wenn in einer geringen Zahl, Überlebenschancen haben.⁹³ Nähere Ausführungen dazu würden aber den Rahmen dieses Dokuments sprengen.

⁹¹ Abbildung 7: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; notwendige Fachpersonen nach einer Fehlgeburt.

⁹² BGBl. 310/1994, ErläutRV 1461 BlgNR XVIII GP.

⁹³ <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/fact-sheet/details/news/lebensfaehigkeit-extrem-unreifer-fruehgeborener/>.



Der Begriff der „Fehlgeburt“ bedeutet offensichtlich, wenn man sich die Semantik dieses Wortes näher anschaut **„die Geburt eines Fehlers“**. Im Gesetz wird nämlich mit den jeweiligen Begriffen immer auch der Zustand des Kindes bei der Geburt beschrieben:

- Lebendgeburt: Das Kind hat bei bzw. nach der Geburt gelebt;
- Totgeburt: Das Kind ist vor oder bei der Geburt verstorben;
- Frühgeburt: Das Kind ist bei der Geburt ein Frühchen;
- Mehrlingsgeburt: Bei der Geburt waren es mehrere Kinder;
- Fehlgeburt: Das Kind ist bei der Geburt **fehlerhaft!**

Daraus leitet sich im Übrigen auch der Begriff **„Fehlgeborenes“** ab. Ein Kind ist und kann aber niemals ein Fehler sein! Dieser gesetzliche Begriff führt dazu, dass viele betroffene Eltern und Familienmitglieder **einer psychischen Belastung** ausgesetzt werden. Insbesondere Frauen suchen den Fehler oft bei sich, obwohl sie für das Geschehene nichts können und entwickeln Schuldgefühle, die sie stark beeinträchtigen.

In Zeiten, in welchen die Gesellschaft über die politische Korrektheit diverser Begriffe diskutiert und manche von ihnen aus ihrem Wortschatz verbannt, ist es unbegreiflich, warum ein zu frühgeborenes Kind als Fehler bezeichnet wird. Dieses Wort wird im Übrigen in der Praxis und im Hebammenstudium immer mehr durch den Begriff „Schwangerschaftsverlust“ oder „kleine Geburt“ ersetzt. Dies deswegen, weil das Kind klein ist; nicht jedoch, weil die Geburt „klein“ ist. Denn dieser Vorgang ist aufgrund der physischen und psychischen Belastung jedenfalls mit einer Geburt über 500 Gramm Geburtsgewicht aus Sicht der betroffenen Frau zu vergleichen. In anglosprachigen Raum geht man im Übrigen auch immer mehr dazu über den Begriff „miscarriages“ durch „pregnancy loss“ zu ersetzen.

3.5.2 Forderung

Wie bereits zu Beginn ausgeführt, ist es für die Initiator*innen nachvollziehbar, dass personenstandsrechtliche Anzeigepflichten einer Grenze – im konkreten Fall 500 Gramm Geburtsgewicht – aufgrund des Verwaltungsaufwandes unterliegen müssen. Was jedoch in der **aktuellen Gesetzeslage fehlt**, ist eine Klarstellung, sei es auch nur in den gesetzlichen Erläuterungen, dass es sich bei dem Geburtsgewicht unter 500 Gramm um eine Grenzziehung für die personenstandsrechtlichen Pflichten handelt und dieses Geburtsgewicht wenig bis gar nichts mit den Vorgängen im Mutterleib während der Geburt und nachher zu tun hat.

Überdies wird gefordert in § 8 Abs. 1 Z. 3 Hebammengesetz den Begriff „Fehlgeburt“ durch den Begriff **„kleine Geburt“** oder **„Schwangerschaftsverlust“** zu ersetzen; insbesondere um diesen auch in der Aufzählung der Pathologien vom Begriff der Frühgeburt zu trennen.

3.6. Erweiterung des Katalogs für „vorzeitigen Mutterschutz“

3.6.1 Status quo

Die Bestimmungen für das vorzeitige Beschäftigungsverbot für werdende Mütter findet man in § 3 Abs. 3 MSchG. Diese Regelung enthält auch eine Verordnungsermächtigung und lautet:



„Über die Achtwochenfrist (Abs. 1) hinaus darf eine werdende Mutter auch dann nicht beschäftigt werden, wenn nach einem von ihr vorgelegten fachärztlichen Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet wäre. Der Bundesminister für Arbeit hat durch Verordnung festzulegen,

1. bei welchen medizinischen Indikationen ein Freistellungszeugnis auszustellen ist,
2. welche Fachärzte ein Freistellungszeugnis ausstellen können,
3. nähere Bestimmungen über Ausstellung, Form und Inhalt des Freistellungszeugnisses.

Eine Freistellung wegen anderer als der in dieser Verordnung genannter medizinischer Indikationen ist im Einzelfall auf Grund eines Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes vorzunehmen.“

Die Gründe, warum ein Facharzt/eine Fachärztin für Frauenheilkunde oder Innere Medizin die werdende Mutter vorzeitig freistellen lassen kann, werden **abschließend (taxativ)** in der Mutterschutzverordnung⁹⁴ aufgezählt. Falls die Fachärzte und Fachärztinnen zu dem Schluss kommen, dass eine vorzeitige Freistellung auch aus anderen medizinisch indizierten Gründen notwendig wäre, so sind ihnen aufgrund der taxativen Aufzählung aber im wahrsten Sinne des Wortes „die Hände gebunden“. Lediglich der Amtsarzt/die Amtsärztin oder der Arbeitsinspektor/die Arbeitsinspektorin kann eine vorzeitige Freistellung aus anderen Gründen veranlassen. Diese Regelung ist aber nach Rücksprache mit dem Fachpersonal aus dem Bereich der Gynäkologie weitgehend unbekannt und stellt offenbar „totes Recht“ dar.

Nachgewiesen durch eine Studie der City University of London unter Leitung von Dr. Brenda Todd, Senior Lecturer in der Abteilung für Psychologie aus dem Jahr 2017 ist, dass Stress und psychische Belastungen in der Schwangerschaft **um bis zu 42 % das Fehlgeburtsrisiko** steigern.⁹⁵ Psychische Belastungen oder sogar psychische Erkrankungen werden in dem Katalog der Mutterschutzverordnung aber **nicht berücksichtigt**.

Auch stellt eine Schwangerschaft bei Frauen über 35 Jahren eine Risikoschwangerschaft dar⁹⁶ und kann vermehrt zu Fehlgeburten führen. Generell sind Fehlgeburten bei älteren Frauen wahrscheinlicher. Bei Frauen im Alter bis zu 34 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlgeburt bei bis zu 15 %, zwischen 35 und 39 Jahren bei etwa 25 % und zwischen 40 und 44 Jahren bei etwa 50 %.⁹⁷ In einer

⁹⁴ BGBl. II Nr. 310/2017 idF BGBl. II Nr. 83/2019.

⁹⁵ Qu, F., Yan Wu, Y., Zhu, Y., Barry, J., Ding, T., Baio, G., Muscat, R., Todd, B.K., Wang, F., Hardiman, P.J. (2017). The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis (2017). Scientific Reports: DOI:10.1038/s41598-017-01792-3; [https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fehlgeburt-
risiko-steigt-durch-psychischen-stress-11694/](https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fehlgeburt-risiko-steigt-durch-psychischen-stress-11694/); <https://www.medpertise.de/fehlgeburt/stress/>.

⁹⁶ Quenby et al., Lancet (2021).

⁹⁷ [https://www.quarks.de/gesellschaft/psychologie/wir-sollten-offener-ueber-fehlgeburten-
sprechen/#:~:text=Generell%20sind%20Fehlgeburten%20bei%20C3%A4lteren,Jahren%20bei%20etwa%2050%
%20Prozent.](https://www.quarks.de/gesellschaft/psychologie/wir-sollten-offener-ueber-fehlgeburten-sprechen/#:~:text=Generell%20sind%20Fehlgeburten%20bei%20C3%A4lteren,Jahren%20bei%20etwa%2050%20Prozent.)



aktuellen Studie (2021), die im Lancet publiziert wurde, gehen die Forscher*innen sogar davon aus, dass der Risikofaktor für einen Schwangerschaftsverlust bei über 45 Jahren bei 65% liegt.⁹⁸

Im Übrigen hat eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2022 des Deutschen Gewerkschaftsbundes⁹⁹ aufgezeigt, dass beim Mutterschutz **offenbar eklatante Lücken zwischen Anspruch und Wirklichkeit** bestehen. Denn zentrale Elemente des Arbeitsschutzes funktionieren in der Praxis nicht. Im Folgenden eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Studie:

- Bei **mehr als jeder dritten Schwangeren** wird die **Verpflichtung zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung** zum Schutz der Gesundheit der Frau und des Kindes am Arbeitsplatz **ignoriert** (35 %). Weitere elf Prozent der Befragten wissen nicht, ob eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wurde. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass ausgerechnet **das zentrale Instrumente des Mutterschutzgesetzes in der Praxis nicht funktioniert.**
- Nur bei einer **knappen Mehrheit der Befragten wurden Schutzmaßnahmen seitens der Arbeitgeber*innen ergriffen** (54 %). Arbeitgeber*innen als Normadressat*innen des Mutterschutzgesetzes müssen daher stärker in die Pflicht genommen und kontrolliert werden. Auch für diese Aufgabe müssen die Aufsichtsbehörden der Länder finanziell und vor allem personell deutlich besser ausgestattet werden.
- Nicht einmal der Hälfte der Schwangeren wurde nach der Meldung der Schwangerschaft von den Arbeitgeber*innen das gesetzlich vorgesehene gemeinsame Gespräch angeboten, in dem etwaige Besonderheiten der Schwangerschaft, die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Frauen und gegebenenfalls erforderliche Schutzmaßnahmen im Kontext der konkreten Arbeitsplatzbedingungen besprochen werden. Dies zeigt sehr deutlich, wie wenig der im Mutterschutzgesetz verankerte Gedanke einer „Dialogorientierung“ bisher in der Arbeitswelt Umsetzung findet, und wie dringend hier eine Nachsteuerung und Kontrolle erfolgen muss. Das deutsche Mutterschutzgesetz 2018 setzt auf den europäischen Vorgaben des allgemeinen Arbeitsschutzes und des Antidiskriminierungsschutzes auf und muss diesen Vorgaben entsprechen. Dabei sind kommunikativ-partizipative Instrumente von großer Bedeutung: Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung, Information und Beteiligung haben einen hohen Stellenwert.
- Im Hinblick auf die am Arbeitsplatz für Schwangere und Stillende vorgesehenen Arbeitsschutzmaßnahmen zeigen sich **eklatante Defizite bereits bei der Schaffung geeigneter Umgebungsbedingungen**, damit Schwangere sich im Verlauf des Arbeitstages hinsetzen, hinlegen und ausruhen können. Wenn **mehr als der Hälfte der Befragten kein Ruheraum** zur Verfügung steht und fast vier von zehn Befragten keine (räumlichen oder arbeitsorganisatorischen) Möglichkeiten haben, sich jederzeit unter geeigneten Bedingungen

⁹⁸ Quenby et al., Lancet (2021).

⁹⁹ Phal, S., Unrau, E., Erfahrungen mit dem Mutterschutz am Arbeitsplatz. Befragung zu den Arbeitsbedingungen schwangerer und stillender Arbeitnehmerinnen (2022): <https://frauen.dgb.de/themen/++co++f6ace5fe-e639-11ec-a8a0-001a4a160123>.



ausruhen zu können, zeigt dies, wie wenig selbst die eigentlich selbstverständlichen Basics des Mutterschutzes im Arbeitsalltag Berücksichtigung finden.

- Noch bedenklicher sind die Belastungen auf Grund **von überlangen Arbeitszeiten: Mehr als die Hälfte der befragten Frauen** leistet während der Schwangerschaft **wiederholt Mehrarbeit** (56 %) oder überschreitet die vorgesehene Tageshöchst Arbeitszeit (55 %), obwohl diese der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde bedarf. Von jeder achten Befragten wurde die Mehrarbeit unfreiwillig erbracht und durch den Arbeitgeber „erwartet“ (12 %). Die Ergebnisse deuten also darauf hin, dass wiederholt auftretende lange Arbeitszeiten unter schwangeren Frauen eher die Norm als die Ausnahme darstellen.
- **Deutlich mehr als jede dritte Befragte berichtet von physischen oder psychischen Belastungen während der Schwangerschaft** (39 %). Auslöser sind meist Stress aufgrund von Zeitdruck, Arbeits- und Aufgabendichte, aber auch körperliche Belastungen, lange Fahrt- oder Wegezeiten oder die Unvereinbarkeit von Beruf und Schwangerschaft. Das Wissen um schlechtere Berufsaussichten für Menschen mit Sorgeverantwortung führt zudem bei einigen Frauen zu dem Anspruch, mindestens genauso leistungsstark sein zu wollen wie vor der Schwangerschaft.

Für Österreich ist eine derartige Studie nicht bekannt; es kann aber aufgrund der Erfahrung in der Praxis davon ausgegangen werden, dass es auch bei uns diese eklatanten Lücken gibt.

In den Erläuterungen zur Mutterschutzverordnung ist zur Risikoschwangerschaft im höheren Alter im Übrigen nur folgende saloppe Formulierung zu finden: „Das Alter der Schwangeren ergibt nicht automatisch einen Freistellungsgrund.“¹⁰⁰

3.6.2 Forderung

Die Initiator*innen fordern, dass der Katalog der medizinisch indizierten Gründe für ein vorzeitiges Beschäftigungsverbot im Sinne des § 3 Abs. 3 MSchG iVm § 2 Mutterschutzverordnung aufgrund des aktuellen Standes der Wissenschaft noch einmal evaluiert wird und folgende Punkte berücksichtigt werden:

- die Möglichkeit einer vorzeitigen Freistellung auch durch den Facharzt für Psychiatrie aufgrund von noch zu erarbeitenden medizinischen Indikationen;
- die Möglichkeit einer vorzeitigen Freistellung für Schwangere ab dem 35. Lebensjahr unter dem Gesichtspunkt, dass den in der Verordnung genannten Fachärzten die Möglichkeit gegeben wird, aufgrund des Gesundheitszustandes der Schwangeren im Einzelfall – und nicht nur aufgrund des Katalogs – zu beurteilen, ob ein vorzeitiges Beschäftigungsverbot indiziert ist.

¹⁰⁰ https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Personengruppen/Werdende_und_stillende_Muetter/Kommentierte_MSchV.html.



3.7 Kostenbeitrag für Begräbnisse auch bei kleinen Geburten

3.7.1 Status quo

Als Beispiel wird an dieser Stelle die Krankenordnung der Kurfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA der Stadt Wien) genannt.¹⁰¹ Es liegt die Vermutung nahe, dass auch Krankenordnungen bzw. gesetzliche Bestimmungen der anderen Krankenkassen in Österreich ähnliche Regelungen treffen, wobei dies noch einer näheren Prüfung unterzogen werden muss.

Die Krankenordnung der KFA der Stadt Wien in der geltenden Fassung sieht im 1. Teil Punkt 7 (1) vor, dass beim Tod eines Mitgliedes oder im Falle **einer Totgeburt** nach Maßgabe der Bestimmungen des § 22 der Satzungen ein Bestattungskostenbeitrag zusteht. Die Höhe ist im Anhang, Punkt 1 Z 14 und Z 12 lit. j festgesetzt.

Tatsache ist, dass für tot geborene und direkt nach der Geburt verstorbene Kinder in ganz Österreich eine Bestattungspflicht besteht. Für „fehlgeborene Kinder“¹⁰² –wie diese die Regierung auf ihrer Homepage bezeichnet – gilt in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, der Steiermark und Vorarlberg **eine Bestattungspflicht**. In Kärnten, Burgenland und Tirol besteht für „fehlgeborene Kinder“ ein Bestattungsrecht.¹⁰³

Bei kleinen Geburten und Totgeburten besteht für die Eltern die Möglichkeit die Kinder in einem Sammelgrab auf Kosten des jeweiligen Rechtsträgers oder diese selbst (Einzelgrab, Einäscherung usw.) bestatten zu lassen. Aus psychologischer Sicht ist die Möglichkeit selbst bestimmen zu können, wie das eigene Kind begraben wird, sehr wertvoll für die Trauerarbeit.

Wenn sich die Eltern dazu entscheiden das Kind selbst bestatten zu lassen, betragen die Kosten je nach Bestattungsunternehmen und -art zwischen EUR 1.100,- und EUR 1.500,-.¹⁰⁴

In Klagenfurt hat der Verein „Wandelstern“ in Zusammenarbeit mit der Stadt und den Bestattungsunternehmen erreichen können, dass grundsätzlich keine Kosten für Betroffene von Sternenkindern entstehen. Dies ist aber –nach dem derzeitigen Stand –österreichweit eine Ausnahme.

Warum in diesem Fall den betroffenen Eltern trotz der gesetzlichen Bestattungspflicht oder des gesetzlichen Bestattungsrechts kein Anspruch auf einen Bestattungskostenbeitrag zusteht, ist auch unter diesem Aspekt nicht nachvollziehbar und führt aus verfassungsrechtlicher Sicht zu einer **Ungleichbehandlung** der betroffenen Eltern.

¹⁰¹ <https://www.kfawien.at/cdscontent/load?contentid=10008.764950&version=1645691460>.

¹⁰² Dieser eigentlich unzumutbare Begriff wird auf der Homepage von www.oesterreich.gv.at verwendet.

¹⁰³ https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/geburt/4/Seite.080101.html#:~:text=F%C3%BCr%20fehlgeborene%20Kinder%20gilt%20in,dem%20Trauer%20ausgelebt%20werden%20kann.

¹⁰⁴ Diese Kostenangaben ergeben sich aus den eingeholten Kostenvoranschlägen diverser Bestattungsunternehmen im September 2022.



3.7.2 Forderung:

Aufgrund des Ausgeführten wird daher gefordert die oben dargestellte Gleichheitswidrigkeit zu bereinigen, sodass die jeweiligen Krankenordnungen und gesetzlichen Bestimmungen der Krankenkassen ebenfalls einen Bestattungskostenbeitrag bei kleinen Geburten vorsehen.

4. Aufklärung der Gesellschaft

Wie bereits unter Punkt 1. dargestellt, ist das Thema der Sternenkinder in der Gesellschaft völlig tabuisiert. Aus Sicht der Initiator*innen ist es daher notwendig, dass die Gesellschaft sensibilisiert und über Folgendes aufgeklärt/informiert wird:

- (i) die Häufigkeit und den Ablauf von kleinen Geburten,
- (ii) die rechtliche Benachteiligung der Betroffenen,
- (iii) den Trauerprozess sowie den richtigen/sensiblen Umgang mit trauernden Eltern,
- (iv) die Tatsache, dass das Thema der Sternenkinder nicht nur ein Frauenthema ist, sondern die gesamte Familienstruktur betrifft (auch Vater, Großeltern, Geschwister, enge Freunde),
- (v) die Tatsache, dass Sternenkinder für IMMER Teil der Familie bleiben,
- (vi) Einrichtungen, wo man im Fall einer kleinen Geburt Hilfe bekommt oder an wen man sich wenden kann.

Diese Forderung wird im Übrigen durch die Umfrage 2022 bestärkt; 89 % der befragten Frauen wünschen sich mehr Aufmerksamkeit in der Gesellschaft für dieses Thema.

22 Ich wünsche mir vor allem in der Öffentlichkeit mehr Aufmerksamkeit für dieses Thema ?

Einzelwahl, geantwortet 146 x, unbeantwortet 16 x

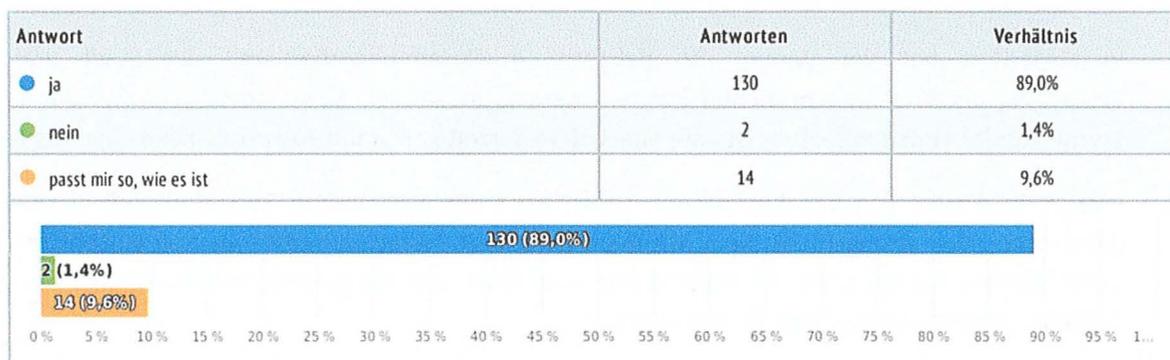


Abbildung 10: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; gewünschte Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit

5. Gewünschte Ergebnisse/Abschließende Bemerkungen

Wie oben detailliert dargestellt, ist im Sinne der Initiative „Mut zeigen“ erforderlich, dass die Gesellschaft bundesweit für das Thema der Sternenkinder sensibilisiert wird und es zu rechtlichen Änderungen im Sinne der Betroffenen kommt.



Zusammengefasst werden **folgende sieben rechtliche Änderungen** für Betroffene von Sternenkindern (Geburtsgewicht des Kindes unter 500 Gramm und keine Lebenszeichen) gefordert:

- Gestaffelter Mutterschutz und Kündigungs- bzw. Entlassungsschutz:
 - (i) absolutes Beschäftigungsverbot von acht Wochen für Frauen, die ihr Kind ab der 14. SSW verloren haben;
 - (ii) relatives (freiwilliges) Beschäftigungsverbot für Frauen, die ihr Kind ab der medizinisch festgestellten Schwangerschaft bis zur 14. SSW bekommen haben;
 - (iii) Verlängerung des Kündigungs- und Entlassungsschutzes bis zum Ablauf des vierten Monats nach der kleinen Geburt.
- Möglichkeit der zweiwöchigen vergüteten Freistellung für Partner*innen;
- Hebammenbetreuung ab der medizinischen Feststellung der Schwangerschaft;
- Zur Gänze vergütete Nachbetreuung durch Psycholog*innen und Einrichtung von kostenlosen Anlaufstellen mit psychologischer Beratung;
- Abänderung des Begriffs „Fehlgeburt“ in „kleine Geburt“ oder „Schwangerschaftsverlust“ sowie Klarstellung, dass es sich bei der Grenze des Geburtsgewichts von 500 Gramm lediglich um eine personenstandsrechtliche Angabe handelt;
- Erweiterung des Katalogs für vorzeitigen Mutterschutz zum Schutz der Frauen vor Fehlgeburten;
- Bundesweiter Bestattungskostenbeitrag für kleine Geburten.

Aufgrund jahrelanger und vielfältiger Erfahrungen in den unterschiedlichen Fachbereichen ist es den Initiator*innen ein großes Anliegen, dass zukünftige Betroffene rechtlich besser geschützt sind und den ihnen zustehenden Respekt seitens der Gesellschaft, des medizinischen Fachpersonals, des Gesetzgebers und der Politik erhalten.

Die Initiator*innen übernehmen keine Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit dieses Dokuments. Weiters weisen sie darauf hin, dass das Dokument aufgrund neuer Erkenntnisse einer Abänderung und Weiterentwicklung unterliegen kann.

Alle Inhalte dieses Dokuments (insbesondere Bilder und Logos) unterliegen dem Urheberrecht und sind urheberrechtlich geschützt. Ein Verbreiten, Vervielfältigen oder Verwerten dieser bedarf der Zustimmung aller Initiator*innen.

6. Literatur- und Quellenverzeichnis

6.1. Fachliche Literatur und Quellen

- ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. PMID: 30157093. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002899
- Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson, P.-G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(3), 330–335. <https://doi.org/10.1080/00016340500539376>



- Berry, S.N. The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. *Trauma Care* 2022, 2, 392–407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>
- Deutsche, Österreichische und Schweizerische Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe (2022) Leitlinienprogramm. Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten
- Farren, J., Jalbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>
- Freeman, A., Neiterman, E., & Varathasundaram, S. (2021). Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. In *Women and Birth* (Vol. 34, Issue 4, pp. 316–324). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.012>
- Geller, P. A., Psaros, C., & Kornfield, S. L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want? In *Archives of Women's Mental Health* (Vol. 13, Issue 2, pp. 111–124). <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0147-5>
- Gravensteen, I.K, Jacobsen, E.-M., Sandset, P.M, Helgadottir, L., Rådestad, I., Sandvik, L., Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. PMID: 29361916 PMCID: PMC5781321 DOI: 10.1186/s12884-018-1666-8.
- Griffin, G., Ngulube, M., Farrell, V., & Hauck, Y. L. (2021). Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care. *Collegian*, 28(3), 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.08.011>
- Hansen-Krewer, C. (2021). *Stille Geburten sind auch Geburten*. BoD- Books on Demand
- He, L., Wang, T., Xu, H., Chen, C., Liu, Z., Kang, X., Zhao, A. (2019). Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. In *Archives of Gynecology and Obstetrics* (Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019). <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05264-z>
- Helps, Ä., O'Donoghue, K., O'Byrne, L., Greene, R., & Leitao, S. (2020a). Impact of bereavement care and pregnancy loss services on families: Findings and recommendations from Irish inquiry reports. *Midwifery*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102841>
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision Version 2019 in der Fassung 01.02.2022 (ICD-10-WHO Version 2019), Kapitel XV, Gliederung O00-O99 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-o00-o08.htm>
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., & Bień, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>
- Lee, C., & Rowlands, I. J. (2015). When mixed methods produce mixed results: Integrating disparate findings about miscarriage and women's wellbeing. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12121>



- Lee, C., Slade, P., & Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69(1), 47–58. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1996.tb01849.x>
- Lothrop, H. (2016). *Gute Hoffnung-jähres Ende* (Vol. 12). Kösel-Verlag GmbH
- Maurer, F. (2022). *Fehlgeburt - eine kleine Geburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln* (2022). Elwin Staude Verlag GmbH
- Nash, M., Barry, M., & Bradshaw, C. (2018). Midwives' experiences of caring for women with early pregnancy loss in an Irish maternity hospital. In *British Journal of Midwifery* (Vol. 26, Issue 12)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (NG126)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037>
- Palas Karaca, P., & Oskay, Ü. Y. (2021). Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 179–188. <https://doi.org/10.1111/ppc.12540>
- Phal, S., Unrau, E., *Erfahrungen mit dem Mutterschutz am Arbeitsplatz. Befragung zu den Arbeitsbedingungen schwangerer und stillender Arbeitnehmerinnen* (2022): <https://frauen.dgb.de/themen/++co++f6ace5fe-e639-11ec-a8a0-001a4a160123>
- Qu, F., Wu, Y., Zhu, Y., Barry, J., Ding, T., Baio, G., Muscat, R., Todd, B.K., Wang, F., Hardiman, P.J. (2017). The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis (2017). *Scientific Reports*: DOI:10.1038/s41598-017-01792-3
- Quenby, S., Gallos, I.D., Dhillon-Smith, R.K., Podsek, M., Stephenson, M.D., Fisher, J., Brosens, J.J, Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E.S., C McCoy, R., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M, Bourne, T., MacIntyre, D.A., Rai, R., Christiansen, O.B., Sugiura-Ogasawara, M., Odendaal, J., Devall, A.J., Bennett P.R., Petrou, S., Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021, 397, 1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Rinehart, M.S., Kiselica M.S. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. PMID: 22402086 DOI: 10.1037/a0021160
- Römer, T., Schlußner E., Straube, W., *Psychembel Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Auflage, 2012). Walter de Gruyter GmbH & Co KG
- Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2161–2170. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1715726>
- Smorti, M., Ponti, L., Simoncini, T., Mannella, P., Bottone, P., Pancetti, F., Marzetti, F., Mauri, G. & Gemignani, A. (2020). Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1728524>
- Wischmann, T. (2018). Psychological aspects of early miscarriage. In *Gynäkologie* (Vol. 51, Issue 4, pp. 319–325). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4180-6>



6.2. Rechtliche Literatur und Quellen

- *Binder*, Das Zusammenspiel arbeits- und sozialrechtlicher Leistungsansprüche (1980)
- *Burger-Ehrnhofner/Schrittwieser/Bauer*, Mutterschutzgesetz und Väter-Karenz-Gesetz (2020)
- *Ercher/Stech/Langer*, Mutterschutzgesetz und Väter-Karenzgesetz Kurzkomentar zum Arbeits- und Sozialrecht (2005)
- *Marat*, Mutterschutzgesetz Kommentar²
- *Mazal*, Geburt oder Abortus? ÖJZ 1992
- Zitierte Judikatur: OGH 21.10.1975, 4 Ob 59/75; OGH 01.07.1980, 4 Ob 76/80; OGH 04.10.2011, 10 ObS 67/11t; OLG Wien, 24.02.1976, 20 R 26/76
- Erläuternde Bemerkungen: ErläutRV 904 BlgNR XXV. GP; ErläutRV 1461 BlgNR XVIII GP
- Erlässe des BMAS vom 10.02.1988, Zl. 26.063/5-5/1987 und vom 24.02.1988, Zl. 62.380/1-3/88
- https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Personengruppen/Werdende_und_stillende_Muetter/Kommentierte_MSchV.html
- <https://www.kfawien.at/cdscontent/load?contentid=10008.764950&version=1645691460>

6.3 Sonstige Quellen

- <https://www.welt.de/gesundheit/article152167357/Jede-dritte-Schwangerschaft-endet-mit-dem-Abort.html>
- <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheit.html>
- <https://www.puls24.at/news/chronik/neuseeland-fuehrt-bezahlten-urlaub-nach-fehlgeburten-ein/230359>
- <https://www.psychyrembel.de/>
- https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=f8373b09-3c2d-2fc3-8f22-f84aaa0093b8&groupId=252038
- <https://kaernten.orf.at/stories/3179651/>
- <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/demographische-merkmale-von-geborenen>
- <https://dserver.bundestag.de/btd/19/216/1921615.pdf>
- <https://www.ardmediathek.de/video/mittagsmagazin/nach-fehlgeburt-alleingelassen/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RlLmRlL2FyZC1taXR0YWdzZWFnYXppbi9iNTMwZTgzNy1INWY2LT-RmZTgtYWYyMS03YmQyMTFmNmNhODY>
- <https://www.derstandard.at/story/2000139954417/allein-dieses-jahr-werden24-5-millionen-tonnen-an-elektrogeraeten-produziert>
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Sternenkind>
- https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf
- https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2022/_07/_15/Petition_136221.nc.html
- <https://www.spiegel.de/karriere/verstoest-das-mutterschutzgesetz-gegen-das-grundgesetz-beschwerde-vor-bundesverfassungsgericht-a-700f1ba9-f1cc-4cd0-8599-6765ada6d1fb>



- <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/weibliche-sexualorgane/kuerettage.html>
- <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/fact-sheet/details/news/lebensfaehigkeit-extrem-unreifer-fruehgeborener/>
- <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fehlgeburt-risiko-steigt-durch-psychischen-stress-11694/>
- <https://www.medpertise.de/fehlgeburt/stress/>
- <https://www.quarks.de/gesellschaft/psychologie/wir-sollten-offener-ueber-fehlgeburten-sprechen/#:~:text=Generell%20sind%20Fehlgeburten%20bei%20%C3%A4lteren,Jahren%20bei%20etwa%2050%20Prozent>
- https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/geburt/4/Seite.080101.html#:~:text=F%C3%BCr%20fehlgeborene%20Kinder%20gilt%20in,dem%20Trauer%20ausgelebt%20werden%20kann

6.4. Homepage-Auftritte der jeweiligen Initiator*innen

- <https://12wochen.at/der-verein/>
- <https://www.nabhinadi.at/>
- <https://www.miriamshebammerei.at/>
- <https://www.nanaya.at/>
- <https://www.verein-pusteblyume.at/>
- <https://www.shg-regenbogen.at/>
- <https://www.bernadettekohlweis.com/wandelstern>
- <https://www.rosablaugestreift.at/>
- <https://biancaortner.at/>
- <https://www.frauconfident.at/>
- <https://www.julia-luschin.com/>
- <https://www.busch-budzinski.at/>
- <https://www.ekiz-landeck.at/aktuelles-programm/>
- <https://www.sternchenmamas.at/>

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Verlust des Kindes nach SSW	8
Abbildung 2: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Anzahl der Fehlgeburten.....	9
Abbildung 3: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Qualität der Betreuung durch Fachpersonen	10
Abbildung 4: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Notwendigkeit des Krankenstandes	22
Abbildung 5: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Dauer des Krankenstandes	22
Abbildung 6: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; kurzer Krankenstand (bis zu einer Woche) nicht ausreichend	22
Abbildung 7: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Notwendigkeit des Mutterschutzes.....	23
Abbildung 8: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; Bedarf an professioneller Unterstützung nach einer Fehlgeburt	26

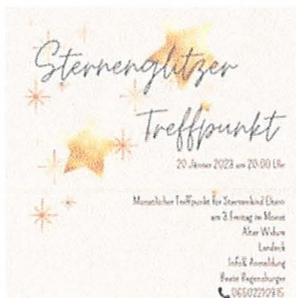


Abbildung 9: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; notwendige Fachpersonen nach einer Fehlgeburt 27

Abbildung 10: Umfrage 2022 zum Schwangerschaftsverlust; gewünschte Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit..... 36

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ansprüche auf Mutterschutz nach der Geburt.....21



12 WOCHEN



