

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/21192 –**

Unterstützung für von Fehl- und Totgeburten Betroffene

Vorbemerkung der Fragesteller

Der frühzeitige Verlust einer Schwangerschaft vor der 22. bis 24. Schwangerschaftswoche oder ein totgeborenes Kind, dessen Geburtsgewicht unter 500 Gramm liegt, wird als Fehlgeburt eingestuft. Nach der 24. Schwangerschaftswoche und bei einem Geburtsgewicht über 500 Gramm gilt es als Totgeburt (<https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/was-ist-eine-fehlgeburt-2013466>).

Laut Informationen des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. erleidet jede dritte Frau vor der 12. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt (<https://www.bvf.de/aktuelles/pressemitteilungen/meldung/news/fehlgeburten-warum-die-trauer-so-wichtig-ist/>). Für das Eintreten einer solchen gibt es vielfältige potenzielle Gründe, unter anderem können sie genetischer Natur sein. Ausschlaggebend ist letztendlich häufig eine negative Beeinträchtigung der Nährstoffversorgung des Fötus durch die Plazenta. Dadurch unterbleibt der übliche Wachstumsprozess des ungeborenen Kindes und es verstirbt. Die Mütter bemerken dies oft nicht unmittelbar.

Für die Eltern ist das Durchleben einer Fehl- oder Totgeburt eine enorme psychische Belastung (<https://www.zeit.de/entdecken/2019-01/fehlgeburten-abort-fruehabort-schwangerschaft-erfahrungen-umgang>). Vor allem betroffene Frauen können durch solch ein Erlebnis ein Gefühl des eigenen Versagens sowie ein negatives Verhältnis zu ihrem eigenen Körper entwickeln (<https://www.welt.de/gesundheit/article152167357/Jede-dritte-Schwangerschaft-endet-mit-dem-Abort.html>). Erleidet eine Frau eine Fehlgeburt, erhöht sich zudem die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese im Rahmen einer weiteren Schwangerschaft wiederholt, was bei der Frau Zweifel und Ängste vor einer weiteren Schwangerschaft hervorrufen und sie, trotz bestehenden Kinderwunsches, von einer solchen bewusst absehen lassen kann.

Aus Sicht der Fragesteller würde es vielen Betroffenen helfen, wenn sie wüssten, dass sie keine Einzelfälle sind. Es muss alles dafür getan werden, dass Betroffene bestmögliche Unterstützung erhalten, um eine erlebte Fehl- oder Totgeburt verarbeiten zu können.

1. Wie viele Fehlgeburten gab es nach Kenntnis der Bundesregierung bisher im Jahr 2020, und wie viele gab es jeweils in den Jahren 2015 bis 2019?
 - a) In welchem Verhältnis steht die Zahl der Fehlgeburten zu der aller Geburten jeweils?
 - b) In welcher Schwangerschaftswoche haben wie viele Betroffene ihr Kind jeweils verloren?
 - c) Liegen der Bundesregierung jeweils Zahlen oder Schätzungen aus den einzelnen Bundesländern vor (wenn ja, bitte auch danach aufschlüsseln)?

Die Fragen 1, 1a, 1b und 1c werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Fehlgeburt (spontaner Abort) ist eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch Ausstoßung und/oder Absterben einer unter 500 Gramm wiegenden Frucht oder bei Beendigung der Schwangerschaft vor Ablauf der 23. Schwangerschaftswoche. Exakte Daten zu Fehlgeburten gibt es nicht, da sie in den ersten Schwangerschaftswochen oft subklinisch verlaufen und als Unregelmäßigkeiten des Menstruationszyklus gedeutet werden.

Anders als Totgeburten unterliegen Fehlgeburten nicht der standesamtlichen Meldepflicht. Es können daher weder Aussagen zur genauen Anzahl an Fehlgeburten noch zu ihrem Verhältnis zur Anzahl aller Geburten gemacht werden. Ebenso liegen keine Daten dazu vor, in welcher Schwangerschaftswoche wie viele Betroffene ihr Kind verloren haben.

Näherungsweise können stattdessen Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung zur Beantwortung der Fragen herangezogen werden.

Im ambulanten Bereich ergibt sich aufgrund der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im ersten Quartal 2019 für nicht näher bezeichnete Aborte ein Anteil von 0,4 Prozent Behandlungsfällen.

Stationäre Fallzahlen von Schwangerschaften mit abortivem Ausgang liegen aus den Daten der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2015 bis 2017 vor (Tabelle 1), aktuellere Zahlen liegen noch nicht vor. Die Fälle je 1.000 Geburten (Lebendgeborene) insgesamt sind ebenfalls in Tabelle 1 aufgeführt. Tabelle 2 zeigt absolute Fallzahlen und Fälle je 1.000 Geburten für die einzelnen Bundesländer.

Tabelle 1: Schwangerschaften mit abortivem Ausgang (absolute Fallzahlen) von 2015 bis 2017:

Berechnungen des Robert Koch-Instituts (RKI) aufgrund folgender Datenquellen: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik und Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung:

ICD10 – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Hier: Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett O00-O99	2015	2016	2017
O02.1 Missed abortion (Verhaltener Abort) ¹	8.665	8.730	7.869
O03 Spontanabort	9.427	9.877	9.986
O04 Ärztlich eingeleiteter Abort	4.899	5.096	5.154
O05 Sonstiger Abort	1.044	957	711
O06 Nicht näher bezeichneter Abort	7.066	7.620	7.198
O031.1 Fortbestehen der Schwangerschaft nach Fehlgeburt eines oder mehrerer Feten	16	16	17
O31.2 Fortbestehen der Schwangerschaft nach intrauterinem Absterben eines oder mehrerer Feten	78	74	90

ICD10 – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Hier: Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett O00-O99	2015	2016	2017
Insgesamt	31.195	32.370	31.025
Anzahl an Geburten (Lebendgeborene)	737.575	792.131	784.884
Fälle je 1.000 Geburten	42,3	40,9	39,5

1: Bei einem verhaltenen Abort wird der abgestorbene Embryo nicht direkt ausgestoßen, sondern verbleibt zusammen mit der Plazenta zunächst in der Gebärmutter, so dass die Fehlgeburt oft symptomlos und unbemerkt bleibt.

Tabelle 2: Schwangerschaften mit abortivem Ausgang (absolute Fallzahlen) und Fälle je 1.000 Geburten nach Bundesland, 2017:

Berechnungen des Robert Koch-Instituts (RKI) aufgrund folgender Datenquellen: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik und Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung:

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern
O02.1 *	847	1.271	461	221	62	91	665	99
O03	1.008	1.462	381	472	115	242	817	193
O04	558	751	320	195	44	96	372	155
O05	113	82	50	19	8	18	70	7
O06	903	959	433	197	75	132	558	118
O31.1	4	1		1	0	2	0	0
O31.2	10	23	7	2	0	1	6	2
Insgesamt	3.443	4.549	1.652	1.107	304	582	2.488	574
Anzahl an Geburten	107.375	126.187	40.160	20.337	7.000	21.133	60.988	13.081
Fälle je 1.000 Geburten	32,1	36,0	41,1	54,4	43,4	27,5	40,8	43,9

* Abkürzungen mit gleicher Bedeutung wie in Tabelle 1.

	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
O02.1	656	2.055	481	118	290	174	125	206
O03	874	2.345	554	83	512	318	252	269
O04	417	1.075	215	53	360	167	218	135
O05	88	130	31	14	27	17	13	18
O06	601	1.938	328	84	247	161	191	211
O31.1	3	2	1				1	2
O31.2	6	18	1	2	2	2	3	2
Insgesamt	2.645	7.563	1.611	354	1.438	839	803	843
Anzahl an Geburten	73.020	171.979	37.443	8.313	36.833	17.837	25.066	18.132
Fälle je 1.000 Geburten	36,2	44,0	43,0	42,6	39,0	47,0	32,0	46,5

2. Wie viele Kinder wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bisher im Jahr 2020 tot geboren, und wie viele solcher Fälle gab es jeweils in den Jahren 2015 bis 2019?
- a) In welchem Verhältnis steht die Zahl der Totgeburten zu der aller Geburten jeweils?
- b) Liegen der Bundesregierung jeweils Zahlen oder Schätzungen aus den einzelnen Bundesländern vor (wenn ja, bitte auch danach aufschlüsseln)?

Die Fragen 2, 2a und 2b werden wegen des engen Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Man spricht von einer Totgeburt, wenn das Kind während der Schwangerschaft oder bei der Geburt stirbt und mindestens 500 Gramm wiegt oder die 24. Schwangerschaftswoche bereits erreicht ist. Totgeborene Kinder werden im Rahmen der Geburtenstatistik des Statistischen Bundesamts ausgewiesen. Tabelle 3 gibt Auskunft über die Zahl der Totgeborenen in Deutschland in den Jahren 2015 bis 2019 sowie jeweils der Totgeborenen je 100.000 Lebend- und Totgeborene. Während die Anzahl an Totgeborenen je 100.000 Lebend- und Totgeborene in den Jahren 2015 bis 2018 auf einem ähnlichen Niveau liegt, gab es im Jahr 2019 einen leichten Anstieg. Dieser ist möglicherweise auf eine Änderung in der Definition einer Totgeburt Ende 2018 zurückzuführen. Bis dahin war ausschließlich das Geburtsgewicht entscheidend dafür, ob ein nicht lebendgeborenes Kind als Totgeburt gezählt wurde oder als Fehlgeburt galt.

Tabelle 3: Totgeborene und Totgeborene je 100.000 Lebend- und Totgeborene bundesweit und nach Bundesland, 2015 bis 2019:

Berechnungen des RKI aufgrund nachfolgender Datenquellen: Statistisches Bundesamt, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung:

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene
Deutschland	2.787	376,4	2.910	366	3.000	380,8	3.030	383,3	3.180	407,0
Baden-Württemberg	313	311,2	387	358,8	349	324	360	329,4	412	376,6
Bayern	391	329,6	444	352	457	360,9	444	346,7	444	345,1
Berlin	179	468,5	150	363,8	170	421,5	162	401,3	181	456,1
Brandenburg	81	422	97	461,2	100	489,3	82	410,8	83	427,6
Bremen	37	565,2	37	515,8	35	497,5	30	417,1	32	445,6
Hamburg	71	357,9	80	371,1	72	339,5	68	320,8	85	404,3
Hessen	219	383,5	239	392	249	406,6	239	390,2	221	366,6
Mecklenburg-Vorpommern	50	374,6	67	496	61	464,2	60	458,3	74	582,5
Niedersachsen	337	499,1	238	315,4	251	342,6	270	365,2	306	415,8
Nordrhein-Westfalen	653	405,3	687	394,9	709	410,6	726	417,5	727	424,9
Rheinland-Pfalz	103	293,9	128	340	126	335,4	145	383,7	167	447,2
Saarland	34	450,6	33	400,1	39	467	29	354,6	36	447,6
Sachsen	124	338,9	120	315,3	146	394,8	156	432,8	158	456,0
Sachsen-Anhalt	64	366,2	54	297,6	81	452,1	87	497,2	99	592,2

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl	je 100.000 Lebend- und Totgeborene
Schleswig- Holstein	82	347	91	356,7	96	381,5	105	414,3	98	395,9
Thüringen	49	272,5	58	313	59	324,3	67	382,8	57	341,2

3. Liegen der Bundesregierung Informationen oder Schätzungen dazu vor, wie viele Fehl- und Totgeburten durch bessere medizinische Intervention zu vermeiden gewesen wären?

Wenn ja, bei wie vielen wäre das der Fall gewesen?

Zur Frage, wie viele Fehl- und Totgeburten durch bessere medizinische Intervention zu vermeiden gewesen wären, liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Erkenntnissen der Medizinischen Fachgesellschaften zufolge sind die meisten Fehlgeburten in der Frühschwangerschaft durch Chromosomenaberrationen bedingt. Je früher das Abortgeschehen in der Schwangerschaft eintritt, desto wahrscheinlicher ist das Vorliegen einer embryonalen beziehungsweise fetalen Chromosomenstörung.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich weitere Ursachen und Risikofaktoren für Fehl- und Totgeburten. Danach zählen zu den wichtigsten Risikofaktoren für eine Fehlgeburt ein höheres Alter der Mutter bei der Empfängnis und der Alkoholkonsum. Zu wichtigen Risikofaktoren, die bei einer Totgeburt eine Rolle spielen, zählen Rauchen, Übergewicht, Adipositas und das Alter der Mutter.

4. Wie viele Kinder starben nach Kenntnis der Bundesregierung bisher im Jahr 2020 in ihren ersten Lebenstagen, und wie viele solcher Fälle gab es jeweils in den Jahren 2015 bis 2019?
- In welchem Verhältnis steht die Zahl dieser Kinder zu der aller geborenen Kinder jeweils?
 - Liegen der Bundesregierung jeweils Zahlen oder Schätzungen aus den einzelnen Bundesländern vor (wenn ja, bitte auch danach aufschlüsseln)?

Die Fragen 4 bis 4b werden wegen des engen Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Säuglingssterbefälle werden in der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst. Als Säuglingssterbefall gilt der Tod eines lebendgeborenen Kindes im ersten Lebensjahr. In der Todesursachenstatistik werden die Säuglingssterblichkeit unter 24 Stunden, unter sieben Lebenstagen (frühe neonatale Sterblichkeit), unter 28 Lebenstagen (neonatale Sterblichkeit) und unter einem Jahr nach der Geburt berichtet. Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf die Sterblichkeit unter sieben Lebenstagen. Für Deutschland und die einzelnen Bundesländer liegen Zahlen für die Jahre 2015, 2017 und 2018 vor (Tabelle 4).

Tabelle 4: Säuglingssterbefälle unter sieben Tagen, absolut und je 100.000 Lebendgeborene, 2015, 2017, 2018:

Datenquelle: Todesursachenstatistik, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

	2015		2017		2018	
	absolut	je 100.000 Lebendgeborene	absolut	je 100.000 Lebendgeborene	absolut	je 100.000 Lebendgeborene
Deutschland	1.352	183,3	1.411	179,8	1.410	179
Baden-Württemberg	185	184,5	217	202,1	162	148,7
Bayern	183	154,8	180	142,6	184	144,2
Berlin	68	178,8	63	156,9	90	223,9
Brandenburg	18	94,2	28	137,7	27	135,8
Bremen	18	276,5	22	314,3	20	279,2
Hamburg	42	212,5	29	137,2	30	142
Hessen	98	172,3	94	154,1	113	185,2
Mecklenburg-Vorp.	17	127,8	19	145,2	20	153,5
Niedersachsen	135	200,9	165	226	159	215,9
Nordrhein-Westfalen	378	235,6	369	214,6	385	222,4
Rheinland-Pfalz	72	206	80	213,7	63	167,3
Saarland	9	119,8	11	132,3	18	220,9
Sachsen	40	109,7	35	95	41	114,2
Sachsen-Anhalt	29	166,5	36	201,8	21	120,6
Schleswig-Holstein	34	144,4	36	143,6	51	202,1
Thüringen	26	145	27	148,9	26	149,1

5. Wie viele Abtreibungen aufgrund einer voraussichtlich nicht vorliegenden Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes gab es nach Kenntnis der Bundesregierung bisher im Jahr 2020, und wie viele gab es jeweils in den Jahren 2015 bis 2019?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer voraussichtlich nicht vorliegenden Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes werden in der Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes nicht ausgewiesen.

6. Liegen der Bundesregierung Studien dazu vor, wie sich die Erfahrung einer Fehl- oder Totgeburt bzw. der Tod des Kindes in den ersten Lebenstagen auf die psychische Verfassung betroffener Eltern auswirken kann?

Wenn ja, was sagen diese aus?

International und national adressieren eine Vielzahl von wissenschaftlichen Studien die psychischen Auswirkungen von Fehl- und Totgeburten und den frühen Tod eines Neugeborenen. In der medizinischen Fachliteratur wird beschrieben, dass der Verlust einer Schwangerschaft oder eines Neugeborenen ein traumatisches Lebensereignis sein kann, bei dem nach einem initialen Schockzustand eine Trauerphase einsetzt, in deren Verlauf auch Selbstwertprobleme, Hilflosigkeit und die Frage nach eigenem Verschulden auftreten können. Nicht selten sind auch Symptome von Depression, Ängsten und posttraumatischen Belastungsreaktionen, die jedoch meist mit der Zeit nachlassen. Studien weisen auch darauf hin, dass Frauen und Männer unterschiedliche Trauermuster zeigen: so werden bei Vätern klassische Trauerreaktionen, aber weniger Schuldgefühle als bei Müttern beschrieben, und Symptome von Angst und Depression werden zwar berichtet, jedoch auf einem niedrigeren Niveau als bei Müttern.

Als Faktoren, die das Ausmaß des Belastungserlebens beeinflussen, werden u. a. das Alter der Frau, vorherige Fehlgeburten, soziale Unterstützung, bereits bestehende Beziehungsprobleme oder das Fehlen überlebender Kinder genannt. Auch konnte gezeigt werden, dass sich ein Großteil der Eltern eine Unterstützung ihrer Bemühungen, der verstorbenen Kinder zu gedenken, wünscht.

7. Welche besonderen Möglichkeiten der Seelsorge oder psychotherapeutischen Betreuung gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung für von einer Fehl- oder Totgeburt betroffene Eltern sowie Eltern, deren Kind in den ersten Lebenstagen verstirbt?
 - a) Liegen der Bundesregierung Informationen dazu vor, wie viele Einrichtungen eine entsprechende Betreuung anbieten, und wo diese sich befinden (wenn möglich, bitte nach Ländern aufschlüsseln)?
 - b) Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass das vorhandene Angebot hinreichend ist (bitte begründen)?

Die Fragen 7 bis 7b werden wegen des engen Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Unterstützung von betroffenen Eltern in belastenden Situationen stehen bundesweit vielfältige niederschwellige Hilfsangebote zur Verfügung. Dazu gehören zum Beispiel regionale Selbsthilfegruppen und Schwangerschaftsberatungsstellen, die betroffenen Eltern Rückhalt und Hilfe geben können und Informationen zu weitergehenden professionellen Hilfen bieten. Auch die betreuenden Hebammen können wichtige erste Ansprechpartnerinnen sein. Zudem bieten die Kirchen Möglichkeiten der seelsorgerischen Unterstützung. Bei Auftreten psychischer Auffälligkeiten oder Erkrankungen gibt es darüber hinaus in Deutschland ein flächendeckendes therapeutisch und rehabilitativ ausgerichtetes System vielfältiger medizinischer (psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer) Hilfsangebote auf ambulanter, teilstationärer und stationärer Ebene. Eine wichtige erste Anlaufstelle kann die Hausärztin oder der Hausarzt sein oder auch die Ärztin oder der Arzt für Gynäkologie, der die Schwangerschaft begleitet hat. Diese können bei Bedarf gemeinsam mit den Betroffenen über notwendige weitere Schritte und Maßnahmen entscheiden und weiter vermitteln. Wer wegen psychischer Probleme professionelle Hilfe benötigt, kann sich aber auch direkt an eine psychotherapeutische oder psychiatrische Praxis wenden. Informationen, welche und wie viele Einrichtungen vor Ort spezielle Hilfsangebote für von Fehl- oder Totgeburt Betroffene anbieten, liegen der Bundesregierung nicht vor.

8. Stellt die Bundesregierung Informationen für betroffene Eltern über die in Frage 7 genannten Möglichkeiten zur Verfügung?
Wenn ja, über welche Kanäle?
9. Stellt die Bundesregierung Informationen über Fehl- und Totgeburten zur Verfügung?
Wenn ja, über welche Kanäle?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des engen Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf der Website www.familienplanung.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden im Rahmen der Thematik Schwangerschaft Informationen zum Thema Fehl- und Totgeburten vorgehalten, darunter auch Unterstüt-

zungsangebote für betroffene Eltern und Personen (www.familienplanung.de/sc hwangerschaft/fehlgeburt-totgeburt/).

Informationen zum Umgang mit Fehl- oder Totgeburten im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung sowie eine Datenbank mit Kinderwunschberatungsstellen finden sich auf dem Informationsportal Kinderwunsch des Bundesfamilienministeriums unter www.informationsportal-kinderwunsch.de.

Informationen über Hilfsangebote bei psychischen Problemen bietet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf ihrer Website gesundheitsinformation.de (<https://www.gesundheitsinformation.de/wegen-zur-psychotherapie-wo-gibt-es-hilfe.2576.de.html>).