

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Heiner Fangerau

**Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit Totgeburten in Nordrhein-Westfalen
und Baden-Württemberg**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Lisa Marie Bartsch

2023

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan/in: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter/in: Prof. Dr. Jörg Vögele

Zweitgutachter/in: Univ.- Prof. Dr. med. Ruckhäberle, Eugen

Zusammenfassung

2019 gab es 3180¹ Totgeburten in Deutschland. Ausgerechnet von dieser Zahl bedeutet dies im Jahr 2019 durchschnittlich neun² Totgeburten pro Tag. Dennoch wurde bisher die Betrachtung des gesellschaftlichen Wandels im Umgang mit Totgeburten stark vernachlässigt. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel die Forschungslücke zu schließen und Bezug auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg zu nehmen. Diese wurden ausgewählt, da sich im Rahmen der Recherche zeigte, dass im Vergleich zu den anderen Bundesländern eine deutlich detailreichere und umfangreichere Datenlage vorhanden ist und damit eine präzisere Auswertung unterstützt wird.

Ein Wandel im gesellschaftlichen Umgang wird für diese Fragestellung durch folgende Kriterien identifiziert und bewertet:

- Rechtliche Aspekte
- Medizinische Aspekte
- Soziale Aspekte
- Statistik

Rechtliche Aspekte: Die Untersuchung der rechtlichen Aspekte zeigt einen deutlichen Wandel der Gesetzgebung hin zu einer Unterstützung der Betroffenen und Beteiligten. Das Namensrecht wurde so verändert, dass ab 1998 eine offizielle Namensvergabe ermöglicht wurde. Eine Änderung im Bestattungsrecht führte zu einer deutlich angemesseneren Behandlung von Totgeborenen.

Medizinische Aspekte: Auch wenn nur wenige Aktivitäten in dem Umfeld von Totgeburten belegt sind, zeigen diese eindeutig eine Entwicklung hin zu einer Unterstützung der Betroffenen. Es gab in spezifischen Gebieten Forschungsansätze hinsichtlich der Klassifikationssysteme und der Ursachenforschung. Bis 1960 ist durch die Rhesus-D-Prophylaxe der Anteil an totgeborenen Feten deutlich gesunken. 1960 wurde die Wigglesworth-Klassifikation entwickelt um Ansätze zur Reduzierung der Anzahl an Totgeburten zu identifizieren.

Soziale Aspekte: Insbesondere in dem sozialen Bereich der Totgeburten zeigt sich deutlich die Hinwendung zum bewussten und dem empathischen Umgang mit Betroffenen. Die wesentliche Veränderung im sozialen Bereich manifestiert sich durch die Unterstützung der Eltern im Aufbau einer verstärkten Beziehung zu dem Kind. Erst seit 1980 unterstützt das medizinische Personal die Eltern aktiv ihr Kind anzusehen, anzufassen und auch Abschied von ihm zu nehmen.

Statistik: Auch im statistischen Bereich ist ein deutlicher Hinweis zum Wandel der Gesellschaft feststellbar, indem den Totgeburten mehr Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Es wurde die Definition von Totgeburten erweitert und so mehr Totgeburten erfasst. Gleichzeitig ist festzustellen, dass aufgrund der statistisch nachweisbaren deutlichen Reduzierung der Totgeburten, ein vermeintliches sinken des Handlungsdruckes nicht stattgefunden hat und stattdessen ein deutlicher gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat.

Mit dieser Dissertation wurde eine Forschungslücke im Bereich der medizinhistorischen Forschung im Umfeld von Totgeburten geschlossen. Im Rahmen dieser Dissertation wurde erarbeitet und belegt, dass ein Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit Totgeburten stattgefunden hat. Dieser zeichnet sich von einer eher weggehenden hin zu einer offenen, empathischen und unterstützenden Gesellschaft hin aus.

¹ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online (2020a). Totgeborene: Deutschland, Jahre.

² Ebd. (Eigene Berechnung).

Summary

In 2019 there were 3180³ stillbirths in Germany, this equals to nine⁴ stillbirths a day, on average. Nonetheless has the social change regarding stillbirths been heavily neglected so far. The following paper aims at closing the research gap and relates to the states North Rhine-Westphalia and Baden-Württemberg. These two states have been selected with the goal to describe an examination group that is as homogenous as possible with a high rate of stillbirths in comparison to other states.

For this question, a transformation of society will be identified and assessed based on the following criteria:

- Legal aspects
- Medical aspects
- Social aspects
- Statistics

Legal aspects: the examination of legal aspects shows a clear transformation of law towards more support for the people involved. The right to bear a name has been changed in a way that since 1998 officially naming the child became possible. A change in burial law resulted in a significantly more appropriate treatment of stillbirths.

Medical aspects: Even though little activities around stillbirths are evident, they show clear development toward supporting the people involved. In specific fields there have been research approaches regarding classification systems and root cause analysis. Until 1960, the rate of stillbirths has decreased significantly, due to the Rhesus-D-prophylaxis. In 1960 the Wigglesworth-Classification has been developed to identify approaches to reduce the number of stillbirths.

Social aspects: Especially in the social area of stillbirths a clear trend emerges towards dealing with the people involved more consciously and empathically. The key transformation in the social area manifests through the support of a stronger relationship with the child. Only since 1980 does the medical staff support parents actively to look at their child, touch it and take leave of it.

Statistics: In the statistics there is clear evidence for a transformation of society as well. The definition of stillbirths has been extended; therefore, more stillbirths have been recorded. Simultaneously, a potential decrease of pressure for action among society, due to the clear decrease in stillbirths, has not taken place. Despite this fact, a clear transformation of society has taken place.

With this thesis a research gap in the field of medical-historical research regarding stillbirths has been closed. Within the scope of this dissertation the transformation of society in dealing with stillbirths has been developed and documented. This is characterized by a shift from a rather avoiding society toward a more open, empathic and supportive society.

³ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online (2020a). Totgeborene: Deutschland, Jahre.

⁴ Ebd. (eigene Berechnung).

Abkürzungsverzeichnis

aktual.	Aktualisiert
BestattG BW	Bestattungsgesetz Baden-Württemberg
BestG NRW	Bestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen
Brem. GBL.	Gesetz über das Leichenwesen Bremen
et al.	et alii (= und andere)
HIV, HI-Virus	Humane Immundefizienz-Virus
Kardiotokographie	CTG
PStV	Personenstandsverordnung
S.	Satz

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	<i>Forschungsstand</i>	2
1.2	<i>Ziele der Arbeit</i>	3
2	Material und Methoden	5
3	Ergebnisse	6
3.1	<i>Definitionen</i>	6
3.2	<i>Rechtliche Aspekte</i>	11
3.2.1	Die Taufe	11
3.2.2	Das Namensrecht	11
3.2.3	Die Bestattungsgesetze	11
3.2.3.1	Die Bestattungsgesetze in Nordrhein-Westfalen	12
3.2.3.2	Die Bestattungsgesetze in Baden-Württemberg	12
3.2.3.3	Besonderheiten der Bestattung	12
3.3	<i>Medizinische Aspekte</i>	14
3.3.1	Diagnose der Totgeburt	14
3.3.2	Klassifikationssysteme	14
3.3.2.1	Die Wigglesworth-Klassifikation	15
3.3.2.2	Die ReCoDe Klassifikation	15
3.3.3	Ursachen einer Totgeburt	16
3.3.3.1	Fetale Ursachen	16
3.3.3.2	Maternale Ursachen	17
3.3.3.2.1	Infektionen	17
3.3.3.2.2	Zu früh eintretende Ereignisse	17
3.3.3.3	Plazentare Ursachen	17
3.3.4	Erfolgreich bekämpfte Ursachen	18
3.4	<i>Soziale Aspekte</i>	19
3.4.1	Konzept des Epidemiologischen Übergangs	19
3.4.2	Reduzierung der Sterblichkeit	21
3.4.3	Historischer Kontext	21
3.4.4	Tod im Alter	24
3.4.5	Vorsorgeuntersuchungen	24
3.4.6	Ablauf der Totgeburt	25
3.4.7	Betreuung der Eltern des totgeborenen Kindes	27
3.4.7.1	Betreuung der Eltern in der zeitgenössischen Gesellschaft	27
3.4.7.2	Aktuelle Empfehlungen zur Betreuung der Eltern	28
3.4.7.2.1	Empfehlungen zur Betreuung vor der Geburt	28
3.4.7.2.2	Empfehlungen zur Betreuung während der Geburt	28
3.4.7.2.3	Empfehlungen zur Betreuung nach der Geburt	29
3.5	<i>Statistik</i>	32
3.5.1	Deutschland	32
3.5.2	Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg	38
4	Ergebniszusammenfassung	45
4.1	<i>Gesellschaftlicher Wandel</i>	45
4.1.1	Definition	45

4.1.2	Rechtliche Aspekte	45
4.1.2.1	Die Taufe	45
4.1.2.2	Das Namensrecht	45
4.1.2.3	Beerdigung	46
4.1.3	Medizinische Aspekte	46
4.1.3.1	Ursachen	46
4.1.3.2	Vorsorgeuntersuchungen	46
4.1.4	Soziale Aspekte	46
4.1.4.1	Ablauf der Totgeburt	47
4.1.4.2	Betreuung der Eltern	47
4.1.5	Statistik	47
4.1.5.1	Totgeburten in Deutschland	47
4.1.5.2	Verheiratete und unverheiratete Eltern	47
4.2	<i>Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen</i>	48
4.2.1	Definition	48
4.2.2	Rechtliche Aspekte	48
4.2.3	Statistik	48
5	Diskussion und Schlussfolgerung	50
5.1	<i>Diskussion</i>	50
5.2	<i>Schlussfolgerung</i>	51
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	55
7	Anhang	61
7.1	<i>Deutschland</i>	61
7.2	<i>Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg</i>	68
7.2.1	Baden-Württemberg	68
7.2.2	Nordrhein-Westfalen	73
7.2.3	Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg im Vergleich	78

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Säuglingssterblichkeit in Deutschland-West und Deutschland-Ost.....	10
Abb. 2: Totgeburten in Deutschland	32
Abb. 3: Geburten in Deutschland.....	33
Abb. 4: Totgeborene je 1000 Geburten in Deutschland	35
Abb. 5: Anzahl der Totgeborenen in den einzelnen Bundesländern	37
Abb. 6 Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg.....	39
Abb. 7: prozentualer Anteil unverheirateter Eltern mit Totgeburten zu verheirateten Eltern mit Totgeburten.....	41
Abb. 8: Nicht verheiratete Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden- Württemberg.....	42
Abb. 9: Verheiratete Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden- Württemberg.....	43
Abb. 10: Totgeborene in Baden-Württemberg nach Geschlecht	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien für eine Tod-, Fehl- und Lebendgeburt.....	7
Tabelle 2: Wigglesworth-Klassifikation modifiziert nach Nappi, L.	15
Tabelle 3: ReCoDe-Klassifikation	16

1 Einleitung

Es ist still im Kreissaal. Ein Mann hält die Hand seiner schwangeren Frau. Im nächsten Moment wird das Kind geboren, auf welches sie viele Monate gewartet haben. Sie haben ihren Bekannten von dem Familienzuwachs berichtet, ein Kinderzimmer eingerichtet und viele Gedanken drehten sich um den neuen Familienzuwachs. Doch es bleibt weiterhin still im Kreissaal. Das Kind, das die Eltern sehnhchst erwarten, ist tot.

Es handelt sich hier nicht um eine Lebendgeburt, sondern um eine Totgeburt, im Englischen auch „*stillborn*“, die stille Geburt, genannt. Für die Eltern ein besonders schwerer Moment, denn es fällt die Geburt ihres lang ersehnten Kindes mit dem Zeitpunkt des Todes zusammen. 1969 gab es in Deutschland 12 302⁵ Totgeburten. 50 Jahre später, also 2019, erlebten immer noch 3180⁶ Frauen in Deutschland eine Totgeburt. Berechnet von der Anzahl der Totgeburten im Jahr 2019, sind dies im Jahr 2019 durchschnittlich neun⁷ Totgeburten pro Tag. Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Totgeburten sich in den letzten Jahren deutlich reduziert und weitere Aspekte sich im Laufe der Jahre verändert haben. Besonders auf den Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit Totgeburten wird in der hier vorliegenden Arbeit eingegangen. Was jedoch definiert den gesellschaftlichen Wandel? Der gesellschaftliche, oder auch soziale Wandel genannt, wurde bereits mehrfach unterschiedlich definiert. Die verschiedenen Definitionen weisen dennoch eine Gemeinsamkeit auf, sie beschreiben, dass ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat, „wenn sich gesellschaftliche Strukturen verändern.“⁸ Der gesellschaftliche Wandel kann auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen untersucht werden⁹. In dieser hier vorliegenden Arbeit ist besonders von Interesse, wie sich die gesellschaftlichen Strukturen und die Denk- und Verhaltensweisen verändern.

⁵ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online (2020a). Totgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605785792999&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0018&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605785792999&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0018&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].

⁶ Ebd.

⁷ Ebd. (Eigene Berechnung).

⁸ Schader-Stiftung (04.03.2004). Sozialer Wandel – Der Begriff. Verfügbar unter: <https://www.schaderstiftung.de/themen/demographie-und-strukturwandel/fokus/sozialer-wandel/artikel/sozialer-wandel-der-begriff> [Zugriff am: 18.11.2020].

⁹ Vgl. ebd.

1.1 Forschungsstand

Eine Analyse der relevanten Fachjournale und Medien zur Veröffentlichung von Forschungsergebnissen zeigt, dass im Umfeld von Totgeburten große Bereiche noch nicht untersucht beziehungsweise erforscht wurden.

Bei Eingabe des englischen Wortes für „Totgeburt“ ergeben sich in der Online-Datenbank PubMed Central 22.558¹⁰ Treffer. Wird dieser Begriff durch den englischen Begriff für Brustkrebs ersetzt, kommt die Online-Datenbank PubMed Central auf 599.632¹¹ Treffer.

The Lancet hat 2011 und 2016 zu dem Thema Totgeburten eine Reihe von Artikeln publiziert.

Die 2011 veröffentlichte Reihe enthält sechs Papers¹². Im ersten Paper „*Stillbirths: Why they matter*“ wird die Relevanz der Totgeburten betont und die Notwendigkeit des Hinzufügens der Totgeburten zu der globalen Gesundheitspolitik¹³.

In dem zweiten Artikel wird die weltweite Registrierung der Daten von Totgeburten untersucht und die vorhandenen Daten diskutiert¹⁴. Zehn Interventionen werden im dritten Artikel herausgearbeitet, die eine Reduzierung der Totgeburten bewirken soll¹⁵.

Im fünften Artikel der Serie liegt der Fokus auf den Ländern mit hohem Einkommen und wie hier eine weitere Reduzierung der Totgeburten möglich ist¹⁶. Zusammenfassend analysiert die Serie von 2011 über Totgeburten die vorhandenen Daten und die damit auswertbare Statistik, sowie die Möglichkeit der Reduzierung der Totgeburtenrate in Industrieländern und Dritte-Weltländern.

Die 2016 publizierte Reihe von dem Magazin analysiert das Thema vermeidbare Totgeburten¹⁷. Auch werden nochmal die Industrieländer analysiert, sowie ökonomische und psychosoziale Konsequenzen aufgezeigt¹⁸.

Neben den zwei Reihen zum Thema Totgeburten von *The Lancet* gibt es auch weitere Publikationen zum Thema Totgeburten. Fokus dieser Publikationen sind im Bereich der Ursachenforschung von

¹⁰ Vgl. PubMed Central. Stillbirth. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=stillbirth> [Zugriff am 18.11.2020].

¹¹ Vgl. PubMed Central. Breast AND cancer. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=breast+AND+cancer> [Zugriff am: 18.11.2020].

¹² Vgl. The Lancet (2011) Stillbirths 2011. Verfügbar unter: <https://www.thelancet.com/series/stillbirth> [Zugriff am: 18.01.2020].

¹³ Vgl. Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., Shiffman, J., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: why they matter. Lancet (London, England).

¹⁴ Vgl. Lawn, J. E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., Gardosi, J., Day, L. T., Stanton, C., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?. Lancet (London, England).

¹⁵ Vgl. Bhutta, Z. A., Yakoob, M. Y., Lawn, J. E., Rizvi, A., Friberg, I. K., Weissman, E., Buchmann, E., Goldenberg, R. L., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: what difference can we make and at what cost?. Lancet (London, England).

¹⁶ Vgl. Flenady, V., Middleton, P., Smith, G. C., Duke, W., Erwich, J. J., Khong, T. Y., Neilson, J., Ezzati, M., Koopmans, L., Ellwood, D., Fretts, R., Frøen, J. F., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: the way forward in high-income countries. Lancet (London, England).

¹⁷ Vgl. The Lancet (2016) Stillbirths 2016: ending preventable stillbirths. Verfügbar unter: <https://www.thelancet.com/series/ending-preventable-stillbirths> [Zugriff am: 18.01.2020].

¹⁸ Vgl. ebd.

Totgeburten und zum Beispiel die Gene der Totgeburten werden untersucht¹⁹ oder andere Möglichkeiten Totgeburten zu verhindern²⁰.

Der gesellschaftliche Umgang mit Totgeburten ist jedoch im Gegensatz zu anderen Bereichen bisher wenig erforscht. In Deutschland nimmt Jörg Vögele mit seinem Artikel über das Registrationsverfahren der Totgeburten, als einer der wenigen Wissenschaftler, Bezug auf das Thema Totgeburten²¹. 2018 vergleicht Yvonne Gavallér Totgeburten in Deutschland und Schweden in dem Zeitraum von 1870 bis 1914. Sie erläutert in ihrer Arbeit unter anderem die damaligen Bräuche, die medizinische Entwicklung, sowie den Wandel der Berufsgruppen der Hebammen und Ärzte.²²

Der gesellschaftliche Wandel im Umgang mit Totgeburten stellt also eine Forschungslücke da.

Mit dieser hier vorliegenden Arbeit soll die hier aufgezeigte Forschungslücke im Bereich des gesellschaftlichen Wandels im Umgang mit Totgeburten geschlossen werden.

1.2 Ziele der Arbeit

Die Säuglingssterblichkeit wird definiert durch Kinder, die im ersten Lebensjahr verstorben sind²³. Diese konnte in Deutschland von 1872 bis 1930 besonders stark gesenkt werden²⁴. Als Ursache dafür werden mehrere Faktoren gesehen. Dazu gehören zum einen die verbesserten Lebens- und Arbeitsbedingungen, zum anderen aber auch die bessere Ernährungssituation, sowie Hygiene und medizinischer Fortschritt²⁵. 2019 starben bei 1000 Lebendgeborenen circa drei²⁶ Kinder innerhalb ihres ersten Lebensjahres. Die Anzahl der Säuglingssterblichkeit reduzierte sich in den letzten Jahren erheblich²⁷. Es wurde zusätzlich der gesellschaftliche Wandel im Umgang mit Kindern, die im ersten Jahr verstarben, untersucht. Bei dieser Untersuchung zeigt sich, dass die Mütter sich in der Vergangenheit von ihren Kindern emotional distanzierten, während heute die Mutterliebe im Vordergrund steht.²⁸ Es hat ein gesellschaftlicher Wandel in Bezug auf Kinder, die im ersten Jahr verstorben sind stattgefunden.

¹⁹ Vgl. Stanley, K. E., Giordano, J., Thorsten, V., Buchovecky, C., Thomas, A., Ganapathi, M., Liao, J., Dharmadhikari, A. V., Revah-Politi, A., Ernst, M., Lippa, N., Holmes, H., Povysil, G., Hostyk, J., Parker, C. B., Goldenberg, R., Saade, G. R., Dudley, D. J., Pinar, H., Hogue, C. Goldstein, D. B. (2020). Causal Genetic Variants in Stillbirth. *The New England journal of medicine*, 383(12), 1107–1116.

²⁰ Vgl. Page, J. M., & Silver, R. M. (2017). Interventions to prevent stillbirth. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 22(3), 135–145.

²¹ Vgl. Vögele, J. (2018). Stillbirth registration in 20th century Germany. Selected statistical, medical and legal implications. In: Charrier P., Clavandier G., Gourdon V., Rollet C., Sage Prachère N (eds): *Morts avant de naître: La mort périnatale / Dead before being born: About perinatal death*. Tours, Presse Universitaires Francois-Rabelais. S. 171-184.

²² Vgl. Gavallér, Y. (2018). Totgeburten in Deutschland und Schweden 1870-1914: Ausgewählte kultur- und medizinhistorische Aspekte. Göttingen, Cuvillier.

²³ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (o.J.). Fakten – Säuglingssterblichkeit in Deutschland (1872-2019). Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S10-Saeuglingssterblichkeit-ab-1872.html> [Zugriff am: 18.11.2020].

²⁴ Vgl. ebd.

²⁵ Vgl. ebd.

²⁶ Ebd.

²⁷ Vgl. ebd.

²⁸ Vgl. Vögele, J. (2009). Wenn das Leben mit dem Tod beginnt: Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. *Historical Social Research*, 34(4), S. 66-67.

Das Ziel dieser hier vorliegenden Arbeit ist es zu untersuchen, ob ein gesellschaftlicher Wandel im Umgang mit Totgeburten stattgefunden hat und wie genau sich die Denk- und Verhaltensweise der Gesellschaft gegenüber Eltern mit Totgeburten und Totgeburten selbst verändert hat. Dies wird durch die vier oben erwähnten Aspekte analysiert. Bei den Rechtlichen Aspekten wird besonders in den Bereich der Bestattung und der Namensgebung mit einer deutlichen Veränderung gerechnet. Gerade bei der Bestattung wird ein Wandel hin zu einem verantwortungsvolleren Verfahren erwartet. In Bezug auf den Medizinischen Aspekt wird ein Wissenszuwachs zum Beispiel in Bezug auf die Ursache von Totgeburten angenommen. Zudem wird auf ein etablierteres System der Einordnung der Ursachen der Totgeburten erwartet. Im Bereich der sozialen Aspekte wird vor allem in der Betreuung von Totgeburten und deren Angehörigen um 1980 ein Wandel angenommen. In diesem Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit Totgeburten wird Hannah Lothrop, der Autorin des Buches „Gute Hoffnung, Jähes Ende – Fehlgeburten, Totgeburten und Verlust in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neuen Hoffnung für Eltern“ eine wichtige Rolle zugesprochen. Erwartet wird ein offenerer Umgang der Gesellschaft mit den Bedürfnissen der Familie der Totgeburten. Zu gleich wird mit einer sinkenden Anzahl der Geburten und darüber hinaus mit einer Zunahme der Lebenserwartung gerechnet.

Zudem soll auch die Anzahl der Totgeburten in Deutschland, sowie in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg untersucht werden. Besonders Augenmerk liegt hierbei auf den Aspekt der Statistik und die Fragestellung ob in einem der beiden Bundesländer, ein im Verhältnis zu der Anzahl Lebendgeburten, eine höhere Anzahl an Totgeburten vorhanden ist. Generell wird ein Absinken der Anzahl an Totgeburten erwartet, dass auch zeitgleich mit dem Wandel der Gesellschaft in Bezug auf den Umgang mit den Totgeburten liegt.

Insgesamt soll gezeigt werden, dass ein gesellschaftlicher Wandel im Umgang mit Totgeburten stattgefunden hat.

2 Material und Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine medizinhistorische Arbeit. Es wird untersucht, inwieweit sich der gesellschaftliche Umgang mit Totgeburten verändert hat. Als konkrete Fragestellung wurde die Untersuchung des gesellschaftlichen Wandels im Umgang mit Totgeburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, formuliert. Zur Faktenerhebung wurde zunächst eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Weiterhin erfolgte eine Kontaktaufnahme mit dem Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen und dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg um entsprechenden Zugriff auf relevante statistische Daten zu erhalten. Es erfolgte die Übergabe von den aus den beiden Bundesländern relevanten Daten zu dem Thema Totgeburten. Ergänzend fand die Ermittlung der Datenlage in Bezug auf Totgeborene in Deutschland in der Online Datenbank des statistischen Bundesamtes statt, wodurch die Daten zu totgeborenen Kindern ergänzt wurden. Anschließend erfolgte die Sichtung des Buches „Gute Hoffnung, jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern“ von Hannah Lothrop, das eine zentrale Bedeutung für den Umgang mit Totgeburten darstellt. Nachfolgend wurde eine umfassende Literaturrecherche über Online-Datenbanken, wie zum Beispiel PubMed, Bibliothekskataloge und Zeitschriften verwendet, um weitere Hinweise zu dem aktuellen und dem zuvor herrschenden gesellschaftlichen Umgang mit Totgeburten zu recherchieren. Das gesamte Material der Literaturrecherche wurde schrittweise gesichtet. Es folgte eine Auswertung des gesichteten Materials. Die statistischen Daten der einzelnen Bundesländer, sowie von Deutschland wurden durch deskriptive Statistik ausgewertet. Zum Teil wurden hierzu Diagramme für eine bessere Übersicht und Einordnung erstellt. Abschließend erfolgte eine Analyse und Ableitung des Wandels der Gesellschaft im Umgang mit Totgeburten.

3 Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zum Thema Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit Totgeburten erörtert.

3.1 Definitionen

Um im Verlauf dieser Dissertation den gesellschaftlichen Wandel zum Thema Totgeburten aufzuzeigen, ist es wichtig, vorher auf die unterschiedlichen Definitionen einer Totgeburt einzugehen. Auch die Abgrenzung einer Totgeburt von einer Lebendgeburt und Fehlgeburt ist für die richtige Einordnung von Relevanz.

Im § 31 *Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt* der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung – PStV) werden für Deutschland die unterschiedlichen Begriffe zueinander abgegrenzt.

Laut der aktuellen Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes liegt eine Lebendgeburt vor, wenn nach der Geburt „das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat“²⁹. Von der gerade aufgeführten Definition der Lebendgeburt ist die Definition der Totgeburt abzuleiten, die nun folgt. Trifft keines der drei genannten Merkmale zu und das Neugeborene wiegt mindestens 500³⁰ Gramm, handelt es sich um eine Totgeburt. Per Definition handelt es sich auch um eine Totgeburt, wenn das Neugeborene unter 500 Gramm wiegt, aber bereits die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde³¹. Um eine Fehlgeburt handelt es sich, wenn das tote Kind unter 500 Gramm wiegt und noch nicht die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde³². Die genannte Definition ist seit 1994 gültig. Die Definition änderte sich mehrfach. Von 1938 bis 1957/1958 definierte als einziges Kriterium die natürliche Lungenatmung eine Lebendgeburt³³. Von 1957 an wurde in der Deutschen Demokratischen Republik der Herzschlag und die Lungenatmung als Kriterium für eine Lebendgeburt gewertet³⁴. Seit 1985 gilt in der Bundesrepublik Deutschland ein Lebensmerkmal als ausreichend, um das Neugeborene als Lebendgeburt zu klassifizieren³⁵.

Um die Statistiken der Totgeburten sinnvoll interpretieren zu können, ist es wichtig, auf die Kriterien für eine Lebendgeburt einzugehen. Denn durch die unterschiedlichen Kriterien kommt es zu einer unterschiedlichen Anzahl an registrierten Lebendgeburten und damit zu unterschiedlichen statistischen Aussagen. Beispielsweise durch eine Definition von Lebendgeburten, die Kriterien zu dem Geburtsgewicht und zu der Schwangerschaftsdauer

²⁹ § 31 Absatz 1 Satz 1 PStV.

³⁰ § 31 PStV.

³¹ Vgl. ebd.

³² Vgl. ebd.

³³ Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2015). Bekanntmachung einer Stellungnahme mit wissenschaftlicher Begründung der Strahlenschutzkommission (Einflussfaktoren auf das Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen unter besonderer Betrachtung der Wirkung ionisierender Strahlung – vom 17. Juli 2014). Verfügbar unter: https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?page.navid=official_starttoofficial_view_publication&session.sessionid=32936d30f4797e577a3f9e116ef02e81&fts_search_list.selected=a24558a9ddaf64d0&&fts_search_list.destHistoryId=31065&fundstelle=BAAnz_AT_17.04.2015_B2 [Zugriff am 01.06.2020].

³⁴ Vgl. ebd.

³⁵ Vgl. ebd.

enthält, im Vergleich zu einer Definition, die sich nur über das Geburtsgewicht definiert³⁶. Dadurch kann es dazu kommen, dass Frühgeborene nicht zu den Lebendgeburten, sondern zu den Fehlgeburten oder Totgeburten gezählt werden³⁷. (Frühgeburten werden über die Schwangerschaftsdauer definiert. Ein Neugeborenes, das „nach einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 28 vollendeten Wochen auf die Welt gekommen ist“³⁸, bezeichnet man als Frühgeburt.)

Von 1938 bis 1957/1958 galt als einziges Kriterium für die Definition einer Lebendgeburt die natürliche Lungenatmung. In der Zeit von 1957 bis 1990 galt in der Deutschen Demokratischen Republik nicht nur ein Kriterium als definierend für eine Totgeburt, sondern zwei Kriterien. Um ein Neugeborenes als Lebendgeburt zu bezeichnen musste die Lungenatmung und der Herzschlag vorhanden sein. In der Bundesrepublik Deutschland wurde bereits 1958 die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Empfehlung zur Definition von Lebendgeburten gesetzlich festgelegt. Diese besagte, dass eine Lebendgeburt bereits durch ein Lebensmerkmal definiert wird.³⁹

In der folgenden Tabelle wird zur besseren Übersicht die Definition einer Tot-, Fehl- und Lebendgeburt ab dem Jahr 1938 dargestellt.

Tabelle 1: Kriterien für eine Tot-, Fehl- und Lebendgeburt

Jahr	Kriterien für eine Lebendgeburt	Kriterien für eine Totgeburt	Kriterien für eine Fehlgeburt
Ab 1938	Natürliche Lungenatmung	Nichterfüllen der Kriterien für eine Lebendgeburt und Körperlänge ≥ 35 cm (Anmerkung: nicht das Geburtsgewicht für die Definition eines totgeborenen Kindes ist wichtig, sondern die Körperlänge des Neugeborenen)	Nichterfüllen der Kriterien für eine Lebendgeburt und Körperlänge < 35 cm (Anmerkung: nicht das Geburtsgewicht für die Definition eines fehlgeborenen Kindes ist wichtig, sondern die Körperlänge des Neugeborenen)
Ab 1975	Nur DDR: Herzschlag und Lungenatmung		

³⁶ Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

³⁷ Vgl. ebd.

³⁸ Ebd.

³⁹ Vgl. ebd. (gesamter Absatz).

Ab 1979		Nichterfüllen der Kriterien für eine Lebendgeburt und Gewicht: ≥ 1000 g	Nichterfüllen der Kriterien für eine Lebendgeburt und Gewicht: < 1000 g
Ab 1985	Nur BRD: erfüllt eins der drei Lebensmerkmale		
Ab 1994	Erfüllt eins der drei Lebensmerkmale („das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat“ ⁴⁰)	Erfüllt keins der drei Lebensmerkmale und Gewicht: ≥ 500 g	Erfüllt keins der drei Lebensmerkmale und Gewicht: < 500 g

Tabelle 1: Legende: cm = Zentimeter, g = Gramm, DDR = Deutschen Demokratischen Republik, BRD = Bundesrepublik Deutschland

Quelle: Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020a). Definition: Totgeborene. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=2104&suchstring=totgeborene&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=45022397&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522totgeborene%2522 [Zugriff: 01.06.2020]; Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

Zum Vergleich wurden in Frankreich die Kriterien für eine Lebendgeburt anhand der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation gewählt. Bis Februar 1993 war der Gesundheitszustand bei der Registrierung des Neugeborenen ausschlaggebend, um ein Neugeborenes als Lebendgeburt oder als Totgeburt zu klassifizieren⁴¹. Diese Definition richtet sich nicht nach dem Zustand des Neugeborenen bei der Geburt, wie es zum Beispiel in Deutschland damals und aktuell der Fall ist, sondern daran, wie sein Zustand zum

⁴⁰ § 31 Absatz 1 Satz 1 PStV.

⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

Zeitpunkt der Registrierung ist⁴². Die Registrierung der Neugeborenen konnte bis zu drei Tage nach der Geburt stattfinden⁴³. War das Neugeborene „zum Zeitpunkt der Registrierung lebendig“⁴⁴ wurde es als Lebendgeburt registriert. Das Kriterium für eine Totgeburt war, dass das Neugeborene „zum Zeitpunkt der Registrierung tot“⁴⁵ war. Dadurch wurden Neugeborene, die zwar lebendig geboren wurden, aber bis zum Zeitpunkt der Registrierung starben, auch als Totgeburt klassifiziert und in der Statistik als Totgeburt gewertet. Vergleichsweise ist in Deutschland der Zeitpunkt der Geburt ausschlaggebend für die Definition einer Totgeburt oder einer Lebendgeburt. In der vorliegenden Arbeit soll dies nun an einem Beispiel erläutert werden. Es wird von einem lebendgeborenen Kind ausgegangen, das zwei Tage nach der Geburt verstarb. In Frankreich würde das Kind, wenn die Registrierung drei Tage nach der Geburt stattfand, als Totgeburt klassifiziert werden, da in Frankreich in der Definition der Registrierungszeitpunkt entscheidend ist. In Deutschland, wo der Zeitpunkt der Geburt ausschlaggebend ist, wird das Kind als Lebendgeburt klassifiziert.

Die unterschiedlichen Definitionen von Tot- und Lebendgeburten haben einen wesentlichen Einfluss auf Zeitreihenvergleiche. Insbesondere auf die Berechnung der Perinatalsterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit, die nun im Folgenden erläutert werden. Die Säuglingssterblichkeit ist ein wichtiger Parameter. Durch ihn kann die gesundheitliche Verfassung der Bevölkerung betrachtet werden⁴⁶.

Der Begriff perinatal stammt aus dem Griechischen und bezieht sich auf „den Zeitraum kurz vor, während und kurz nach der Entbindung“⁴⁷. Bei der Perinatalsterblichkeit beziehen wir uns auf den oben genannten Zeitraum, wodurch es hier zur Einbeziehung der Tot- und Lebendgeburten kommt. Alle Neugeborenen, die bis zum siebten Tag versterben, wurden addiert und ins Verhältnis zu der Anzahl der Tot- und Lebendgeburten gesetzt⁴⁸.

Bei der Säuglingssterblichkeit werden die Totgeburten nicht mit eingerechnet, sie haben also keine Auswirkung auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit. Die Säuglingssterblichkeit „errechnet sich aus der Zahl im 1. Lebensjahr Gestorbenen multipliziert mit 1000 und dividiert durch die Zahl der Lebendgeborenen.“⁴⁹

Um die Relevanz der unterschiedlichen Definitionen darzustellen, ist Deutschland mit seiner früheren Teilung, in Deutschland-Ost und Deutschland-West, ein gutes Beispiel. Die unterschiedlichen Definitionen einer Lebendgeburt von Deutschland-Ost und Deutschland-West sind mit dafür verantwortlich, dass in Deutschland-Ost die Säuglingssterblichkeit nach

⁴² Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

⁴³ Vgl. ebd.

⁴⁴ Ebd.

⁴⁵ Ebd.

⁴⁶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020b). Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998. Kapitel 3.4 Säuglingssterblichkeit. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=829 [Zugriff am: 25.09.2020].

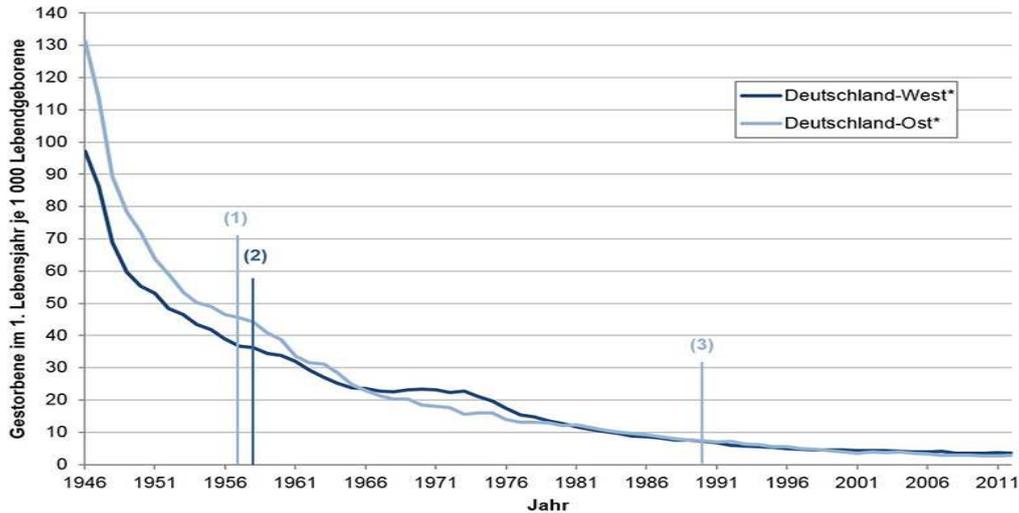
⁴⁷ Dudenredaktion. (2018). Stichwort: Perinatal. Duden online. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/155771/revision/155807> [Zugriff am 01.07.2020].

⁴⁸ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020a). Glossar: Perinatalsterblichkeit. Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/glossar.html?nn=9749528&cms_lv2=9749848 [Zugriff am 01.06.2020].

⁴⁹ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020b). Glossar: Säuglingssterblichkeit. Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/glossar.html?nn=9749528&cms_lv2=9749888 [Zugriff am 01.06.2020].

der Definitionsänderung episodisch unter der Säuglingssterblichkeit von Deutschland-West lag⁵⁰. Bei Vereinheitlichung der Definitionen zeigt sich ein Angleichen der Werte der Säuglingssterblichkeit⁵¹.

Abb. 1: Säuglingssterblichkeit in Deutschland-West und Deutschland-Ost



* ab 2001 jeweils ohne Berlin

Abb. 1: Legende: (1) = 1957 Definitionsänderung in Deutschland-Ost, (2) = 1958 Definitionsänderung in Deutschland West, (3) = 1990 Einheitliche Definition

Quelle: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

⁵⁰ Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

⁵¹ Vgl. ebd.

3.2 Rechtliche Aspekte

Nach der Geburt ihres toten Kindes stellen sich Eltern gegebenenfalls irgendwann die Frage, was passiert jetzt mit meinem Kind? Kann ich es taufen lassen? Darf ich es ins Familienbuch eintragen? Und kann ich mein Kind beerdigen lassen? Um diese für den gesellschaftlichen Wandel ausschlaggebenden Fragen geht es im folgenden Kapitel.

3.2.1 Die Taufe

Die Taufe ist das erste Sakrament, was ein Mensch mit christlichem Glauben erhalten kann. Es stellt die Aufnahme des Menschen in die Glaubensgemeinschaft der Christen dar. Dieses Sakrament geht auf die Taufe Jesus durch Johannes den Täufer zurück. Meistens erhalten bereits Säuglinge das erste Sakrament.⁵²

Das Sakrament der Taufe können nur Lebende erhalten. Totgeborene können das erste Sakrament nicht erhalten. Möglich ist es, Totgeborene zu salben und aussegnen zu lassen. Des Weiteren ist es möglich, ein eigenes Ritual zu erschaffen. Für viele Eltern ist die Taufe ebenfalls ein Ritual, um die Namensgebung anzuerkennen. Bei den eigenen Ritualen ist es für die Eltern besonders wichtig, Erinnerungen an ihr Kind entstehen zu lassen und für Angehörige den frühen Tod des Kindes begreiflich zu machen. Bei Neugeborenen, die in Lebensgefahr sind, ist eine Nottaufe möglich. Die Nottaufe darf durch einen Laien, nicht wie sonst üblich, durch einen Pfarrer, vollzogen werden.⁵³

3.2.2 Das Namensrecht

Die Möglichkeit der Vergabe des Namens wird über das Namensrecht geregelt. Das Namensrecht unterscheidet zwischen Lebend-, Tot- und Fehlgeburten. Alle lebend geborenen Kinder werden gewichtsunabhängig in das Geburtsregister eingetragen und erhalten einen Vornamen und einen Nachnamen. Bei totgeborenen Kindern wird lediglich das Geschlecht in das Geburtenregister und die Geburtsurkunde eingetragen. Auf Wunsch der Eltern kann seit 1998 darüber hinaus der Name des totgeborenen Kindes eingetragen werden. Seit Mai 2013 ist es für Eltern von fehlgeborenen Kindern möglich, beim Standesamt eine entsprechende Bescheinigung zu erhalten. Es werden der Name, das Geschlecht, der Geburtsort und der Geburtstag eingetragen.⁵⁴

3.2.3 Die Bestattungsgesetze

Die Bestattungsgesetze sind in Deutschland durch die einzelnen Bundesländer selbst vorgegeben. Diese sind teils sehr unterschiedlich. Generell wird die Bestattungspflicht von

⁵² Vgl. katholisch.de (30.03.2016). Informationen und Materialien rund um das Sakrament der Taufe, Die Taufe – Das sollten Sie wissen!. Verfügbar unter: <https://www.katholisch.de/artikel/4500-taufe> [Zugriff am: 06.07.2020]. (gesamter Absatz).

⁵³ Vgl. Lothrop, H. (2007). Gute Hoffnung, jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern (13. Auflage). München: Kösel, S. 89 ff. (gesamter Absatz).

⁵⁴ Vgl. Initiative Regenbogen Glücklose Schwangerschaft e.V. (o. J.). Gesetze – Namensrecht. Verfügbar unter: <http://initiative-regenbogen.de/namensrecht.html> [Zugriff am 11.09.2020]. (gesamter Absatz).

dem Bestattungsrecht abgegrenzt. Besonders bei der Betrachtung der Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg sind diese unterschiedlich.

3.2.3.1 Die Bestattungsgesetze in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen existiert für Totgeborene und Fehlgeburten keine Bestattungspflicht. Es besteht jedoch ein Bestattungsrecht für Totgeborene und für Fehlgeburten. Über dieses Recht muss mindestens ein Elternteil durch das Klinikpersonal hingewiesen werden, wenn die Geburt in einer Klinik stattfindet. Für das Bestattungsrecht reicht es aus, wenn ein Elternteil sich für die Bestattung des Kindes entscheidet. Sind beide Elternteile gegen eine Bestattung, muss die Klinik Tot- und Fehlgeburten in angemessener Weise sammeln und bestatten. Dabei werden die Kosten durch die Klinik getragen.⁵⁵

3.2.3.2 Die Bestattungsgesetze in Baden-Württemberg

Die Bundesländer Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen unterscheiden sich in dem Punkt der Bestattungspflicht. In Baden-Württemberg besteht eine Bestattungspflicht für Totgeborene, also für Neugeborene mit einem Gewicht von mindestens 500g. In Nordrhein-Westfalen besteht keine Bestattungspflicht. In Baden-Württemberg besteht wie in Nordrhein-Westfalen ein Bestattungsrecht für Fehlgeburten. Es ist ebenfalls gesetzlich geregelt, dass die Eltern auf dieses Bestattungsrecht durch die Klinik hingewiesen werden müssen. Wenn kein Elternteil von dem Bestattungsrecht Gebrauch macht, ist in Baden-Württemberg die Klinik, in der das Kind geboren wurde, für die Bestattung zuständig.⁵⁶

3.2.3.3 Besonderheiten der Bestattung

Wie bereits erwähnt bei dem Vergleich der Bestattungsgesetze von Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, sind Bestattungsgesetze Ländersache. Bremen sticht bei Betrachtung der Bestattungsgesetze hervor, denn Bremen ist aktuell das einzige Bundesland, in dem es kein Bestattungsrecht für Fehlgeburten gibt⁵⁷. In allen anderen Bundesländern ist ein Bestattungsrecht sowohl für Totgeburten als auch für Fehlgeburten vorhanden⁵⁸. Das heißt, Bremen ist das einzige Bundesland in dem die Eltern ihre Fehlgeburt nicht bestatten dürfen.

Nicht nur Bremen sticht bei näherer Beleuchtung der Thematik der Bestattung hervor. 1998 sorgte der Artikel „Infektiöser Müll“ von Viola Roggenkamp in Deutschland für Aufsehen. In diesem Artikel geht es um die Entsorgung von Fehlgeburten und Totgeburten. Bis Ende der siebziger Jahre hatten Krankenhäuser eigene Verbrennungsanlagen. Über diese wurden bis dahin menschliche Überreste verbrannt.⁵⁹

⁵⁵ Vgl. § 14 Absatz 2 BestG NRW. (gesamter Absatz).

⁵⁶ Vgl. § 30 Absatz 1 und 2 BestattG BW. (gesamter Absatz).

⁵⁷ Vgl. § 1 Absatz 2 Brem.GBL.

⁵⁸ Vgl. Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur (o.J.). Sternenkinder – Regelungen/Gesetze der Bundesländer – Übersicht. Verfügbar unter: https://www.aeternitas.de/inhalt/kind_tod_trauer/sternenkinder/sternenkinder_rechtliches/bundeslandregelungen [Zugriff am 06.07.2020].

⁵⁹ Vgl. Roggenkamp, V. „Infektiöser Müll“ wie Totgeburten entsorgt werden (1998). In: DIE ZEIT, 32/1998, 30.06.1998. Verfügbar unter: https://www.zeit.de/1998/32/Infektioeser_Muell/komplettansicht [Zugriff am 11.09.2020]. (gesamter Absatz).

Die Verbrennungsanlagen produzierten zu viel Dioxin (Dioxine, sind unerwünschte, hochgiftige Verbindungen, die bei Verbrennungsprozessen entstehen⁶⁰), weshalb das zu verbrennende Material nun gesammelt und als Sondermüll verbrannt wurde. Zu dem zu verbrennenden Material gehörten Blut, Körperteile, die aus Amputationen stammen, und Tot- und Fehlgeburten. Diese Entsorgung ist sehr kostenintensiv, wodurch viele Krankenhäuser eine Alternative fanden. Die Alternative ist das sogenannte Drauschke-Verfahren gewesen. Hier werden unter anderem Keime durch Hitze zerstört und anschließend in einer Drehtrommel zu Granulat weiterverarbeitet. Dieses Granulat kann dann mit dem Hausmüll verbrannt werden. Die am Ende des Prozesses verbleibende Schlacke wurde an Straßenbauunternehmen verkauft.⁶¹

Das Thema entwickelte starkes mediales Interesse. Denn wie oben beschrieben, wurde das totgeborene oder fehlgeborene Kind durch die Klinik bestattet, wenn die Eltern nicht ihr Bestattungsrecht wahrnahmen⁶².

Auffällig ist noch eine weitere deutschlandweite Entwicklung. Auf Friedhöfen sind vermehrt Grabstätten für Tot- und Fehlgeburten errichtet worden. Dort können Eltern und Angehörige angemessen trauern. Die Gebühren für eine Bestattung fallen dadurch geringer aus oder werden sogar durch Initiativen, die sich für Fehl- und Totgeburten einsetzen, übernommen.⁶³

⁶⁰ Vgl. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (o.J.). Dioxine und andere langlebige organische Verbindungen. Verfügbar unter: https://www.bvl.bund.de/DE/Arbeitsbereiche/01_Lebensmittel/02_UnerwuenschteStoffeOrganismen/05_Dioxine/Im_dioxineUndAndere_node.html [Zugriff am: 24.11.2020].

⁶¹ Vgl. Roggenkamp, 1998. (gesamter Absatz).

⁶² Vgl. § 14 Absatz 2 BestG NRW.

⁶³ Vgl. Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur (o. J.). Fehl-, Früh- und Totgeburten: „Sternenkinder“. Verfügbar unter: https://www.aeternitas.de/inhalt/kind_tod_trauer/sternenkinder/index_html [Zugriff am 06.07.2020]. (gesamter Absatz).

3.3 Medizinische Aspekte

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf den medizinischen Aspekten. Gibt es ein Klassifikationssystem für Totgeburten? Wie kann man versuchen, einer Totgeburt vorzubeugen? Mit diesen und weiteren Aspekten wird sich das folgende Kapitel befassen.

3.3.1 Diagnose der Totgeburt

Diagnostiziert wird der Tod der Feten durch die Kardiotokographie (auch CTG genannt)⁶⁴. Bei der Kardiotokographie wird die Herzfrequenz des Kindes registriert und in dem so genannten Kardiotokogramm aufgezeichnet. Diese Aufzeichnung wird durch verschiedene endogene und exogene Faktoren beeinflusst. Zu diesen gehören die kindlichen Bewegungsmuster, die Uterusaktivität, die Körperhaltung der Mutter und viele weitere Faktoren.⁶⁵

Bei einem toten Fetus fehlen die Herztöne im Kardiotokogramm. Die Diagnose fehlender Herztöne wird zusätzlich durch eine Ultraschalluntersuchung gestützt. Im Falle eines toten Fetus sind im Ultraschall keine Herztöne ableitbar. Die Diagnose sollte möglichst von einem weiteren Arzt bestätigt werden.⁶⁶

3.3.2 Klassifikationssysteme

Beginnend mit der Frage, ob es überhaupt ein Klassifikationssystem gibt, ist diese zu bejahen. Es gibt 35 verschiedene Klassifikationssysteme, wovon später zwei bedeutende näher erläutert werden. Von diesen 35 Klassifikationssystemen wird aber kein Klassifikationssystem weltweit einheitlich genutzt.⁶⁷

Durch die Klassifizierungssysteme soll ein großer Informationspool entstehen. Dieser Informationspool kann ausgewertet werden und gibt einen Überblick über die Häufigkeit der einzelnen Ursachen. Die Menge an Informationen, die durch die Klassifizierung entsteht, kann dafür sorgen, dass sich die Möglichkeit ergibt festzustellen, wo es eventuell durch Fortentwicklung oder Umgestaltung eines Aspektes oder Prozesses zu einer Reduzierung der Anzahl an toten Neugeborenen kommen kann. Wichtig ist, dass bei einem guten Klassifikationssystem die Möglichkeit besteht, alle toten Neugeborenen einzuordnen. Im besten Fall steht bei keinem toten Neugeborenen, dass die Todesursache fraglich ist. Dieser Abschnitt bezieht sich bewusst auf tote Neugeborene und nicht auf Totgeborene. Die Definition von Totgeburten ist nicht global. Dadurch beziehen sich viele der Systeme nicht nur auf Totgeburten, sondern auch auf die perinatal verstorbenen Neugeborenen.⁶⁸

⁶⁴ Vgl. Deximed (o.J.) Intrauteriner Fruchttod. Verfügbar unter:

<https://deximed.de/home/b/schwangerschaft-geburtshilfe/schwangerschaft/gestoerte-schwangerschaft/intrauteriner-fruchttod/> [Zugriff am: 01.07.2020].

⁶⁵ Vgl. Gnirs, J. (2018). Wertigkeit der Dopplersonographie im Vergleich zu anderen

Überwachungsverfahren. In: H. Steiner, K-T. M. Schneider (Hrsg.), Dopplersonographie in Geburtshilfe und Gynäkologie. (4. Auflage, S. 220). Berlin, Heidelberg: Springer. (gesamter Absatz).

⁶⁶ Vgl. Deximed: Intrauteriner Fruchttod. (gesamter Absatz).

⁶⁷ Vgl. Nappi, L., Trezza, F., Bufo, P., Riezzo, I., Turillazzi, E., Borghi, C., Bonaccorsi, G., Scutiero, G., Fineschi, V., & Greco, P. (2016). Classification of stillbirths is an ongoing dilemma, *Journal of Perinatal Medicine*, 44(7), S. 837-843. (gesamter Absatz).

⁶⁸ Vgl. Nappi et al, 2016, S. 837-843. (gesamter Absatz).

Infolgedessen müssen Statistiken zu den Klassifikationssystemen mit diesem Wissen ausgewertet werden und können sich nicht nur auf die Totgeburten konzentrieren.⁶⁹

3.3.2.1 Die Wigglesworth-Klassifikation

Die Wigglesworth-Klassifikation ist von den 35 Klassifikationssystemen das bekannteste Klassifikationssystem⁷⁰. Es wurde bereits 1980 entwickelt. Dieses Klassifikationssystem konzentriert sich primär auf die perinatale Mortalität. Für ihn spielte es keine Bedeutung, die genaue Ursache zu ermitteln, an der das Kind verstorben ist. Wigglesworth wollte durch seine Klassifikation Faktoren herausfinden, die es ihm ermöglichen, die perinatale Mortalität zu senken. Des Weiteren wollte er Faktoren in seiner Klassifikation benutzen, die eindeutig definiert sind, so dass jeder Pathologe den Befund eines toten Kindes gleich bewerten würde. Bei der Erstellung dieser Klassifikation war es Wigglesworth wichtig, dass anhand der Einteilung in die verschiedenen Kategorien eine zu der Kategorie passende Folge ausgeführt wurde und zum Beispiel nochmal die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen begutachtet wurden. In dieser Klassifikation wird das Gestationsalter nicht berücksichtigt.⁷¹

Tabelle 2: Wigglesworth-Klassifikation modifiziert nach Nappi, L.

Normal geformte mazerierte Totgeburten – Tod präpartal
Angeborene fetale Fehlbildungen
Erkrankungen assoziiert mit fetaler Unreife
Entwicklung asphyktischer fetaler Zustände während der Geburt
Sonstige spezifische Umstände außer den oben genannten

Quelle: Toth, B. (2017). Totgeburten: Risikofaktoren und Klassifikationen. In: Toth, B. (Hrsg.), Fehlgeburten Totgeburten Frühgeburten - Ursachen, Prävention und Therapie (1. Auflage, S. 298). Berlin Heidelberg: Springer.

3.3.2.2 Die ReCoDe Klassifikation

Die zweite Klassifikation ist die „relevant condition at death (ReCoDe)“⁷²-Klassifikation. Sie wurde einige Jahre nach der Wigglesworth-Klassifikation erstellt und enthält deutlich mehr Details. Sie beruht auf einer Studie, die in der englischen Region West Midlands in einer Zeitspanne von sieben Jahren stattfand. Dabei analysierte man alle Totgeburten aus dieser Region. Ziel dieser Klassifikation ist es, den genauen Zeitpunkt des Todes zu evaluieren und zu analysieren, was zu diesem Zeitpunkt geschehen ist. Insgesamt wird die ReCoDe-Klassifikation in neun Gruppen eingeteilt. Zu jeder Gruppe gehören weitere Unterklassifikationen.⁷³

⁶⁹ Vgl. Nappi et al, 2016, S. 837-843.

⁷⁰ Vgl. Beinder, E. & Bucher, H. (2008). Totgeburt und plötzlicher Kindstod. *Der Gynäkologe* 41, S. 287.

⁷¹ Vgl. Wigglesworth, J. S. (1980). Monitoring perinatal mortality. A pathophysiological approach. *The Lancet* 2(8196), S. 684–686. (gesamter Absatz).

⁷² Gardosi, J., Kady, S., McGeown, P., Francis, A., Tonks, A. (2005). Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study, *The BMJ* 331:1113.

⁷³ Vgl. ebd. (gesamter Absatz).

Die neun Gruppen lauten:

Tabelle 3: ReCoDe-Klassifikation

Fetus	Mutter
Nabelschnur	Intrapartum
Plazenta	Trauma
Fruchtwasser	Nicht klassifiziert
Uterus	

Quelle: Toth, B. (2017). Totgeburten: Risikofaktoren und Klassifikationen. In: Toth, B. (Hrsg.), Fehlgeburten Totgeburten Frühgeburten - Ursachen, Prävention und Therapie (1. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer, S. 299 f.

Im Vergleich der Klassifikationssysteme fällt auf, dass bei der ReCoDe-Klassifikation im Gegensatz zu der Wigglesworth-Klassifikation deutlich weniger Totgeburten nicht klassifiziert werden können⁷⁴. Bei der Wigglesworth-Klassifikation können bei der gleichen Kohorte insgesamt 66 %⁷⁵ der Totgeburten nicht zugeordnet werden, währenddessen bei der ReCoDe-Klassifikation nur 15 %⁷⁶ nicht einordbar sind. Das Analysieren der Ursache ist von Bedeutung, um im Anschluss daran die häufigsten Ursachen weiter zu erforschen und Methoden zur Vorbeugung auszuarbeiten.⁷⁷

3.3.3 Ursachen einer Totgeburt

Die aktuell bekannten Ursachen einer Totgeburt werden in drei Kategorien eingeteilt. Es kann zu einer Totgeburt durch eine fetale, eine maternale oder eine plazentare Ursache kommen⁷⁸. Bei der Untersuchung von 487 Totgeburten und den dazugehörigen Plazenten der 13. bis 41. Schwangerschaftswoche wurde nach Völker bei ungefähr der Hälfte der Totgeburten eine plazentare Ursache festgestellt, bei einem Viertel der Totgeburten eine fetale und bei einem Achtel der Fälle eine plazentare und fetale Ursache⁷⁹.

3.3.3.1 Fetale Ursachen

Zu den fetalen Ursachen gehören zum Beispiel die fetalen Chromosomenanomalien. Die häufigsten Aneuploidien (Aneuploidie, ist eine Genommutation, bei der ein Chromosom fehlt oder zusätzlich im Genom vorhanden ist⁸⁰) sind die Aneuploidien, die auch bei Lebendgeburten vorkommen. Dazu gehören die Trisomien der Chromosomen 13, 18 und 21 und die Monosomie des Chromosoms X. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die

⁷⁴ Vgl. Gardosi et al., 2005.

⁷⁵ Ebd.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ Vgl. ebd.

⁷⁸ Vgl. McPherson, E. (2016). Recurrence of stillbirth and second trimester pregnancy loss. American Journal of Medical Genetics Part A 170A, S. 1175.

⁷⁹ Vgl. Völker, U. (1992). Gewichts- und Größenvergleich von Plazenten und Feten bei intrauterinem Fruchttod. Perinatalmedizin 4, S. 8-16.

⁸⁰ Vgl. Spektrum.de. Kompaktlexikon der Biologie. Aneuploidie (o.J.). Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie-kompakt/aneuploidie/640> [Zugriff am: 24.11.2020].

Aneuploidien aktuell noch unterschätzt werden, da eine Karyotypisierung nicht bei jedem Totgeborenen stattfindet.⁸¹

Des Weiteren zählen fetale Syndrome mit hoher fetaler Sterblichkeit, wie zum Beispiel die Anencephalie, zu den fetalen Ursachen. Eine weitere Subkategorie sind Malformationen, die das zentrale Nervensystem betreffen. Die letzte Subkategorie bezieht sich auf den Blutverlust der Fetus oder auf einen fetalen Tumor, der lebenswichtige Organe bedroht.⁸²

3.3.3.2 Maternale Ursachen

Die maternalen Ursachen lassen sich in zwei Kategorien einteilen. Die erste Kategorie sind die Infektionen und die andere Kategorie sind zu früh eintretende Ereignisse.⁸³

3.3.3.2.1 Infektionen

Durch eine mütterliche Infektion, zum Beispiel mit Toxoplasmose, kann es zum Tod des Fetus kommen. Viele Infektionen treten bei der Mutter klinisch inapparent auf, können aber den Fetus gefährden. Diese Gefährdung kann in zwei Formen auftreten. Zu einem kann es zu einer direkten Schädigung des Fetus kommen oder zu einer Frühgeburt, einem Abort oder einer Infektion mit Spätfolgen. Deshalb ist es wichtig, frühestmöglich die potentielle Infektion der Mutter zu diagnostizieren, um dann eine entsprechende Therapie einzuleiten.⁸⁴ Besteht während der Schwangerschaft ein Verdacht auf eine Infektion oder eine fetale Schädigung, wird die sogenannte „TORCH-Serologie“⁸⁵ durchgeführt. Das T steht dabei für Toxoplasmose, das O für weitere Krankheiten, wie zum Beispiel Hepatitis oder HIV, das R für Röteln, C für Zytomegalie und das H für das Herpes-simplex-Virus. Auch ohne Symptome werden Schwangere in der Schwangerschaft auf bestimmte Infektionskrankheiten untersucht. Hierzu gehören unter anderem Hepatitis B, Chlamydia trachomatis und HI-Virus.⁸⁶

3.3.3.2.2 Zu früh eintretende Ereignisse

Die zweite mütterliche Ursache sind zu früh eintretende Ereignisse, hier gemeint vor der 24ten Schwangerschaftswoche eintretende Ereignisse, wie Wehen oder ein Einriss der Fruchtblase⁸⁷.

3.3.3.3 Plazentare Ursachen

Die dritte Kategorie von Ursachen bei Totgeburten beziehen sich auf die Plazenta. Hierzu gehört die Plazentainsuffizienz, vorzeitige Plazentalösung und Obstruktionen der Nabelschnur⁸⁸.

⁸¹ Vgl. Beinder, E. & Bucher, H., 2008, S. 287. (gesamter Absatz).

⁸² Vgl. McPherson, 2016, S. 1175. (gesamter Absatz).

⁸³ Vgl. ebd. (gesamter Absatz)

⁸⁴ Vgl. Lasch, L. & Fillenberg, S. (2017). Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 209. (gesamter Absatz).

⁸⁵ Ebd.

⁸⁶ Vgl. ebd.

⁸⁷ Vgl. McPherson, 2016, S. 1175.

⁸⁸ Vgl. ebd.

3.3.4 Erfolgreich bekämpfte Ursachen

Ein Beispiel für die Reduzierung der Totgeburtenrate ist das Versterben der Feten durch eine Rhesusinkompatibilität. Durch eine Rhesusprophylaxe und entsprechende Therapie hat die Totgeburtenrate durch Rhesusinkompatibilität um 95 % abgenommen.⁸⁹ Sieben bis neun Prozent aller rhesusnegativen Mütter mit rhesuspositiven Kindern würden ohne Anti-D-Prophylaxe Rhesusantikörper bilden⁹⁰. Die von der Mutter gebildeten Antikörper greifen dann die rhesuspositiven Blutkörperchen im Blut des Fetus an. Diese Reaktion kann im Folgenden zu einer Anämie und weiteren schwerwiegenden Folgen, die auch tödlich enden können, führen.⁹¹ Der gleiche Anteil an Frauen bildet Rhesusantikörper, die aber unter der klinischen Nachweisgrenze liegen. 1960 wurde die Rhesus-D-Prophylaxe eingeführt. Seitdem ist die hämolytische Krankheit (Morbus haemolyticus neonatorum) bei den Feten und Neugeborenen seltener aufzufinden.⁹² Als weiteres Beispiel ist auch die Präeklampsie zu nennen⁹³.

⁸⁹ Vgl. Beinder & Bucher, 2008, S. 290.

⁹⁰ Vgl. Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.-T. M. (2016, S. 616). Die Geburtshilfe (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.

⁹¹ Vgl. Der Spiegel (03.02.1965). Rhesus-Faktor. Rettung bei Rh-Zwist. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/spiegel/print/d-46169326.html> [Zugriff am:19.11.2020]. (gesamter Absatz).

⁹² Vgl. Schneider, Husslein, Schneider, 2016, S. 616.

⁹³ Vgl. Beinder & Bucher, 2008, S. 290.

3.4 Soziale Aspekte

Im Vergleich ausgewählter Todesursachen der Allgemeinbevölkerung von 1910 mit 2010 fällt sofort auf, dass im Jahr 1910 häufige Todesursachen, wie zum Beispiel die Infektionskrankheit Tuberkulose, zum heutigen Zeitpunkt nur noch eine geringe Rolle in Bezug auf die häufigsten Todesursachen einnehmen. Gleichzeitig hat sich die Zahl der an bösartigen Neubildungen gestorbenen Menschen in 100 Jahren mehr als verdreifacht.⁹⁴

3.4.1 Konzept des Epidemiologischen Übergangs

Die Entwicklung, dass 1910 andere Todesursachen relevant waren als 2010, lässt sich nicht nur anhand der oben genannten Beispiele zeigen. Bereits 1970 hat Abdel R. Omran unter anderem diese Entwicklung analysiert und in seinem vorgeschlagenen Konzept des Epidemiologischen Übergangs festgehalten. In diesem Konzept werden nicht nur die Veränderungen der Todesursachen betrachtet, sondern auch die Sterbeziffer.⁹⁵

Die Sterbeziffer gibt die Anzahl der Gestorbenen in Bezug auf die Bevölkerung, meist je 100 000 Einwohner pro Jahr, wieder⁹⁶. Bei Betrachtung der Sterbeziffer in Deutschland von 1841 bis 2016 zeigt sich ein Absinken der Sterbeziffer⁹⁷. Um 1850 lag die Sterbeziffer noch bei 28⁹⁸ Gestorbenen je 1000 Einwohner, währenddessen 2006 die Sterbeziffer bei circa elf⁹⁹ Gestorbenen je 1000 Einwohner lag.

In dem Konzept von Abdel R. Omran werden „Wechselwirkungen zwischen dem durchschnittlichen Gesundheitszustand einer Bevölkerung und dem sozioökonomischen Wandel“¹⁰⁰ beschrieben. Sein Konzept wird in drei Phasen unterteilt, die bestimmte Zeitabschnitte definieren¹⁰¹. Mittlerweile gibt es aber Erweiterungen beziehungsweise Ergänzungen, wozu im Folgenden der Arbeit noch einmal näher eingegangen wird¹⁰².

Phase drei ist noch nicht abgeschlossen und der Beginn von Phase eins ist offen. Das Ende der Phase eins, beziehungsweise der Beginn der Phase zwei ist für Deutschland um

⁹⁴ Vgl. Spree, R. (2015). Gesundheitswesen. In: Rahlf, Thomas (Hrsg.): Deutschland in Daten. Zeitreihen zur Historischen Statistik (S. 80), Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/deutschland-in-daten/220134/todesursachen> [Zugriff am: 10.07.2020]. (gesamter Absatz).

⁹⁵ Vgl. Vögele, J. (2014). Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte, In: M. Thießen (Hrsg.). Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert (Historische Zeitschrift Beihefte N.F., Band. 64). Berlin/München, S. 29-49.

⁹⁶ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020c). Definition: Sterbeziffer. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8400010 [Zugriff am 10.07.2020].

⁹⁷ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018a). Fakten: Diagramm: Gestorbene und rohe Sterbeziffer in Deutschland, 1841 bis 2016. Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S01-Gestorbene-Sterbeziffer-ab-1841.html> [Zugriff am: 10.07.2020].

⁹⁸ Ebd.

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Vögele, 2014, S. 31.

¹⁰¹ Vgl. Vögele, J. (Hrsg.) Koppitz, U. & Umehrrara, H. (2016). Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive, Edition Centaurus – Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Wiesbaden: Springer Fachmedizin, S. 5.

¹⁰² Vgl. Vögele, 2014, S. 34 f.

1820/1830 datiert. Als Outcome für das Ende der Phase zwei zählt der Übergang in das 20. Jahrhundert oder die Jahre um 1920.¹⁰³

In der ersten Phase ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt sehr niedrig. Die Lebenserwartung beträgt zwischen 20 und 40 Jahren. Gleichzeitig geht die niedrige Lebenserwartung mit einer hohen und schwankenden Sterbeziffer einher. In dieser ersten Phase ist die Bevölkerung durch Seuchen und Hungersnöte bedroht. Infolgedessen ist das Bevölkerungswachstum sehr gering. In der zweiten Phase, die auch als Übergangsphase bezeichnet wird, nimmt die Sterbeziffer langsam ab. Die Anzahl der Seuchen, also der sich schnell ausbreitenden und ansteckenden Infektionskrankheiten, wird geringer und die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt steigt auf 50 Jahre an. Durch die abnehmende Sterbeziffer kommt es zu einem Bevölkerungswachstum. In der letzten und bis heute fortbestehenden Phase drei liegt die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt bei mehr als 70 Jahren.¹⁰⁴ Diese Phase ist von „degenerativen und gesellschaftlich verursachten Krankheiten („*man-made-diseases*)“¹⁰⁵ gekennzeichnet. Als Beispiele degenerativer Erkrankungen sind kardiovaskuläre Erkrankungen zu nennen, während Diabetes mellitus zu den gesellschaftlich verursachten Krankheiten zählt. In dieser Phase ist das Bevölkerungswachstum gering¹⁰⁶.

Auffällig ist, dass durch die Zunahme der Bevölkerungszahl und damit einhergehend die Zunahme der Bevölkerungsdichte die sogenannten „*Human-Crowd-Diseases*“¹⁰⁷ (vor allem Pocken, Masern, Scharlach und Keuchhusten) zu Kinderkrankheiten wurden. Vor dem 19. Jahrhundert waren von diesen Krankheiten alle Altersgruppen betroffen¹⁰⁸.

Bei Betrachtung dieses Konzepts ist es wichtig zu beachten, dass Omran dieses Modell ohne die Daten von Afrika entwickelte. Dadurch werden in diesem Konzept die Infektionskrankheiten Malaria und Tuberkulose kaum berücksichtigt. Des Weiteren schließt Omran durch seine Beschränkung der Daten auf Nord-West- beziehungsweise Westeuropa den steigenden Stellenwert der gastrointestinalen Erkrankungen in dem Rest Europas aus. Gastrointestinale Erkrankungen bedrohen vor allem das Leben von Säuglingen und Kleinkindern. Gastro-Intestinale Erkrankungen waren sogar eine häufigere Todesursache als Tuberkulose und weitere Erkrankungen der Atmungsorgane. Ein zweiter wichtiger Punkt wäre bei der Erweiterung dieses Konzepts das Humane-Immundefizienz-Virus. An dem HI-Virus, einer Infektionskrankheit, starben in den 1980er Jahren über 37 Millionen Menschen. Durch diese neue Infektionskrankheit haben wiederum ältere Infektionskrankheiten, wie die Tuberkulose, an Bedeutung gewonnen.¹⁰⁹ Denn das HI-Virus schädigt das Immunsystem, wodurch der Patient wieder anfälliger für Erkrankungen wird, die bei nicht infizierten Menschen unproblematisch verlaufen oder sogar gar nicht auftreten¹¹⁰.

¹⁰³ Vgl. Vögele, J. (2000). Der Epidemiologische Übergang: Modell und empirische Befunde. In: Beiträge zur historischen Sozialkunde Jg. 30 Nr. 3: Bevölkerung und Industrialisierung: Zur Frage des demographischen Übergangs. Wien: Verlag für Geschichte und Sozialkunde, S. 110. (gesamter Absatz).

¹⁰⁴ Vgl. ebd. (gesamter Absatz).

¹⁰⁵ Ebd.

¹⁰⁶ Vgl. ebd.

¹⁰⁷ Ebd.

¹⁰⁸ Vgl. ebd. S. 110 f.

¹⁰⁹ Vgl. Vögele, 2016, S. 6 f. (gesamter Absatz).

¹¹⁰ Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2020). Glossar: HIV und AIDS. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/aidshiv.html> [Zugriff am: 20.07.2020].

Das Konzept des Epidemiologischen Übergangs verdeutlicht, dass in der aktuellen Phase es deutlich weniger Geburten gibt und damit vermeintlich der Handlungsdruck für einen Gesellschaftlichen Wandel sinkt.

3.4.2 Reduzierung der Sterblichkeit

Der Grund, warum die Sterblichkeit zurückging, ist bislang ungeklärt. Zunächst ging man davon aus, dass der Sterblichkeitsrückgang auf Entwicklungen in der Medizin zurückzuführen ist. Thomas McKeown ging in seiner Arbeit 1976 auf den Sterblichkeitswandel ein und beendete seine Arbeit mit dem Ergebnis, dass die Entwicklung der Medizin nicht der Grund für die Reduzierung der Sterblichkeit ist.¹¹¹ Er thematisiert die Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse durch soziale und wirtschaftliche Veränderungen¹¹².

McKeown erforschte diese Theorie an englischen Fallbeispielen, dabei entwickelte er „ein einfaches Risikomodell mit vier unabhängigen Variablen und gewichtete diese für verschiedene Todesursachen“¹¹³. Dabei beobachtete McKeown, dass bereits vor der Erfindung von medizinischen Therapien in England eine große Anzahl von vorher relevanten Todesursachen deutlich zurückging. Der Grund dafür sei vor allem die deutlich besser erfüllten Ernährungsbedürfnisse, dies ist durch die Industrialisierung ermöglicht worden. Besonders am Beispiel der Infektionskrankheit der Tuberkulose zeigte sich eine Reduktion der Sterblichkeit im Zusammenhang mit der Verbesserung der Ernährung. Zusätzlich seien durch die Zunahme des Lebensstandards die Gesundheitsverhältnisse gestiegen. Als zweite wichtige Komponente beschreibt McKeown die Entwicklung von hygienischen Maßnahmen wie die sanitären Reformen. Diese führten vor allem zu einer Reduzierung von Erkrankungen im gastrointestinalen Bereich. Als letzten, nicht unbedeutenden Punkt, sieht McKeown die sinkende Virulenz einzelner Krankheitserreger. Dennoch sieht McKeown bei Erkrankungen wie Diphtherie und Pocken die medizinischen Entwicklungen als entscheidend an.¹¹⁴

3.4.3 Historischer Kontext

Bevor im Folgenden der Arbeit auf den historischen Kontext eingegangen wird, ist es wichtig den Anteil der Totgeborenen in Bezug auf 1000 Lebendgeborene zeitlich darzustellen, um diesen mit dem gesellschaftlichen Wandel verknüpfen zu können.

1841 bis 1875 lag die Anzahl der Totgeborenen je 1000 Lebendgeborene bei circa 40¹¹⁵. Von 1875 an reduzierte sich die Zahl der Totgeborenen fast kontinuierlich. Lediglich in den Kriegsjahren stieg die Anzahl der Totgeburten im Verhältnis zu 1000 Lebendgeborenen wieder an.¹¹⁶ Seit ungefähr 1991 liegt die Zahl der Totgeborenen bei etwa vier¹¹⁷ von 1000 Lebendgeborenen.

¹¹¹ Vgl. Vögele, 2000, S. 113. (gesamter Absatz).

¹¹² Vgl. Vögele, 2014, S. 35.

¹¹³ Ebd.

¹¹⁴ Vgl. Vögele, 2014, S. 35 f. (gesamter Absatz).

¹¹⁵ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018b). Totgeborene je 1.000 Lebend- und Totgeborene in Deutschland, 1841-bis 2016. Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S15-Totgeborene-je-Geburt-ab-1841.html> [Zugriff am: 11.07.2020].

¹¹⁶ Vgl. ebd.

¹¹⁷ Ebd.

Zunächst wird in der hier vorliegenden Arbeit die gesellschaftliche Situation in dem Jahr 1871 erörtert und dann der gesellschaftliche Wandel beschrieben. 1871 erfolgte die Gründung des Deutschen Reiches. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete die Hälfte der Bevölkerung im Bereich der Landwirtschaft. Zudem waren auch viele Handwerker im Bereich der Landwirtschaft tätig, so dass sogar insgesamt etwa zwei Drittel der deutschen Bevölkerung von der deutschen Landwirtschaft abhängig waren. Ein Großteil der Bevölkerung lebte zu dieser Zeit in kleinen Dörfern. Nur etwa jeder zwanzigste Bürger lebte in einer Stadt. Zu dieser Zeit war das Deutsche Reich in Phase zwei des von Omran beschriebenen Konzeptes, was bedeutet, dass ein Neugeborenes eine Lebenserwartung von 40 Jahren hatte. Zeitgleich war zu dieser Zeit, wie oben beschrieben, die Zahl der Totgeburten enorm hoch. Zusätzlich war auch die Säuglingssterblichkeit sehr hoch. Nur jedes vierte Kind wurde ein Jahr alt. Doch auch nach dem Erreichen des zweiten Lebensjahres starben bis zur Pubertät viele Kinder. Da zu diesem Zeitpunkt keine staatlich geregelte Altersvorsorge oder ähnliches der Bevölkerung zur Verfügung stand, waren für die Eltern ihre eigenen Kinder ihre Altersvorsorge. So bekam im Durchschnitt jede Frau vier bis fünf Kinder. Sämtliche Erziehungsratgeber richteten sich in dieser Zeit an die Frauen, die zur oberen Bevölkerungsschicht gehörten. Kindererziehung war damals ein Privileg der Reichen. Töchter gut situierter Eltern lernten damals in der Schule, wie sie eine gute Mutter und Hausfrau werden. In dieser Zeit hatten gut situierte Frauen sehr wenige Rechte. Ihre Aufgabe war es, sich um die Ehe und die Familie zu sorgen und das Haus rein zu halten. Frauen aus weniger gut situierten Verhältnissen mussten wie die Männer im landwirtschaftlichen Bereich oder in Fabriken arbeiten. Teilweise mussten die Kinder auch arbeiten, um die Familie finanziell zu unterstützen. Oft arbeiteten sie von Montag bis Samstag. Zu der sechstägigen Arbeitswoche kam ein Stundenpensum von bis zu zwölf Stunden pro Tag. Dadurch blieb für die Frau auch sehr wenig Zeit für die Versorgung ihrer Kinder.¹¹⁸

Ein ausgebautes Verkehrsnetz war nicht vorhanden, man versorgte sich auf dem Land weitestgehend selbst oder kaufte auf dem lokalen Markt die restlichen Lebensmittel ein. In der Großstadt war als Verkehrsmittel bereits die Eisenbahn vorhanden, so dass in Großstädten Lebensmittel oft importiert wurden. Auch die Kommunikation über Telegrafien war bereits möglich.¹¹⁹

Mit der Zeit arbeiteten immer mehr Menschen in der Industrie und immer weniger im Bereich der Landwirtschaft¹²⁰. Auch im Bereich der Mobilität veränderte sich viel. Zunächst kam es zu einem Ausbau der Eisenbahnnetze. Doch bereits 1950 wurde größtenteils die Eisenbahn im Personenverkehr durch das Auto abgelöst, wodurch das Reisen individueller und unabhängiger wurde. Auch interkontinental kam es 1950 durch das Flugzeug zu einer besseren und schnelleren Mobilität als bei dem ab circa 1850 interkontinental genutzten Dampfschiff. Die Kommunikation wurde durch Überseekabel in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert erheblich vereinfacht. Von nun an gab es in der Kommunikation keine Verzögerung. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde das Telefon eingeführt.¹²¹

¹¹⁸ Vgl. Nonn, Christoph (2017). Das deutsche Kaiserreich, Von der Gründung bis zum Untergang. München: C.H.Beck. offene Handelsgesellschaft S. 10. (gesamter Absatz).

¹¹⁹ Vgl. Nonn, 2017, S. 10. (gesamter Absatz).

¹²⁰ Vgl. Nonn, 2017. S. 10-15.

¹²¹ Vgl. Nonn, Christoph (2020). Das 19. Und 20. Jahrhundert (Orientierung Geschichte). Paderborn: Ferdinand Schoeningh, S. 70-76. (gesamter Absatz).

Durch diese Möglichkeiten des Transports und der Kommunikation kam es zu der Entstehung eines internationalen und interkontinentalen Marktes¹²². Diese weltweite Vernetzung wird auch als „erste Globalisierung“¹²³ bezeichnet. Während der Weltkriege kam es zu keinem weiteren Ausbau der weltweiten Vernetzung¹²⁴. In der letzten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es dann zu einer noch stärkeren Vernetzung, die auch als „zweite Globalisierung“¹²⁵ bezeichnet wird.

Es kam aber nicht nur in der Mobilität und Kommunikation zu einem gesellschaftlichen Wandel, sondern auch die Bevölkerungszahl veränderte sich im späten 18. Jahrhundert drastisch. Die Sterberate, insbesondere das frühe Versterben von Kindern, ging deutlich zurück. 1990 lag die Wahrscheinlichkeit unter einem Prozent, dass ein Neugeborenes vor dem Eintritt in die Pubertät verstarb. Im Vergleich zum späten 18. Jahrhundert, in dem noch 50 % der Neugeborenen nicht die Pubertät erreichten. Dadurch, dass die Geburtenrate zu diesem Zeitpunkt noch nicht absank, kam es zu einem enormen Bevölkerungswachstum. Die Anzahl der Todesfälle und Geburten glich sich erst im späten 20. Jahrhundert wieder an. Die Kindersterblichkeit sank vor allem auf Grund des steigenden Nahrungsangebotes. Es war nicht mehr üblich, dass die Bevölkerung hungern musste. Durch die ausreichende Ernährung war die Bevölkerung beim Erleiden von Krankheiten besser vor dem Tod geschützt. Auch der Fortschritt in der Hygiene trug maßgeblich zu dem Sinken der Kindersterblichkeit bei. Im späten 19. Jahrhundert kam es zu großen Fortschritten in der Bakteriologie, wodurch vor allem die Säuglingssterblichkeit sank. Insgesamt resultierte eine Bevölkerungsexplosion, die aber durch das Absinken der Geburtenrate gesenkt wird. Das Absinken der Geburtenrate liegt vor allem an den weiteren medizinischen Erfindungen (zum Beispiel zur Verhütung) am Ende des 19. Jahrhunderts und der Absicht, weniger Kinder zu haben.¹²⁶

Diese Absicht lässt sich auf mehrere Gründe zurückführen. Zum einen sank die Zustimmung zu den religiösen Normen, zum anderen kam es immer mehr zu dem Wunsch nach Individualismus, auch im Bereich der Familienplanung. Ab 1960/1970 sorgte die Frauenemanzipation und die Möglichkeit der Verhütung der Frau durch Hormone für eine Reduktion der Geburtenrate.¹²⁷

Zusätzlich kam es durch das im späten 19. Jahrhundert entwickelte staatliche Sozialversicherungssystem zu einer neuen Möglichkeit der Altersvorsorge. Von nun an war es nicht mehr relevant, viele Kinder als Absicherung im Alter zu haben.¹²⁸

1952 traf das Gesetz zum Schutz von erwerbstätigen Müttern in Kraft. Dieses Gesetz ist unter dem Namen Mutterschutzgesetz bekannt. Es besagt, dass Mütter vor und nach der Geburt ihres Kindes für eine gewisse Zeit nicht erwerbstätig sein dürfen. Bei einer Totgeburt tritt dieses Gesetz auch in Kraft. Nur wenn die Mutter ihrem Arbeitgeber mitteilt, dass sie wieder arbeiten möchte, ist dies ab der dritten Woche nach der Entbindung möglich.¹²⁹

¹²² Vgl. Nonn, 2020, S. 78 f.

¹²³ Ebd. S. 79.

¹²⁴ Vgl. ebd.

¹²⁵ Ebd.

¹²⁶ Vgl. ebd. (gesamter Absatz).

¹²⁷ Vgl. ebd. S. 79. (gesamter Absatz).

¹²⁸ Vgl. ebd. S. 79-87. (gesamter Absatz).

¹²⁹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.). Mutterschutz – Welche Regelungen gelten bei Fehlgeburt, Totgeburt oder Schwangerschaftsabbruch?. Verfügbar unter: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/mutterschutz/welche-regelungen-gelten-bei-fehlgeburt--totgeburt-oder-schwangerschaftsabbruch-/125128> [Zugriff am: 09.11.2020]. (gesamter Absatz).

3.4.4 Tod im Alter

Um den Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit Totgeburten nachvollziehen zu können, ist es sinnvoll, zunächst auf den gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod im höheren Alter einzugehen.

Der Tod wird im hohen Alter nicht als ein unerwartetes Ereignis gewertet. Der Freundes- und Familienkreis des Toten ist meist, durch das vorherige Versterben von Bekannten, bereits verkleinert¹³⁰. Die Beerdigung findet also in einem längst verkleinerten Bekanntenkreis statt. Der Tod eines Angehörigen ist zu einem privaten, nicht in der Öffentlichkeit stehenden Ereignis geworden¹³¹. Das Tragen von schwarzer Kleidung ist nun im Gegensatz zu früher auf die Trauerfreier beschränkt und auch das Läuten der Kirchenglocken ist kein gängiger Brauch mehr¹³².

Durch die immer weiter steigenden medizinischen Kenntnisse ist es heutzutage möglich, Krankheitsverläufe besser vorherzusagen und eine Einschätzung über die noch vorbestehende Lebenserwartung zu treffen. Gleichzeitig ist es möglich, Infektionen durch die zu Verfügung stehenden Medikamente zu behandeln oder durch Pflegepersonal die Sterbenden zu unterstützen.¹³³

Hospize und Palliativstationen sind neue Institutionen, in denen schwer kranke Menschen und sterbende Menschen bis zu ihrem Lebensende versorgt werden. Die medizinische, aber auch die soziale und psychologische Betreuung sind hier besonders wichtig.¹³⁴ Allein die Zahl der ambulanten Hospizdienste hat sich in der Zeit von 1996 bis 2019 mehr als verdreifacht¹³⁵. Stationär werden 30 000¹³⁶ Menschen pro Jahr versorgt. Insgesamt zeigt sich, dass das Sterben ein begleiteter Prozess geworden ist, an dem nur Angehörige teilnehmen.

3.4.5 Vorsorgeuntersuchungen

Zu den Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft zählt unter anderem die Ultraschalldiagnostik. Ian Donald hat in den 50er Jahren die Ultraschalldiagnostik in dem Bereich der Gynäkologie eingeführt. Im Jahr 1957 konnte durch Ian Donald die Lagebestimmung des Säuglings in die Vorsorgeuntersuchung mit aufgenommen werden.¹³⁷ In der Schwangerschaftsvorsorge werden insgesamt drei Ultraschalluntersuchungen, bei einer risikofreien und komplikationslosen Schwangerschaft, vorgesehen. Die Ultraschalluntersuchungen finden im dritten, sechsten und achten Schwangerschaftsmonat statt. Dazu kommen noch weitere Untersuchungen, unter anderem die Erstuntersuchung,

¹³⁰ Vgl. Göckenjan, G. (2009) Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten. In: Dr. Katharina Belwe (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte. Tod und Sterben. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 7. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/system/files/pdf/5LJZKA.pdf> [Zugriff am: 24.07.2020].

¹³¹ Vgl. Macho, Thomas (2008). Sterben heute Essay. In: Dr. Katharina Belwe (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte. Tod und Sterben. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 3. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/system/files/pdf/5LJZKA.pdf> [Zugriff am: 24.07.2020].

¹³² Vgl. Göckenjan, 2009, S. 7.

¹³³ Vgl. ebd. S. 9. (gesamter Absatz).

¹³⁴ Vgl. ebd. S. 12. (gesamter Absatz).

¹³⁵ Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (o.J.). Zahlen und Fakten. Verfügbar unter: https://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html [Zugriff am: 24.08.2020].

¹³⁶ Ebd.

¹³⁷ Vgl. Strauss, A. (2008). Ultraschallpraxis. Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 23. (gesamter Absatz).

bei der die Schwangerschaft zunächst bestätigt wird, weitere Parameter gemessen werden und eine ausführliche Anamnese stattfindet.¹³⁸

Durch die vielen Vorsorgeuntersuchungen haben die Schwangeren ein genaues Bild von ihrem Kind. Sie spüren nicht nur die Kindsbewegungen, sondern können durch die Ultraschalldiagnostik ihr Kind bereits sehen. Dazukommend ist es durch die Entwicklung der äußeren Geschlechtsmerkmale des Kindes zwischen der 11. und 14. Woche möglich, das Geschlecht des Kindes im Ultraschall durch einen Arzt bestimmen zu lassen.¹³⁹ Anhand der Längenbestimmung im Ultraschall ist es den Eltern auch möglich, sich die Größe ihres Kindes vorzustellen¹⁴⁰.

Infolgedessen haben die meisten Schwangeren und deren Partner Kenntnis über den Entwicklungsstand ihres Kindes. Die meisten Eltern gehen davon aus, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Es wird vermutet, dass es dadurch und durch das im Ultraschall erworbene Bild von dem Kind zu einer früheren Bindung zwischen dem Kind und den Eltern kommt. In einer kontrollierten Studie wurden zwei Gruppen miteinander verglichen. Gruppe eins waren schwangere Frauen, die an der Ultraschalluntersuchung teilnahmen. Gruppe zwei war eine Kontrollgruppe mit schwangeren Frauen, die nicht zur Ultraschalluntersuchung gehen durften. Insgesamt zeigte die Studie hier einen Unterschied auf. Bei den schwangeren Frauen mit einer Ultraschalluntersuchung war die Einstellung bezogen auf die Schwangerschaft selbst und das Kind positiver.¹⁴¹

3.4.6 Ablauf der Totgeburt

Bei einer Totgeburt wird oft von einer stillen Geburt gesprochen. Während bei einem Lebendgeborenen nach der Geburt das Schreien des Kindes folgt, erfüllt Stille den Raum bei der Geburt eines totgeborenen Kindes.¹⁴² Betrachtet man den Ablauf einer Totgeburt, hat sich auch hier der gesellschaftliche Umgang gewandelt.

Bis 1980 wurde bei einer Totgeburt die Schwangere sediert. Durch die Sedierung kann sich die schwangere Frau nicht an die Geburt erinnern. Bis 1980 wurde eine Totgeburt so durchgeführt, dass sowohl die Mutter als auch der Vater keinen Kontakt zu ihrem totgeborenen Kind hatten. Dazu zählt auch, dass die Eltern das Totgeborene nicht sehen durften.¹⁴³

Dadurch, dass die Eltern keinen Kontakt zu ihrem totgeborenen Kind hatten, ließ man nach damaliger Überzeugung die Bindung zwischen den Eltern und dem Kind nicht entstehen. Hierdurch sollten die Eltern weniger Schmerzen erleiden und den Verlust ihres totgeborenen Kindes besser verarbeiten können.¹⁴⁴

¹³⁸ Vgl. Techniker Krankenkasse (o.J.). Schwangerschaft und Geburt. Terminkalender für Schwangere. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/terminkalender-2009466> [Zugriff am: 26.08.2020]. (gesamter Absatz).

¹³⁹ Vgl. Beutel, M. (2002). Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod. In: Brähler, E., Fikentscher, E. & Strauß, B. (Hrsg.). Reihe Psychosoziale Medizin. Göttingen: Hogrefe, S. 12. (gesamter Absatz).

¹⁴⁰ Vgl. Burger, M. (2017). Unser Baby im Ultraschall: Ein Begleiter für werdende Eltern. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 51.

¹⁴¹ Vgl. Beutel, 2002, S. 12. (gesamter Absatz).

¹⁴² Vgl. Vögele, 2018, S. 171.

¹⁴³ Vgl. Vögele, 2018, S. 180. (gesamter Absatz).

¹⁴⁴ Vgl. Beutel, 2002, S. 78. (gesamter Absatz).

Hannah Lothrop ist eine deutsche Psychologin, die nicht nur durch ihren Stillratgeber den Umgang mit Lebendgeburten revolutionierte, sondern auch mit ihrem Buch über Totgeburten die Abläufe in Krankenhäusern und den gesellschaftlichen Umgang mit Totgeburten umfangreich veränderte. Sie selbst verlor während ihrer Schwangerschaft ihre Tochter Cara und wurde dadurch maßgeblich zu ihrem zweiten Buch bewegt.¹⁴⁵

Durch ihr zweites Buch „Gute Hoffnung – Jähres Ende“ veränderte sie besonders die damalige Routine, die Schwangeren während der Geburt zu sedieren. Sie sorgte dafür, dass heutzutage die Schwangeren nicht mehr sediert werden und viele Erinnerungen an die Geburt und das Totgeborene entstehen können. Lothrop sieht diese entstehende Bindung zwischen dem Totgeborenen und den Eltern als förderlich an.¹⁴⁶

Lothrop beobachtete, dass viele Frauen, die keine oder kaum Erinnerungen an ihr totgeborenes Kind sammeln konnten, noch viele Jahre nach der Geburt diese nicht vollständig verarbeiten konnten¹⁴⁷. Den damaligen Gedanken, dass die Eltern das Kind „bald vergessen“¹⁴⁸ würden, wenn sie keine beziehungsweise sehr wenige, Erinnerungen an den Akt der Geburt und das totgeborene Kind haben, sieht Lothrop als falsch an. Ihrer Ansicht nach ist es auch nicht möglich, keine Bindung zu dem Kind zu haben. Eine gewisse Bindung zwischen dem Kind und den Eltern besteht ihrer Annahme nach auch, wenn die Eltern das totgeborene Kind nicht während der Geburt oder danach kennenlernen dürfen. Das richtige Erleben der Totgeburt durch die Eltern sorgt nicht nur für Erinnerungen, Lothrop beschreibt, dass dadurch die Eltern deutlich besser um ihr Kind trauern können.¹⁴⁹ Zudem berichtet Lothrop von Frauen, die die Geburt unabhängig von dem Tod des Kindes erleben. Für die Schwangeren kann das Erlebnis der Geburt eine positive Erfahrung sein.¹⁵⁰ Würden die Frauen sediert oder in Narkose sein, könnten Sie diese Erfahrung nicht machen. Die Trauerarbeit wird dadurch aktiv verhindert. Zu bedenken sei auch, dass die Schwangeren bei der Geburt ihren Gefühlen freien Lauf lassen können und dabei auch emotionale Schmerzen hinausschreien können. Von einem Kaiserschnitt wird, wenn keine Komplikationen diesen fordern, abgeraten. Durch die Narkose erlebt die schwangere Frau nicht die Geburt mit, wodurch es dazu kommen kann, dass die Mutter die Situation als unreal empfindet.¹⁵¹

Im Gegensatz zu früher steht heute der Kontakt zwischen den Eltern und dem Totgeborenen im Vordergrund. Zuerst ist der erste Anblick des totgeborenen Kindes für manche Eltern eine Überwindung. Jedoch zeigt sich hier, dass viele Eltern es im Nachhinein bereuen, wenn sie ihr Kind nicht gesehen haben. Frau Lothrop ist aber keinen Eltern begegnet, die es bereuen haben, ihr totgeborenes Kind gesehen zu haben. Es kann den Eltern helfen, wenn das Aussehen des Kindes den Eltern zunächst einmal beschrieben wird oder zum Beispiel ihnen ein Abdruck der Hand gezeigt wird. Hierdurch wird das totgeborene Kind für die Eltern realer. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Angehörige sich das totgeborene Kind genau ansehen, um es den Eltern später zu beschreiben.¹⁵²

¹⁴⁵ Vgl. Lothrop, 2007, S. 17. (gesamter Absatz).

¹⁴⁶ Vgl. ebd. (gesamter Absatz).

¹⁴⁷ Vgl. ebd.

¹⁴⁸ Ebd.

¹⁴⁹ Vgl. ebd.

¹⁵⁰ Vgl. ebd. S. 69.

¹⁵¹ Vgl. Lothrop, 2007, S. 72 ff. (gesamter Absatz).

¹⁵² Vgl. ebd. S. 81 f. (gesamter Absatz).

Wenn das totgeborene Kind Fehlbildungen hat, sehen die Eltern bei den totgeborenen Kindern die Fehlbildungen nicht als erstes, sondern sehen das totgeborene Kind aus der Sicht von Eltern und nicht aus der Sicht eines Arztes, der auf die Fehlbildung gezielt schaut. Auch nicht aus der Sicht eines Fremden, der keine Beziehung zu dem Kind hat. Dazukommend haben Eltern von den Fehlbildungen zum Teil falsche Vorstellungen. Oft sieht die Realität anders aus.¹⁵³

Wenn die Eltern diesen Schritt überwinden konnten, können Sie nun weitere Erfahrungen mit dem totgeborenen Kind sammeln. Wenn sie es berühren, halten, waschen und anziehen verstärkt sich ihre Bindung zueinander und sie sammeln weitere Erinnerungen. Diese Erinnerungen können ihnen später bei der Verarbeitung der Trauer behilflich sein. Hierbei entscheiden die Eltern, wie viel Zeit sie mit ihrem Kind verbringen möchten.¹⁵⁴

Falls die Eltern dies möchten, können auch weitere Familienmitglieder oder Freunde das totgeborene Kind kennenlernen. Gerade Geschwisterkinder können oft nur realisieren, was passiert ist, wenn sie das totgeborene Kind selbst gesehen haben. Sobald Freunde und Familienangehörige das totgeborene Kind kennenlernen, trauern die Eltern nicht mehr allein. Die Angehörigen trauern auch um das Totgeborene und unterstützen die verwaisten Eltern. Den Eltern, besonders den Müttern, hilft es bei der Trauerarbeit sehr, wenn nicht nur die Eltern ihr totgeborenes Kind kennenlernen durften. Das Kind ist dann auch ein Bestandteil des Lebens von anderen Personen und wird für die Eltern realer.¹⁵⁵

3.4.7 Betreuung der Eltern des totgeborenen Kindes

3.4.7.1 Betreuung der Eltern in der zeitgenössischen Gesellschaft

Wie im letzten Unterkapitel beschrieben, ging man bis 1980 davon aus, dass sich erst eine Bindung zwischen den Eltern und ihrem totgeborenen Kind nach der Geburt entwickelt. Dadurch haben Ärzte und Hebammen den Eltern nicht dazu geraten, sich mit dem Verlust ihres totgeborenen Kindes auseinanderzusetzen.

Bereits 1986 zeigte Bourne in seiner Studie ein vorhandenes Problem auf. Die Studie sollte ursprünglich die psychologischen Auswirkungen einer Totgeburt auf die Mutter und deren Familie untersuchen. Im Ergebnis zeigt die Studie aber auf, dass die Hausärzte bei schwangeren Frauen mit einer Lebendgeburt eher bei dem Zustand der Patientin eine Auffälligkeit bemerkten, wussten oder sich erinnern konnten als bei Müttern mit Totgeburten. Häufig war die Betreuung von Patientinnen mit einer Totgeburt durch den Hausarzt unzureichend. Bei unzureichender Betreuung und Hilfe durch den Hausarzt wechselten diese Patientinnen häufig den Hausarzt.¹⁵⁶

Das heißt also, dass die Patientinnen bereits 1986 bei fehlender Betreuung den Hausarzt wechselten. Hierbei muss beachtet werden, dass die Gespräche mit den Patientinnen, die eine Totgeburt erlitten haben, auch für das Personal eine Belastung darstellen.¹⁵⁷

¹⁵³ Vgl. Lothrop, 2007. S. 83 ff. (gesamter Absatz).

¹⁵⁴ Vgl. ebd. S. 80 f. (gesamter Absatz).

¹⁵⁵ Vgl. ebd. S. 87 f. (gesamter Absatz).

¹⁵⁶ Vgl. Bourne S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. The Journal of the Royal College of General Practitioners, 16(2), 103–112. (gesamter Absatz).

¹⁵⁷ Vgl. Beutel, 2003, S. 147. (gesamter Absatz).

3.4.7.2 Aktuelle Empfehlungen zur Betreuung der Eltern

Es vollzog sich nicht nur, wie in Kapitel 3.4.6 dieser Arbeit beschrieben ein gesellschaftlicher Wandel in Bezug auf den Ablauf der Geburt, sondern auch in der Betreuung der Familie, was nun im folgenden Abschnitt in drei Unterpunkte unterteilt werden kann. Diese Empfehlungen sind 2018 von ALPHA NRW veröffentlicht worden. ALPHA steht für Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Die Empfehlungen sind für Ärzte, Pflegepersonal und die Eltern verfasst. Sie sollen den Zweck haben, dass betroffene Eltern besser versorgt werden können, um die Verarbeitung der Trauer zu erleichtern.¹⁵⁸

3.4.7.2.1 Empfehlungen zur Betreuung vor der Geburt

Die Schwangere erfährt oft sehr unerwartet von dem Tod ihres Kindes. Damit die Schwangere diese, sie schlagartig treffende, Nachricht nicht allein aushalten muss, ist es ratsam, den Partner oder einen Angehörigen zu informieren und herzubeten. Die Diagnose des toten Fetus wird meist durch den Ultraschall gestellt. Dieser Raum ist oft sehr dunkel, weshalb der Schwangeren, wenn möglich, ein besser geeigneter Raum zur Verfügung gestellt werden sollte. Dies ist einer der wichtigsten Faktoren. Ein zweiter wichtiger Faktor ist ausreichend Zeit. Für die Eltern kommt die Diagnose sehr plötzlich. Es kann zu unterschiedlichen Reaktionen wie Wutausbrüchen, aber auch zum Schweigen kommen. Unabhängig davon, welche Emotionen das Paar verspürt, ist es für die Verarbeitung sehr wichtig, diese frei äußern zu können. Ein Gespräch über die anstehende Geburt und das Aufzeigen der verschiedenen Möglichkeiten wird auch empfohlen. Auch hier ist es wichtig, dem Paar die Zeit zu geben, die es benötigt.¹⁵⁹

Oft besteht zunächst der Wunsch nach einem Kaiserschnitt. Viele Frauen können sich nicht vorstellen, ihr Kind tot zu gebären oder haben Angst, dass sie selbst durch das tote Kind in ihnen krank werden.¹⁶⁰ Falls medizinisch keine sofortige Indikation für die Geburt des toten Kindes besteht, ist es auch durchaus möglich, dass die Schwangere noch einmal nach Hause geht und mit ihrem Partner über das weitere Vorgehen in Ruhe spricht¹⁶¹. Lothrop beschreibt, dass es auf lange Sicht gesehen die Eltern im Trauerprozess oft positiv beeinflusst hat, wenn sie sich nach der Diagnose erst einmal Zeit für sich genommen haben, um die Nachricht vom Tod ihres Kindes zu begreifen. Die Eltern sollen informiert sein, um in die weiteren Entscheidungen einbezogen zu werden und mitzubestimmen.¹⁶²

3.4.7.2.2 Empfehlungen zur Betreuung während der Geburt.

Während der Geburt ist es ebenfalls wichtig, dem Paar Raum und Zeit zu lassen. Entscheidungen sollen in Ruhe getroffen werden.¹⁶³

Oft erleben die Frauen die Geburt nicht zusammenhängend mit dem Tod. Es wird deshalb eine möglichst positive Geburtserfahrung angestrebt, wobei sich hier an den Wünschen der

¹⁵⁸ Vgl. Dingerkus, G. & Kofoet, C. (2018). Still geboren. Unterstützende Maßnahmen in der Begleitung von Eltern zum Zeitpunkt der Geburt. ALPHA-Westfalen, Münster, S. 7 f.

¹⁵⁹ Vgl. ebd. S. 46 f. (gesamter Absatz).

¹⁶⁰ Vgl. Lothrop, 2007, S. 69.

¹⁶¹ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 47.

¹⁶² Vgl. Lothrop, 2007, S. 58.

¹⁶³ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 47.

Schwangeren, die bereits in den Geburtsvorbereitungen oder in der Zeit nach der Diagnose getroffen wurden, orientiert werden kann. Dies können zum Beispiel Wünsche in Bezug auf die Gebärhaltung oder auch die Musik sein.¹⁶⁴

Wenn es möglich ist, sollte den Eltern während der Geburt, der Ablauf direkt nach der Geburt erklärt und ihnen ihre Möglichkeiten aufgezählt und erläutert werden. Der Vater kann zum Beispiel direkt nach der Geburt die Nabelschnur durchschneiden. Anschließend können die Eltern ihr Kind sehen und Zeit mit ihm verbringen. Durch das vorherige Ansprechen dieser wichtigen Themen können die Eltern im Vorhinein die anstehenden, einzigartigen Momente vorbereiten. Wobei auch hier die Eltern nach eigenen Wünschen und Vorstellungen gefragt werden sollten.¹⁶⁵

3.4.7.2.3 Empfehlungen zur Betreuung nach der Geburt

Nach der Geburt ist es empfehlenswert, einen guten ersten Kontakt zwischen den Eltern und dem Kind herzustellen. Den Eltern kann das Kind im sogenannten „Moseskorbchen“¹⁶⁶ gezeigt werden. Das totegeborene Kind liegt dann in diesem Korb und kann durch ein Tuch zugedeckt werden. Dadurch können die Eltern dann zum Beispiel erst einmal den Kopf ansehen und dann die Hände. Durch das Tuch können die Eltern selbst entscheiden, wann sie bereit sind weitere Körperteile des Kindes zu sehen. Die Eltern können hier zunächst einmal den Korb halten und dann, wenn sie sich bereit fühlen, das Kind auch aus dem Korb nehmen.¹⁶⁷

Es kann auch hilfreich sein, wenn die Mutter das tote Kind auf der Brust liegen hat. Dadurch, dass der Körper des Kindes nach der Geburt auskühlt, wird der Mutter noch einmal auf eine andere Art bewusst, dass ihr Kind verstorben ist. Es kann aber auch sein, dass die Eltern ihr Kind nicht sehen möchten. Empfehlenswert ist es bei so einer Situation, die Eltern zu fragen, ob sie möchten, dass ihnen das Aussehen des Kindes beschrieben wird. Es kann sein, dass die Eltern dann ihre Meinung ändern und ihr Kind gerne selbst sehen möchten. Den Eltern sollte Zeit angeboten werden, mit ihrem totgeborenen Kind allein zu sein. Sie sollten dennoch wissen, dass ihr Ansprechpartner jederzeit wieder dazukommen kann. Die Eltern können das Kind waschen, es anziehen und wertvolle Zeit mit ihm verbringen.¹⁶⁸

Wie bereits in den beiden anderen Phasen ist es wichtig, dem Paar Zeit zu geben und ihnen einen passenden Raum zuzuweisen¹⁶⁹.

Verwaiste Frauen berichteten, im Krankenhaus mit Schwangeren oder mit Frauen und deren neugeborenem Kind in einem Zimmer gewesen zu sein. Dies ist kein passender Raum für eine Mutter, die gerade ihr Kind verloren hat. Eine Unterbringung mit der Familie oder dem Partner auf einer gynäkologischen Station ist für die verwaisten Eltern als angemessen zu betrachten. Am besten sollten die verwaisten Eltern die Möglichkeit haben, in diesem Raum stationär aufgenommen zu werden. Wenn die verwaiste Mutter keine weitere medizinische Versorgung braucht und der Wunsch besteht, nach Hause zu gehen, ist dies auch eine Möglichkeit.¹⁷⁰

¹⁶⁴ Vgl. Lothrop, 2007, S. 69. (gesamter Absatz).

¹⁶⁵ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 47. (gesamter Absatz).

¹⁶⁶ Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 49.

¹⁶⁷ Vgl. Friedrich, Jana (2016). Geburtsbericht: Sternenkind Noah. Verfügbar unter: <https://www.hebammenblog.de/geburtsbericht-sternenkind-noah/> [Zugriff am: 09.09.2020].

¹⁶⁸ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 48 f. (gesamter Absatz).

¹⁶⁹ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 48.

¹⁷⁰ Vgl. Lothrop, 2007, S.76. (gesamter Absatz).

Hilfreich für die Eltern kann ein Gespräch über den Namen für das Kind sein. Dieser sollte im Gespräch auch von dem Personal verwendet werden. Das totgeborene Kind sollte ein Namensbändchen erhalten, sowie weitere Erinnerungsstücke, da diese für die Eltern wichtig sind. So können die Eltern die Situation besser realisieren und der Tod ihres Kindes wird für sie real. Als weitere Erinnerungsstücke zählen zum Beispiel die Bekundung der Geburt, die vom Krankenhauspersonal ausgestellt wird, Fuß- und Handabdrücke des Kindes und Fotos des totgeborenen Kindes und der Familie.¹⁷¹

Es sollte zu diesem Zeitpunkt auch nochmal erwähnt werden, dass auch die Möglichkeit besteht, dass Angehörige der Familie das totgeborene Kind kennenlernen. Denn dies kann für die Eltern hilfreich sein, denn dann kennen nicht nur sie selbst das Kind, sondern auch ihre Angehörigen.¹⁷²

In den darauffolgenden Tagen kommen bei den Eltern oft noch weitere Fragen auf. Den Eltern im Vorhinein anzubieten, dass man als Ansprechpartner weiter fungieren kann, ist für diese sehr hilfreich. Die Fragen können zum Thema der Geburt kommen und damit beantwortbar sein, oder zu anderen Themen, die nicht beantwortbar sind. Bei solchen Fragen ist es für die Eltern schon hilfreich, ihnen zuzuhören und für sie da zu sein.¹⁷³

Das Ansprechen des bevorstehenden Trauerprozesses kann für die Eltern sehr hilfreich sein. Das Mitgeben von Broschüren, um zum Beispiel später das Gesagte noch einmal durchzulesen, kann den Eltern auch helfen.¹⁷⁴ In den Broschüren wird für die toten Kinder oft ein Synonym verwendet. Die verstorbenen Kinder werden dann häufig als Sternenkinder, Schmetterlingskinder oder Engelskinder bezeichnet. Diese Bezeichnungen haben einen religiösen Hintergrund.¹⁷⁵ Es geht darum, dass die Kinder „in den Himmel kommen“¹⁷⁶. Im Internet findet man unter diesen Synonymen viele Internetseiten, die als Online-Foren zum Austausch oder bei der Informationssuche für Betroffene sehr hilfreich sind. Besonders in den Online-Foren wird für verwaiste Eltern deutlich, dass sie nicht die einzigen mit einem tot- oder fehlgeborenen Kind sind.¹⁷⁷ Es werden auch Veranstaltungen angeboten, die den Eltern in dieser Situation helfen sollen. Trauerseminare werden zum Beispiel vom Bundesverband für verwaiste Eltern und trauernde Geschwister angeboten.¹⁷⁸ Es haben sich auch Rituale etabliert, wie zum Beispiel das weltweite Anzünden einer Kerze am zweiten Sonntag im Dezember um 19 Uhr¹⁷⁹. Dies ist bekannt unter dem Namen

¹⁷¹ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 48 f. (gesamter Absatz).

¹⁷² Vgl. Lothrop, 2007, S. 87 f. (gesamter Absatz).

¹⁷³ Vgl. Dingerkus & Kofoet, 2018, S. 50 f. (gesamter Absatz).

¹⁷⁴ Vgl. ebd. S. 51.

¹⁷⁵ Vgl. Bundesverband Deutsche Bestatter e.V. (o.J.). Sternenkinder: Wenn verwaiste Eltern um ihre „Schmetterlingskinder“ trauern. Verfügbar unter: <https://www.bestatter.de/wissen/trauerhilfe-und-trauerbewaeltigung/sternenkind/> [Zugriff am: 11.09.2020].

¹⁷⁶ Ebd.

¹⁷⁷ Vgl. Die Schmetterlingskinder. www.schmetterlingskinder.de. [Zugriff am 11.09.2020].

¹⁷⁸ Vgl. Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V.. Verfügbar unter: <https://www.veid.de/aktuelles-veranstaltungen/trauerseminare/> [Zugriff am: 11.09.2020].

¹⁷⁹ Vgl. Bundesministerium für Familien und Jugend (2015). Stille Geburt und Tod des Kindes nach der Geburt. Verfügbar unter:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiUj7-lr8jqAhWF_KQKHcpMAb8QFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.frauen-familien-jugend.bka.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3Af2189649-fe8c-4fa6-ba11-5345014253ec%2FStille%2520Geburt2015_Web.pdf&usq=AOvVaw1RvueM2QLmooX7E4kxJhpS [Zugriff am 13.07.2020].

„*Worldwide Candle Lighting*“¹⁸⁰. Durch die unterschiedlichen Zeitzonen wandert das Kerzenlicht, wie eine Lichtwelle, einmal um die ganze Welt.¹⁸¹

¹⁸⁰ Bundesministerium für Familien und Jugend, 2015.

¹⁸¹ Vgl. ebd.

3.5 Statistik

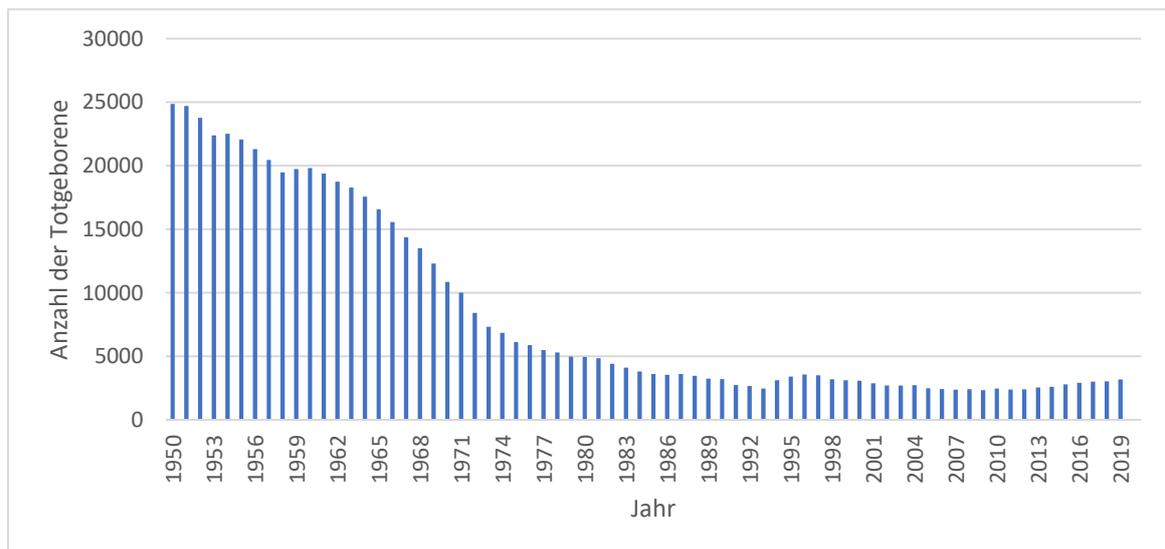
In dem folgenden Kapitel werden zunächst die Statistiken über Totgeburten in Gesamtdeutschland betrachtet und im Verlauf der Fokus auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg gelegt.

3.5.1 Deutschland

Im Folgenden Kapitel werden die absoluten Zahlen der Totgeburten in Deutschland im Verlauf aufgezeigt und anschließend die absoluten Zahlen der Geburten in Deutschland hinzugezogen. Darauf folgt der Bezug von Totgeburten zu 1000 Geburten (insgesamt) und abschließend werden die einzelnen Bundesländer betrachtet.

Beginnend mit der Anzahl Totgeburten in Deutschland wurde zur anschaulichen Darstellung (siehe Abbildung 2) ein Säulendiagramm eingefügt. Dieses Diagramm bietet Informationen über die Totgeburtenanzahl in Deutschland pro Jahr. Es zeigt die Totgeburtenanzahl ab dem Jahr 1950 bis zum Jahr 2019 auf. Das Säulendiagramm beruht auf Daten des statistischen Bundesamtes. Es verdeutlicht das Absinken der Anzahl Totgeburten in ganz Deutschland.¹⁸² Das Maximum in diesem Säulendiagramm liegt 1950 bei 24 857¹⁸³ Totgeburten. 2009 fiel die Totgeburtenanzahl auf ein Minimum von 2338¹⁸⁴ ab. Insgesamt lässt sich ein deutliches Absinken der Totgeburten verzeichnen¹⁸⁵. Wichtig bei der Auswertung der Statistik über die Totgeburtenanzahl sind die Definitionsänderungen in den Jahren 1979 und 1994¹⁸⁶. Auf diese wird im Folgenden noch

Abb. 2: Totgeburten in Deutschland



Quelle: Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020a. Totgeborene: Deutschland, Jahre. Eigene Darstellung.

¹⁸² Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a. Totgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](#).

¹⁸³ Ebd.

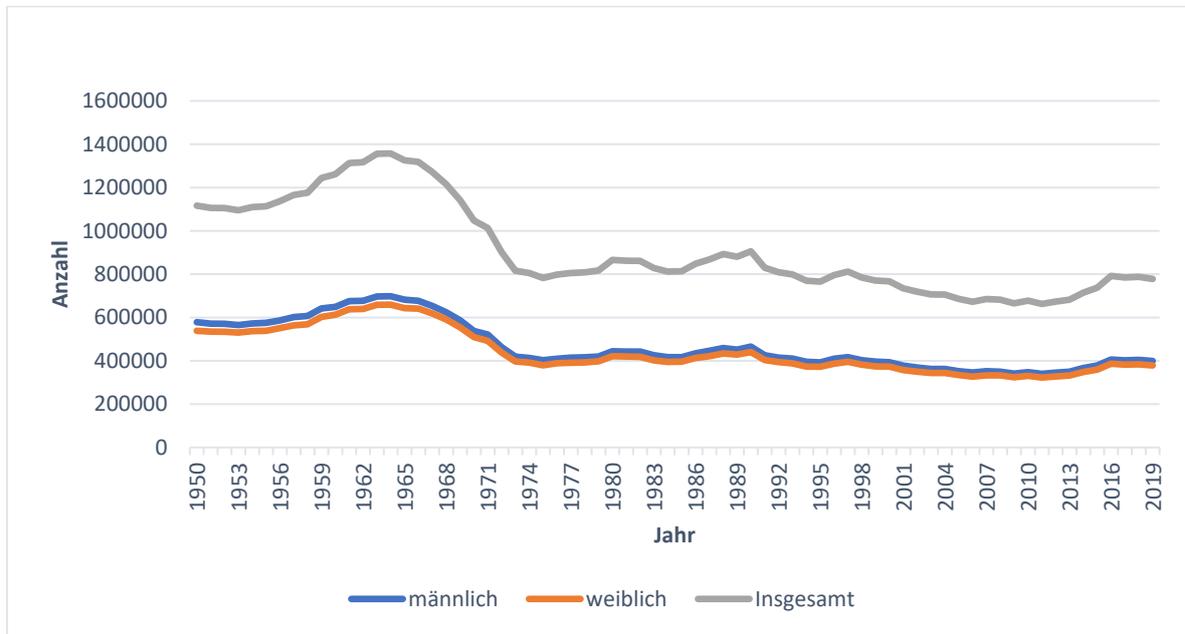
¹⁸⁴ Ebd.

¹⁸⁵ Vgl. ebd.

¹⁸⁶ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2020a.

eingegangen. Um die Statistik der Totgeburten in Deutschland richtig einordnen zu können, ist das Verhältnis der Totgeburtenanzahl zu den Lebendgeburten relevant. Zur besseren Darstellung wurde im Folgenden ein Diagramm (siehe Abbildung 3) über die Geburtenanzahl pro Jahr in Deutschland aufgenommen. Bei diesem Diagramm handelt es

Abb. 3: Geburten in Deutschland



Quelle: Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=2&titel=Ergebnis&levelid=1605797152081&acceptscookies=false#breadcrumb). Eigene Darstellung. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=2&titel=Ergebnis&levelid=1605797152081&acceptscookies=false#breadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].

sich um ein Liniendiagramm. Es beruht auf den Daten des statistischen Bundesamtes. Es verdeutlicht die Anzahl der Geburten von 1950 bis 2019. Hierbei werden drei Merkmale dargestellt: Zunächst die Anzahl der Geburten insgesamt und einmal aufgeteilt in die Anzahl der weiblichen und männlichen Geburten. Die Anzahl der weiblichen Geburten und die Anzahl der männlichen Geburten zeigt pro Jahr nur geringe Unterschiede. Der Verlauf der Linie der Anzahl der männlichen und der weiblichen Geburten erreichte 1964 einen Höhepunkt, daraufhin fiel die Linie rapide bis 1975 ab.¹⁸⁷ In Deutschland gab es 1964 noch 1 357 304¹⁸⁸ Geburten. Neun Jahre später, also 1975, fanden in Deutschland 574 994¹⁸⁹ Geburten weniger statt. In den folgenden Jahren lag die Geburtenzahl um die 800 000. 1997 war zunächst das letzte Jahr in dem über 800 000 Geburten stattfanden.¹⁹⁰ Danach fiel die Geburtenzahl langsam und stetig auf 662 685¹⁹¹ Geburten im Jahr 2011. Bis 2016 stieg die Anzahl der Geburten auf 792 141¹⁹² an.

¹⁸⁷ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=2&titel=Ergebnis&levelid=1605797152081&acceptscookies=false#breadcrumb). (gesamter Absatz).

¹⁸⁸ Ebd.

¹⁸⁹ Ebd.

¹⁹⁰ Vgl. ebd.

¹⁹¹ Ebd.

¹⁹² Ebd.

Um die Anzahl der Geburten richtig einordnen zu können, ist es wichtig, die Geschichte Deutschlands zu beleuchten. Von 1939 bis 1945 dauerte der zweite Weltkrieg an¹⁹³. Um die Bevölkerungszahl langfristig konstant zu halten, müsste jede Frau 2,1¹⁹⁴ Kinder gebären. Bereits seit Ende des ersten Weltkrieges bis zum Ende des zweiten Weltkrieges lag die Anzahl unter der für eine Erhaltung der Gesellschaft notwendigen Geburtenzahl¹⁹⁵. Nach dem Kriegsende wurden in Deutschland und vielen weiteren Ländern viele Geburten „nachgeholt“¹⁹⁶. Es kam zum sogenannten „Baby-Boom“¹⁹⁷. Hiermit ist gemeint, dass während des zweiten Weltkrieges durch die vorliegenden Konditionen eine Schwangerschaft nicht erstrebenswert war. Durch die entstehende gehobene Grundstimmung in der Nachkriegszeit und die wirtschaftliche Entwicklung ist es zu dem oben erläuterten Phänomen der vermehrten Geburten gekommen.¹⁹⁸ Zu diesem Zeitpunkt begann die Bevölkerung wieder zu wachsen. Die Geburtenrate steigt von 2,1¹⁹⁹ in 1952 auf 2,5²⁰⁰ Kinder pro Frau in der Mitte der 1960er-Jahre an. Von 1965 bis 1975 kam es zum sogenannten „Pillenknick“²⁰¹. Damit meint man den „Knick“, also das steile Absinken der Geburtenrate im genannten Zeitraum. Durch die Antibabypille als Verhütungsmethode soll dieses Absinken der Geburtenrate verursacht worden. Der Rückgang der Geburtenrate wird jedoch auch mit dem Wunsch der Eltern nach weniger Kindern verbunden.²⁰² Die Zahl der Kinder pro Frau wurde innerhalb dieser zehn Jahre auf 1,4²⁰³ Kinder reduziert. Bis 2012 hat sich die Geburtenrate nicht verändert. In dieser Zeit kam es, um den Erhalt der Bevölkerungszahl zu erreichen, lediglich etwa zu zwei Drittel der dafür benötigten Geburten.²⁰⁴

Aus den Daten der Lebendgeborenen und der Totgeborenen kann nun die Anzahl der Totgeborenen je 1000 Lebend- und Totgeborenen berechnet werden. Das Verhältnis der Totgeborenen zu allen Geborenen, also Tot- und Lebendgeborenen, ist relevant, um eine Aussage über die relative Anzahl der Totgeborenen treffen zu können.

¹⁹³ Vgl. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (o.J.). Der zweite Weltkrieg. Verfügbar unter: <https://www.lpb-bw.de/kriegsende-zweiter-weltkrieg#c56794> [Zugriff am: 30.09.2020].

¹⁹⁴ Bundeszentrale für politische Bildung (2012a), Hradil, S. Historischer Rückblick. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138003/historischer-rueckblick?p=1> [Zugriff am: 30.09.2020].

¹⁹⁵ Vgl. ebd.

¹⁹⁶ Ebd.

¹⁹⁷ Ebd.

¹⁹⁸ Bundeszentrale für politische Bildung (2012b). Glossar: „Baby-Boom“-Generation. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138404/glossar?p=9> [Zugriff am: 30.09.2020].

¹⁹⁹ Bundeszentrale für politische Bildung, 2012a.

²⁰⁰ Ebd.

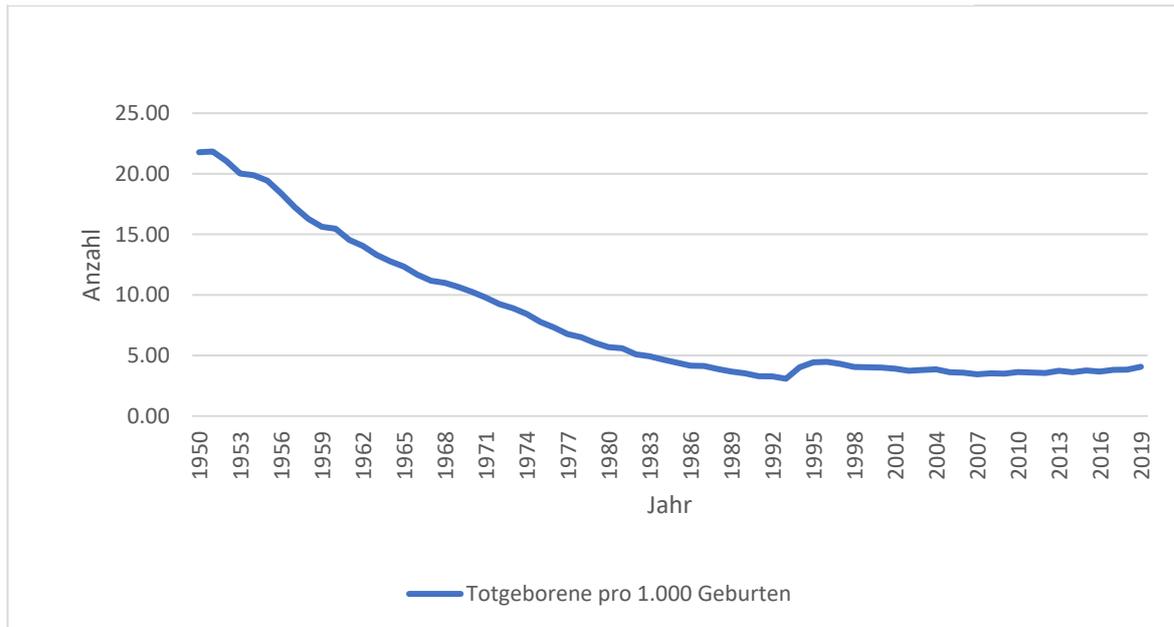
²⁰¹ Ebd.

²⁰² Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012c). Glossar: Pillenknick“. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138404/glossar?p=136>. [Zugriff am: 30.09.2020].

²⁰³ Bundeszentrale für politische Bildung, 2012a.

²⁰⁴ Ebd.

Abb. 4: Totgeborene je 1000 Geburten in Deutschland



Quelle: Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a. Totgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](#); Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](#). Eigene Darstellung und Berechnung.

Dieses Liniendiagramm (siehe Abbildung 4) bietet Informationen über das Verhältnis der Totgeborenen zu den Geburten von Tot- und Lebendgeburten. Wichtig ist hier, dass es sich um das Verhältnis aller Geburten handelt, also um die Lebendgeburten addiert mit den Totgeburten. Es beruht auf den von dem statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Daten. Es wird die Entwicklung des Verhältnisses der Totgeburten zu den Geburten von Jahr 1950 bis 2019 deutlich. Zunächst sinkt die Anzahl der Totgeburten pro 1000 Geburten bis 1993.²⁰⁵ 1950 sind es noch 21²⁰⁶ Totgeburten pro 1000 Geburten, währenddessen es 1993 zu einem Minimum von drei²⁰⁷ Totgeburten pro 1000 Geburten kommt. In dem folgenden Jahr erhöht sich der Wert um eins pro 1000 Geburten. Ab 1995 kommt es nur noch zu geringfügigen Veränderungen.²⁰⁸ Die Werte von 1995 bis 2019 liegen zwischen 3,450²⁰⁹ und 4,468²¹⁰ Totgeborenen pro 1000 Geburten in Deutschland.

Insgesamt weist besonders das letzte Diagramm eine Auffälligkeit auf. 1993 liegt das Minimum der Totgeborenenanzahl je 1000 Geburten vor. Dies folgte auf den jahrelangen stetigen Abfall der Totgeborenenanzahl je 1000 Geburten. 1994 kommt es dann zu einem Anstieg der Totgeburtenanzahl je 1000 Geburten.²¹¹ Der Anstieg der Totgeburtenanzahl je 1000 Geburten fällt zeitlich zusammen mit der Definitionsänderung von Tot- und Lebendgeburten. 1994 wurde die Gewichtsgrenze 1000 Gramm auf 500 Gramm

²⁰⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a; Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. (Eigene Berechnung).

²⁰⁶ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁰⁷ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁰⁸ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²⁰⁹ Ebd. (Eigene Berechnung).

²¹⁰ Ebd. (Eigene Berechnung).

²¹¹ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

herabgesetzt.²¹² Dadurch zählten vorher als Fehlgeburten definierte Säuglinge zu den Totgeburten. Diese Veränderung wird nicht nur im Diagramm deutlich sichtbar. Bei Berechnung der prozentualen Veränderung zum Vorjahr fällt die Zunahme der Totgeborenen je 1000 Geborenen besonders auf. 1994 liegt eine Zunahme um 30,79 %²¹³ vor. Im Jahre 1995 liegt der zweithöchste Wert in der Berechnung der prozentualen Veränderung zum Vorjahr vor²¹⁴. Dieser liegt lediglich bei 9,96 %²¹⁵. Die durchschnittliche prozentuale Veränderung zum Vorjahr liegt von 1950 bis 2019 bei -2,27 %²¹⁶.

Eine weitere Definitionsänderung fand bereits 1979 statt. Sie wurde dahingehend verändert, dass nicht mehr die Körperlänge, sondern das Gewicht und der Gesundheitszustand bei der Geburt für eine Totgeburt als definierend gilt.²¹⁷ Für 1979 lässt sich anhand des Graphen keine sichtbare Veränderung ablesen²¹⁸. Anhand der einzelnen relativen Zahlen lässt sich folgendes ablesen: Im Jahr 1979 lässt sich eine prozentuale Abnahme zum Vorjahr von 7,08 %²¹⁹ berechnen. Bei Bildung des Dreijahresdurchschnitts der prozentualen Veränderungen zum Vorjahr ergibt sich folgendes Ergebnis: Drei Jahre vor der Definitionsänderung zeigt sich eine durchschnittliche Abnahme zum Vorjahr von 5,69 %²²⁰. Drei Jahre nach der Definitionsänderung zeigt sich eine durchschnittliche Abnahme zum Vorjahr von 5,51 %²²¹. Das heißt, die prozentuale Abnahme der Totgeburtenrate zeigt keinen nennenswerten Unterschied auf²²².

Um eine Ebene tiefer zu gehen, wurden nun die Bundesländer einzeln betrachtet. Das Liniendiagramm (siehe Abbildung 5) bietet Informationen über die absolute Zahl der Totgeburten in den einzelnen Bundesländern. Es beruht auf den Daten des statistischen Bundesamtes. Das Liniendiagramm vergleicht die Entwicklung der Totgeburtenanzahl in den Bundesländern von 1990 bis 2019. Die Zahl der Totgeburten bleibt über den beobachteten Zeitraum annähernd gleich. In Nordrhein-Westfalen finden in dem beobachteten Zeitraum die meisten Totgeburten statt. Darauf folgen die Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg.²²³ In den 16 Bundesländern gab es in dem beobachteten Zeitraum 84 412²²⁴ Totgeburten. In den drei Bundesländern mit der höchsten Anzahl an

²¹² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2020a.; Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020; Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

²¹³ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a; Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. (Eigene Berechnung).

²¹⁴ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²¹⁵ Ebd. (Eigene Berechnung).

²¹⁶ Ebd. (Eigene Berechnung).

²¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

²¹⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a.

²¹⁹ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a; Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. (Eigene Berechnung).

²²⁰ Ebd. (Eigene Berechnung).

²²¹ Ebd. (Eigene Berechnung).

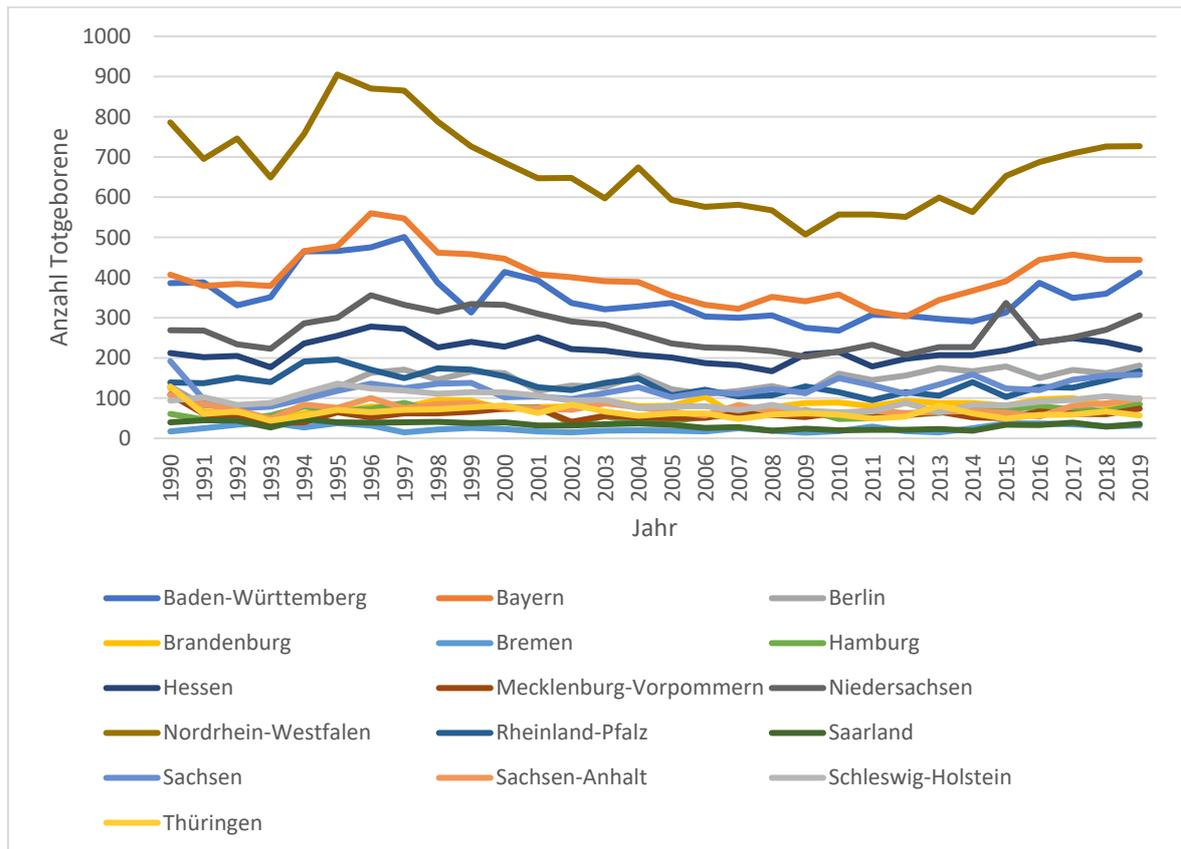
²²² Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²²³ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020c. Totgeborene: Bundesländer, Jahre. [dl-
de/by-2-0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797540514&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0106&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797540514&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0106&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].

²²⁴ Ebd. (Eigene Berechnung).

Totgeborenen gab es in dem beobachteten Zeitraum 42 986²²⁵ Totgeburten. Das heißt, dass über die Hälfte der Totgeburten in den drei Bundesländern stattfanden²²⁶. Da das Verhältnis der Totgeburten zu den Lebendgeburten sehr relevant ist, wurde nun die Anzahl der Lebendgeborenen untersucht. Insgesamt gab es in den 16 Bundesländern in dem beobachteten Zeitraum 22 357 506²²⁷ Lebendgeburten. In dem gleichen Zeitraum fanden in den drei Bundesländern, in denen zusammen mehr als die Hälfte der Totgeburten in Deutschland waren, 11 724 067²²⁸ Lebendgeburten statt. Dies entspricht ebenfalls mehr als der Hälfte aller Lebendgeburten in Deutschland²²⁹.

Abb. 5: Anzahl der Totgeborenen in den einzelnen Bundesländern



Quelle: Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020c. Totgeborene: Bundesländer, Jahre. Eigene Darstellung.

²²⁵ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020c. (Eigene Berechnung).

²²⁶ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²²⁷ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020d. Lebendgeborene: Bundesländer, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797667003&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0100&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb). (Eigene Berechnungen). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797667003&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0100&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].

²²⁸ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020d. (Eigene Berechnung).

²²⁹ Vgl. ebd.

3.5.2 Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg

In diesem Kapitel wird im Folgenden auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg näher eingegangen. Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung der beiden Bundesländer und dann ein Vergleich dieser.

2017 lebten rund 17,9²³⁰ Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen. Im Vergleich zu den 15 weiteren Bundesländern Deutschlands ist Nordrhein-Westfalen das mit der höchsten Bevölkerungszahl. Wäre Nordrhein-Westfalen ein Staat, wäre es sogar unter den zehn bevölkerungsreichsten Ländern Europas.²³¹ 29²³² Städte in Nordrhein-Westfalen haben mehr als 100 000 Einwohner. Nordrhein-Westfalen ist 34 092²³³ Quadratkilometer groß und damit das viertgrößte Bundesland in Deutschland²³⁴. Zudem leben in Nordrhein-Westfalen 517²³⁵ Einwohner pro Quadratkilometer, damit ist es auch das Bundesland mit der höchsten Bevölkerungsdichte²³⁶.

In Baden-Württemberg lebten 2019 11,1²³⁷ Millionen Menschen auf einer Fläche von 35 673²³⁸ Quadratkilometern. Baden-Württemberg ist damit das drittgrößte Bundesland und belegt Platz drei bei der Bevölkerungszahl²³⁹.

Die folgende deskriptive Statistik des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen beruht auf den Daten des Statistischen Landesamtes Information und Technik Nordrhein-Westfalen. Insgesamt sind Daten von 1924 bis 2019 verfügbar. Hervorzuheben ist, dass für 1994 keine Daten über die Anzahl der Geburten vorhanden sind. 1995 bestehen die Daten nur aus unvollständigen Meldungen der Standesämter. Zu berücksichtigen ist zwischen 1949 und 1963 außerdem, dass die Daten aus den Gebieten, die durch die Niederlande und Belgien verwaltet wurden, nicht inkludiert sind.²⁴⁰ Die deskriptive Statistik des Bundeslandes Baden-Württembergs beruht auf den Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Zur Verfügung stehen die Daten der Jahre 1950 bis 2019²⁴¹.

Als erstes folgt ein Vergleich der beiden Bundesländer im Hinblick auf die Totgeburten pro 1000 Geburten. Das Liniendiagramm (siehe Abbildung 6) gibt Informationen über die Totgeburten je 1000 Geburten im Vergleich wieder. Die Daten von den oben genannten Quellen wurden dafür benutzt.

²³⁰ Land Nordrhein-Westfalen (2018). Nordrhein-Westfalen kompakt. Verfügbar unter: <https://www.land.nrw/de/nrw-kompakt> [Zugriff am: 29.09.2020].

²³¹ Vgl. ebd.

²³² Ebd.

²³³ Ebd.

²³⁴ Vgl. ebd.

²³⁵ Ebd.

²³⁶ Vgl. ebd.

²³⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Eckdaten zur Bevölkerung (o.J.). Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=LA> [Zugriff am: 30.09.2020].

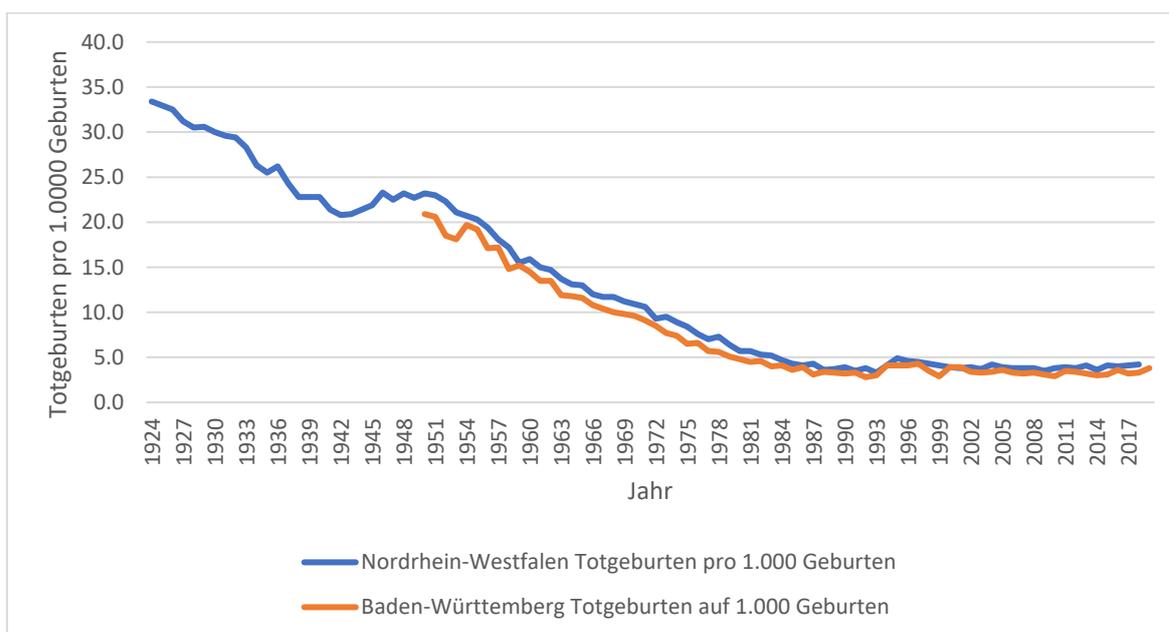
²³⁸ Ebd.

²³⁹ Vgl. Staatsministerium Baden-Württemberg (o.J.). Vielfältige Landschaften, Geografie. Verfügbar unter: <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/land-und-leute/geografie/> [Zugriff am: 30.09.2020].

²⁴⁰ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1924 bis 2018. Erhalt der Daten durch eine schriftliche Auskunft.

²⁴¹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/LRt0113.jsp> [Zugriff am: 07.10.2020].

Abb. 6 Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg



Quelle: Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020.; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen, 2020. Eigene Darstellung und Berechnung.

Das Liniendiagramm zeigt das Absinken der Totgeburten je 1000 Geburten für beide Bundesländer separat an. Die Entwicklung des Absinkens in den beiden Bundesländern verläuft in dem zu vergleichenden Abschnitt nahezu gleich²⁴². Ende der 1970er Jahre erreichen beide Bundesländer ein Verhältnis von fünf²⁴³ Totgeburten je 1000 Geburten. Ab 1980 bleibt Baden-Württemberg unter den fünf Totgeburten je 1000 Geburten und Nordrhein-Westfalen ab 1984²⁴⁴. Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen ist es noch möglich, die Entwicklung der Totgeburten je 1000 Geburten von 1924 bis 1949 zu betrachten. In diesem Zeitraum sinkt die Zahl der Totgeburten je 1000 Geburten deutlich.²⁴⁵ 1924 sind es in Nordrhein-Westfalen 33,4²⁴⁶ Totgeburten je 1000 Geburten. Diese sinken bis 1942 auf 20,8²⁴⁷ ab und steigen bis 1950 auf 23,2²⁴⁸ Totgeburten je 1000 Geburten an. Von 1950 an sinkt dieses Verhältnis²⁴⁹. Für diesen Zeitraum besteht leider nicht die Möglichkeit, einen Vergleich zu Baden-Württemberg aufzustellen, da für diesen Zeitraum keine Daten vorliegen.

Im Folgenden wird der Familienstand als ein weiteres Merkmal untersucht. Für Nordrhein-Westfalen sind dazu Daten von 1924 bis 2018 verfügbar²⁵⁰. Für das Bundesland Baden-Württemberg sind zu diesem Merkmal Daten von 1968 bis 2019 vorliegend²⁵¹. Zunächst

²⁴² Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020.; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnung).

²⁴³ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁴⁴ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²⁴⁵ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW).

²⁴⁶ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁴⁷ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁴⁸ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁴⁹ Vgl. ebd.

²⁵⁰ Vgl. ebd.

²⁵¹ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Totgeborene in Baden-Württemberg nach Geburtsjahr und Legitimität. Erhalt der Daten durch eine schriftliche Auskunft.

wird für das Bundesland Nordrhein-Westfalen das Verhältnis von nicht verheirateten Eltern mit Totgeburten zu verheirateten Eltern mit Totgeburten verglichen. Dieses wird nur anhand des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen durchgeführt, da für dieses Merkmal in diesem Bundesland Daten über einen längeren Zeitraum als in Baden-Württemberg vorhanden sind.²⁵²

Anhand der absoluten Zahlen von Nordrhein-Westfalen fällt auf, dass die Anzahl der Eltern mit Totgeburten, die miteinander verheiratet sind, im beobachteten Zeitraum stetig sinkt²⁵³. Die Anzahl der Eltern, die nicht miteinander verheiratet sind, sinkt von 1924 bis 1938 auf 338²⁵⁴ Totgeburten. 1946 ist die Anzahl der Totgeburten auf 748²⁵⁵ Totgeburten gestiegen. Von diesem Zeitpunkt an nimmt die Anzahl totgeborener Kinder von Eltern, die nicht miteinander verheiratet sind, bis 1977 ab²⁵⁶. Bis 1993 liegt die Anzahl der Totgeburten von nicht verheirateten Eltern zwischen 85²⁵⁷ und 118²⁵⁸ Totgeburten pro Jahr. Ab 1993 kommt es dann zu einer Zunahme der Anzahl von Totgeburten von nicht verheirateten Eltern pro Jahr. Ab 2013 liegen die Anzahl der Totgeburten von nicht verheirateten Eltern pro Jahr über 200. Die Anzahl der totgeborenen Kinder von verheirateten Eltern sinkt im Gegensatz zu der Anzahl der totgeborenen Kinder von unverheirateten Eltern nahezu stetig.²⁵⁹ Bei Berechnung des prozentualen Anteils der unverheirateten Eltern mit Totgeburten zu verheirateten Eltern mit Totgeburten fällt folgendes auf. In dem Liniendiagramm (siehe Abbildung 7) wird dieser Anteil in dem Zeitraum von 1924 bis 2018 dargestellt. Zu beachten ist, dass in diesem Zeitraum die oben erwähnte Datenlücke von 1939 bis 1945 liegt²⁶⁰. Bis 1939 liegt der Anteil der Totgeburten von unverheirateten Eltern zwischen 5 %²⁶¹ und 12 %²⁶². Nach der Datenlücke liegt der Anteil bereits bei 21 %²⁶³. Dieser sinkt in den folgenden Jahren bis 1986 auf 5,6 %²⁶⁴. Danach steigt der Anteil stetig an²⁶⁵. Sein Maximum erreicht der Anteil 2015 mit 74,6 %²⁶⁶. Der Anteil der unverheirateten Eltern mit Totgeburten nimmt zu²⁶⁷. Um diese Zunahme richtig zu bewerten, ist es wichtig, den Anteil der verheirateten und der nichtverheirateten Eltern von lebendgeborenen Kindern zu vergleichen. Bei diesem Vergleich wird deutlich, dass bei den lebendgeborenen Kindern der Anteil der unverheirateten Eltern deutlich zugenommen hat²⁶⁸. 2018 sind 42,7 %²⁶⁹ der Eltern von lebendgeborenen Kindern unverheiratet.

²⁵² Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Totgeborene in Baden-Württemberg nach Geburtsjahr und Legitimität; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW).

²⁵³ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW).

²⁵⁴ Ebd.

²⁵⁵ Ebd.

²⁵⁶ Vgl. ebd.

²⁵⁷ Ebd.

²⁵⁸ Ebd.

²⁵⁹ Vgl. ebd.

²⁶⁰ Vgl. ebd.

²⁶¹ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶² Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶³ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶⁴ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶⁵ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

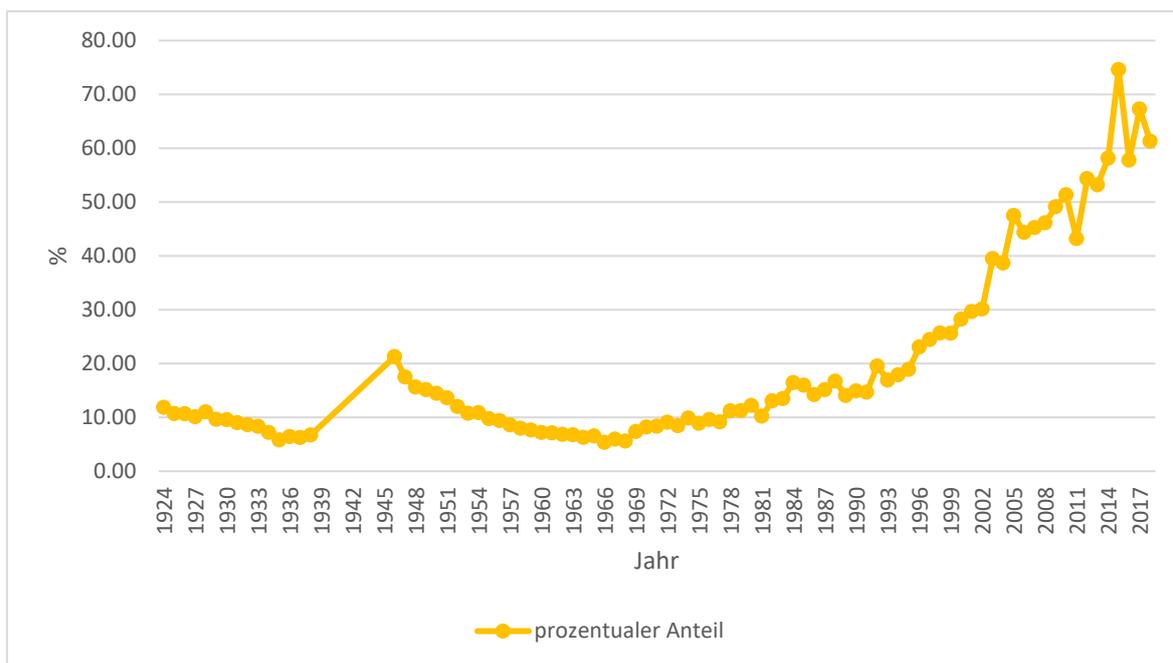
²⁶⁶ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶⁷ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶⁸ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²⁶⁹ Ebd. (Eigene Berechnung).

Abb. 7: prozentualer Anteil unverheirateter Eltern mit Totgeburten zu verheirateten Eltern mit Totgeburten



Quelle: Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Eigene Darstellung und Berechnung.

Nun wird ein Vergleich von Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg angeführt. In diesem Vergleich wird einmal der Anteil der nicht verheirateten Eltern mit Totgeburten und einmal der Anteil der verheirateten Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten verglichen. Zunächst werden die nicht verheirateten Eltern mit Totgeburten betrachtet. In dem Liniendiagramm (siehe Abbildung 8) sinken die Linien von Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen ist die Anzahl der Totgeburten bei nicht verheirateten Eltern insgesamt geringer.²⁷⁰ 1969 sind es in Nordrhein-Westfalen 18²⁷¹ Totgeburten bei nicht verheirateten Eltern pro 1000 Geburten. Zur gleichen Zeit waren es in Baden-Württemberg 16²⁷². Bis 1980 nimmt die Zahl in den beiden Bundesländern rasant ab²⁷³. Ab 1997 liegt in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen die Anzahl totgeborener Kinder von unverheirateten Eltern unter sechs²⁷⁴.

²⁷⁰ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW).

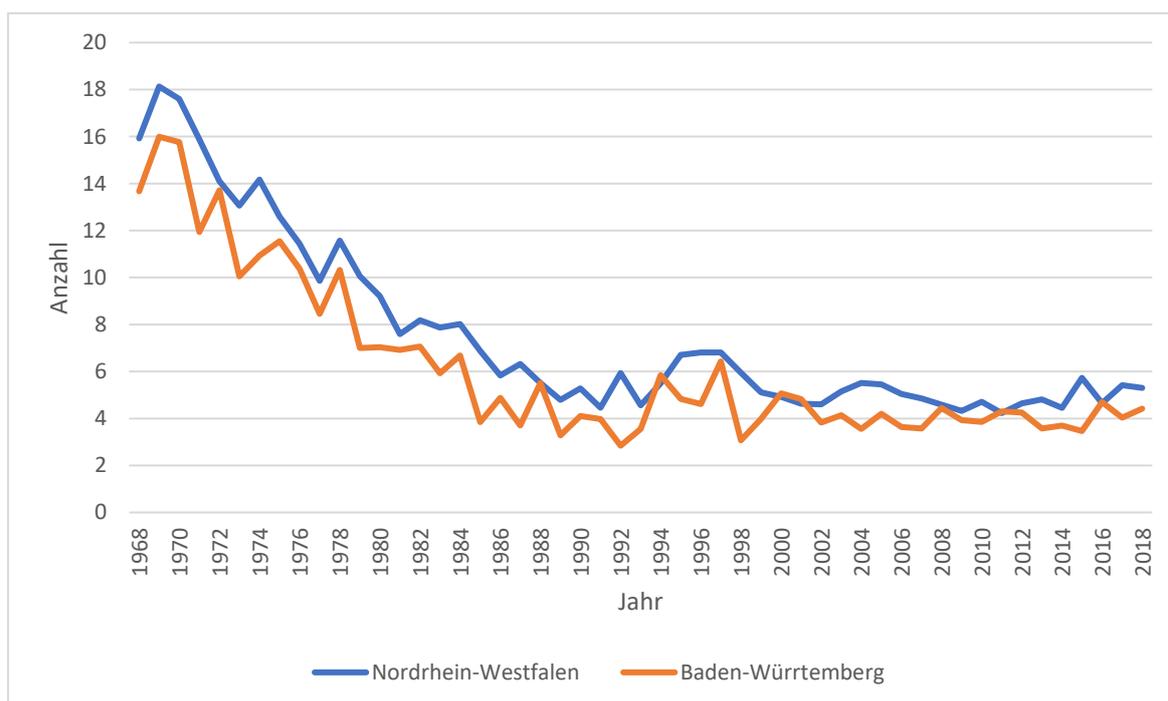
²⁷¹ Ebd. (eigene Berechnung).

²⁷² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (Eigene Berechnung).

²⁷³ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnung).

²⁷⁴ Ebd. (Eigene Berechnung).

Abb. 8: Nicht verheiratete Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg



Quelle: Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW); Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Eigene Darstellung und Berechnungen.

In dem vorliegenden Liniendiagramm (siehe Abbildung 9) wird nun die Anzahl der Totgeburten von verheirateten Eltern pro 1000 Geburten zwischen Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen verglichen. Insgesamt liegt die Anzahl totgeborener Kinder pro 1000 Geburten bei verheirateten Eltern in Nordrhein-Westfalen höher²⁷⁵. In Baden-Württemberg kommt es in den ersten Jahren des beobachteten Zeitraums zu einer deutlichen Abnahme der Totgeburten pro 1000 Geburten von verheirateten Eltern²⁷⁶. Waren es 1968 noch zehn²⁷⁷, lag 1979 die Anzahl bereits unter fünf Totgeburten pro 1000 Geburten²⁷⁸. In Nordrhein-Westfalen lag zu Beginn des Beobachtungszeitraums die Anzahl der Totgeborenen pro 1000 Geburten bei elf²⁷⁹. Ab 1984 lag die Anzahl der totgeborenen Kinder von verheirateten Eltern pro 1000 Geburten unter fünf²⁸⁰.

²⁷⁵ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnungen).

²⁷⁶ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (Eigene Berechnungen).

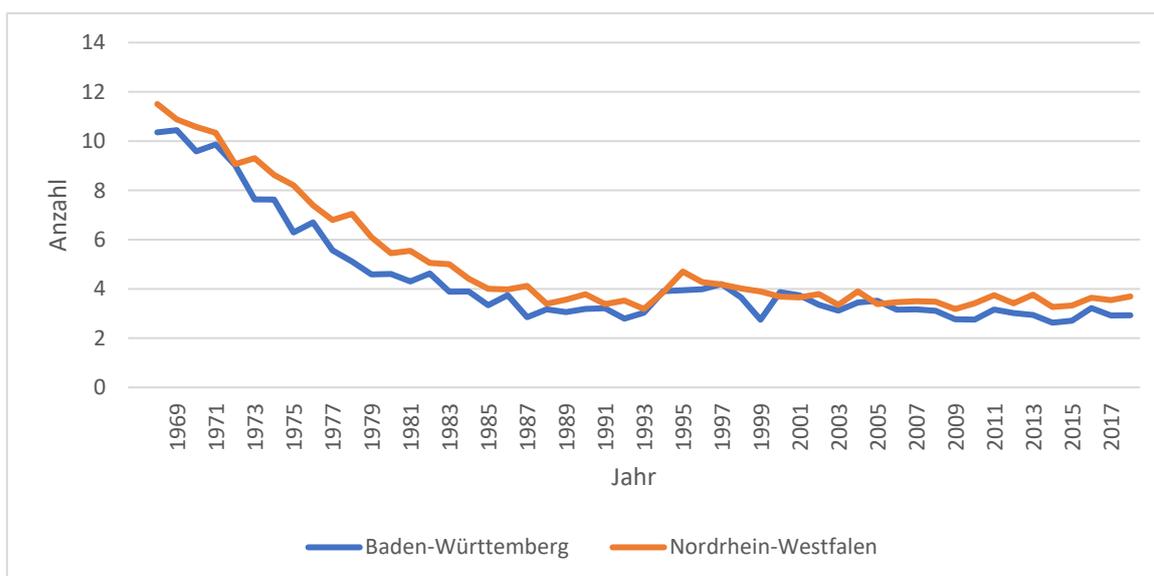
²⁷⁷ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁷⁸ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²⁷⁹ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnung).

²⁸⁰ Vgl. ebd.

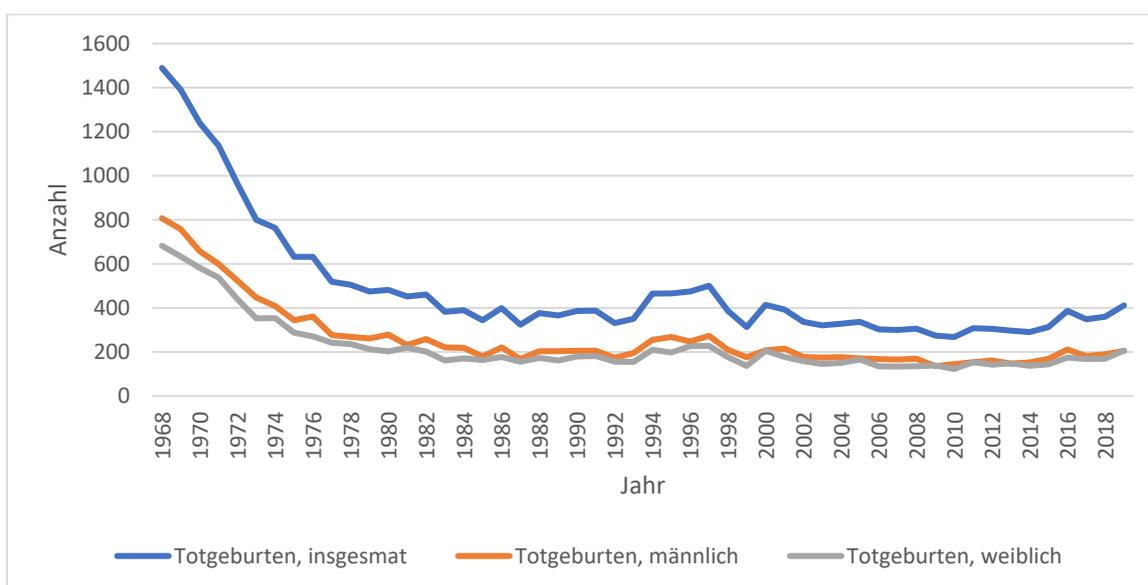
Abb. 9: Verheiratete Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg



Quelle: Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Eigene Darstellung und Berechnung,

Ein weiteres relevantes Merkmal ist das Geschlecht des Totgeborenen. Für dieses Merkmal liegen nur Daten des Bundeslandes Baden-Württemberg vor. Deshalb ist kein Vergleich mit Nordrhein-Westfalen möglich. Für dieses Merkmal liegen Daten in dem Zeitraum von 1968 bis 2019 vor.²⁸¹ Das Liniendiagramm (siehe Abbildung 10) gibt Informationen über die

Abb. 10: Totgeborene in Baden-Württemberg nach Geschlecht



Quelle: Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Eigene Darstellung.

Anzahl aller Totgeburten in Baden-Württemberg und deren Geschlecht wieder. Insgesamt zeigt das Liniendiagramm, dass besonders zu Beginn des Beobachtungszeitraums sowohl die Anzahl der männlichen als auch die Anzahl der weiblichen Totgeburten stetig sinkt.

²⁸¹ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Diese Reduzierung erfolgt bei beiden in einem annähernd gleichen Verhältnis. Die Zahl der weiblichen Totgeburten übersteigt die Anzahl der männlichen Totgeburten in dem Beobachtungszeitraum von 51 Jahren in drei Jahren. Hervorzuheben ist hier, dass die Anzahl der weiblichen Totgeburten die der männlichen Totgeburten dreimal nach der Jahrhundertwende übersteigt.²⁸² Insgesamt zeigt sich jedoch ein lediglich geringer prozentualer Unterschied²⁸³. Von der Gesamtzahl der Totgeburten in Baden-Württemberg sind jährlich mindestens 49,45 %²⁸⁴ und höchstens 57,88 %²⁸⁵ männlich.

²⁸² Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

²⁸³ Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

²⁸⁴ Ebd. (Eigene Berechnung).

²⁸⁵ Ebd. (Eigene Berechnung).

4 Ergebniszusammenfassung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der hier vorliegenden Doktorarbeit dargelegt. Das Kapitel kann in zwei Unterkapitel unterteilt werden. In dem ersten Unterkapitel sollen alle relevanten Ergebnisse zusammengefasst werden, die die Frage beantworten, ob ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat. In dem zweiten Unterkapitel werden die Bundesländer Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen abschließend verglichen.

4.1 Gesellschaftlicher Wandel

Für die Beantwortung der Frage, ob ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat, sind in der vorliegenden Arbeit verschiedene, für diese Fragestellung relevante, Aspekte analysiert worden. Auf diese Aspekte wird im Folgenden eingegangen.

4.1.1 Definition

Die Definitionen der Tot-, Lebend- und Fehlgeburten wurde innerhalb Deutschlands mehrfach verändert. Es gibt keine globale Definition für Totgeburten, wodurch der Vergleich nur innerhalb eines Landes möglich ist. Die Kriterien einer Totgeburt wurden zuletzt 1994 durch eine Reduzierung des zu erreichenden Gewichts verändert. Dadurch zählen vorher als Fehlgeburt klassifizierte Kinder ab 1994 als Totgeburt.²⁸⁶

4.1.2 Rechtliche Aspekte

In diesem Kapitel wird der gesellschaftliche Wandel in Bezug auf die Taufe, das Namensrecht und die Bestattung aufgeführt.

4.1.2.1 Die Taufe

Die Taufe darf in Notsituationen von jedem Menschen, der selbst getauft ist, durchgeführt werden. Jedoch ist eine Taufe laut Kirchenordnung nur für lebende Kinder möglich. Auch heute ist es nicht möglich, totgeborene Kinder zu taufen. Es ist nur möglich, die Kinder aussegnen und salben zu lassen.²⁸⁷

4.1.2.2 Das Namensrecht

Bei dem Namensrecht hat bereits 1998 die erste Veränderung stattgefunden. Denn seit 1998 wurde es Eltern von totgeborenen Kindern ermöglicht, ihnen auf eigenen Wunsch hin einen Namen eintragen zu lassen. Erst seit 2013 besteht die Möglichkeit für Eltern von fehlgeborenen Kindern, beim Standesamt eine Bescheinigung mit dem Namen zu erhalten.²⁸⁸

²⁸⁶ Vgl. § 31 Absatz 1-2 PStV.

²⁸⁷ Vgl. Lothrop, 2007, S. 90. (gesamter Absatz).

²⁸⁸ Vgl. Initiative Regenbogen Glücklose Schwangerschaft, ohne Jahr.

4.1.2.3 Beerdigung

Deutschlandweit ist es möglich, sein totgeborenes Kind bestatten zu lassen. Diese Regelung ist aktuell noch nicht in allen Bundesländern für Fehlgeburten gültig²⁸⁹. 2009 erreichte eine Elterninitiative, dass in den meisten Bundesländern ein Bestattungsrecht für Fehlgeburten eingeführt wurde²⁹⁰. Bei der Bestattung der Tot- und Fehlgeburten, die durch die Klinik ausgeführt wird, ist seit dem 1998 veröffentlichten Artikel von Viola Roggenkamp über das Verfahren der Entsorgung der Tot- und Fehlgeburten ein Umdenken notwendig geworden²⁹¹. Die Klinik hat das tot- oder fehlgeborene Kind in angemessener Weise zu bestatten²⁹².

4.1.3 Medizinische Aspekte

4.1.3.1 Ursachen

Bis 1960 ist durch die Rhesus-D-Prophylaxe der Anteil totgeborener Feten aufgrund einer Rhesusinkompatibilität deutlich gesunken²⁹³. Die Wigglesworth-Klassifikation wurde 1980 entwickelt, um Ansatzpunkte herauszufinden, die es ermöglichen, die Anzahl Totgeburten zu reduzieren²⁹⁴. Insgesamt konnte eine Ursache, durch die Rhesus-D-Prophylaxe, für Totgeburten behoben werden.

4.1.3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Durch die Einführung der Ultraschalluntersuchung vor 70 Jahren können die schwangeren Frauen früher eine Bindung zu ihrem Kind aufbauen und ein positiveres Gefühl in Bezug auf die Schwangerschaft und das Kind entwickeln.²⁹⁵

4.1.4 Soziale Aspekte

Ende des 19. Jahrhunderts kam es zum Absinken der Geburtenrate. Zum einen ist dies auf die medizinischen Fortschritte im Bereich der Verhütung zurückzuführen, zum anderen aber auf den bei Frauen auftretenden Wunsch nach weniger Kindern.²⁹⁶ Zeitgleich kam es zu zwei weiteren wichtigen Veränderungen: Die Einführung des staatlich entwickelten Sozialversicherungssystems und das Mutterschutzgesetz. Durch das Sozialversicherungssystem sind Eltern im hohen Alter nicht mehr auf ihre Kinder angewiesen²⁹⁷. Die zweite wichtige Veränderung ist die Einführung eines Gesetzes, das die

²⁸⁹ Vgl. Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur. Sternenkinder – Regelungen/Gesetze der Bundesländer – Übersicht.

²⁹⁰ Vgl. Torsten Barthel, Tot- und Fehlgeburten: Sternenkinder bekommen endlich ihre Würde (2012). In: Legal Tribune Online, 09.05.2012, Verfügbar unter: https://www.lto.de/persistent/a_id/6161/ [Zugriff am: 09.11.2020].

²⁹¹ Vgl. Roggenkamp, 1998.

²⁹² Vgl. Beispiel anhand Nordrhein-Westfalens: § 14 Absatz 2 BestG NRW.

²⁹³ Vgl. Beinder & Bucher, 2008, S. 290; Vgl. Schneider, H., Husslein & Schneider, K-T, M, 2016, S. 616.

²⁹⁴ Vgl. Wigglesworth, 1980.

²⁹⁵ Vgl. Beutel, 2002, S. 12.; Vgl. Strauss, 2008.

²⁹⁶ Vgl. Nonn, 2020, S. 79.

²⁹⁷ Vgl. ebd. S. 79-87.

Gesundheit der Mütter unterstützt und sie einen gewissen Zeitraum von der Arbeit entbindet. Das Mutterschutzgesetz tritt auch bei einer Totgeburt in Kraft²⁹⁸.

4.1.4.1 Ablauf der Totgeburt

Während es vor 1980 üblich war, dass die Eltern von der Geburt ihres totgeborenen Kindes so wenig wie möglich mitbekommen, ist es in der heutigen Zeit genau entgegengesetzt. Die Eltern sollen eine verstärkte Beziehung zu ihrem totgeborenen Kind aufbauen und können Angehörige an dem Prozess des Kennenlernens und Abschiednehmens teilhaben lassen.

4.1.4.2 Betreuung der Eltern

Die Eltern sollen im Gegensatz zu früher aktiv in den Ablauf der Totgeburt und alle weiteren Entscheidungen mit einbezogen werden. Ihnen wird die Zeit gegeben, die sie brauchen, um das totgeborene Kind kennenzulernen und sich von ihm zu verabschieden. Im Internet gibt es viele verschiedene Angebote, die für verwaiste Eltern entstanden sind.

4.1.5 Statistik

4.1.5.1 Totgeburten in Deutschland

Die Anzahl der Totgeburten sowie der Geburten in Deutschland ist in dem betrachteten Zeitraum von 1950 bis 2019 deutlich gesunken²⁹⁹. Insgesamt zeigt sich bei der Auswertung der Totgeburten je 1000 Geburten im Jahr 1993 in Deutschland ein Absinken der Anzahl Totgeburten je 1000 Geburten auf drei³⁰⁰ Totgeburten. Insgesamt steigt die Anzahl Totgeburten je 1000 Geburten auf vier³⁰¹ an und ändert sich von 1995 an nur noch geringfügig³⁰². Zu beachten sei hier die letzte Definitionsänderung, die im Jahr 1994 eingeführt wurde. Die Gewichtsgrenze wurde von 1000 Gramm auf 500 Gramm reduziert, wodurch die Definition von Totgeburten erweitert wurde und vor 1994 als Fehlgeburten klassifizierte Kinder als Totgeburten klassifiziert wurden.³⁰³

4.1.5.2 Verheiratete und unverheiratete Eltern

Über die Zeit gesehen gibt es zunehmend mehr unverheiratete Eltern mit Totgeburten und weniger verheiratete Eltern mit Totgeburten in Nordrhein-Westfalen³⁰⁴. Des Weiteren kam es zu einer Zunahme des prozentualen Anteils bei unverheirateten Eltern mit Lebendgeburten zu verheirateten Eltern mit Lebendgeburten³⁰⁵. Insgesamt nimmt die Anzahl Geburten bei unverheirateten Eltern zu. Der Anteil nicht verheirateter Eltern mit

²⁹⁸ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020.

²⁹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a; Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. (Eigene Berechnung).

³⁰⁰ Ebd. (Eigene Berechnung).

³⁰¹ Ebd. (Eigene Berechnung).

³⁰² Vgl. ebd. (Eigene Berechnung).

³⁰³ Vgl. § 31 PStV; Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015.

³⁰⁴ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Darstellung und Berechnung).

³⁰⁵ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnung).

Totgeburten je 1000 Geburten nimmt in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg bis 1980 ab und liegt ab 1997 unter sechs³⁰⁶ totgeborenen Kindern von unverheirateten Eltern in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Insgesamt zeigt sich, dass immer mehr unverheiratete Eltern Kinder bekommen.

4.2 Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen

In diesem Kapitel wird das Ergebnis des Vergleichs von Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg festgehalten.

4.2.1 Definition

Trotz der häufigen Änderungen der Kriterien, die eine Totgeburt definieren, gibt es in diesem Punkt keinen Unterschied zwischen den beiden Bundesländern. Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg waren beides keine Bundesländer der Deutschen Demokratischen Republik. 1975 kam es nur in einem Teil Deutschlands, nämlich in der Deutschen Demokratischen Republik, zu einer Definitionsänderung. Dadurch änderte sich in den beiden Bundesländern die Definition zu diesem Zeitpunkt nicht. 1985 kam es zu einer Definitionsänderung in der Bundesrepublik Deutschland, der beide Bundesländer angehörten, wodurch sich die Definition zum gleichen Zeitpunkt und in gleicher Weise veränderte.³⁰⁷

4.2.2 Rechtliche Aspekte

Für das Namensrecht und für die Taufe gelten in beiden Bundesländern die gleichen Regularien. Die Bestattungsgesetze sind hingegen unterschiedlich. In Nordrhein-Westfalen besteht für Tot- und Fehlgeburten keine Bestattungspflicht, aber ein Bestattungsrecht³⁰⁸. In Baden-Württemberg hingegen besteht eine Bestattungspflicht für Totgeburten und ein Bestattungsrecht für Fehlgeburten³⁰⁹. Totgeburten müssen in Baden-Württemberg bestattet werden, währenddessen in Nordrhein-Westfalen die Eltern entscheiden, ob Sie ihr Kind bestatten möchten oder die Klinik die Bestattung des Kindes vornimmt.

4.2.3 Statistik

Im Vergleich der beiden Bundesländer sind folgende Ergebnisse festzuhalten: In dem Merkmal der Totgeburten je 1000 Geburten ist in dem beobachteten Zeitraum im Vergleich der beiden Bundesländer ein nahezu gleicher Wert zu beobachten. Die Anzahl der Totgeburten je 1000 Geburten sinkt in den beiden Bundesländern in gleichem Maße.³¹⁰ In dem Vergleich der beiden Bundesländer in dem Merkmal der nicht verheirateten Eltern mit

³⁰⁶ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnung).

³⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2015. (gesamter Absatz).

³⁰⁸ Vgl. § 14 Absatz 2 BestG NRW.

³⁰⁹ Vgl. § 30 Absatz 1 und 2 BestattG BW.

³¹⁰ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020.; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen, 2020. (Eigene Berechnung).

Totgeburten je 1000 Geburten zeigt sich auch ein nahezu identischer Verlauf. Gleiches gilt für die Untersuchung des Merkmals der verheirateten Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten.³¹¹

³¹¹ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). (Eigene Berechnung).

5 Diskussion und Schlussfolgerung

Die in der hier vorliegenden Arbeit verfassten Ergebnisse werden nun im folgenden Kapitel diskutiert und die entsprechende Schlussfolgerung gezogen.

5.1 Diskussion

In der hier vorliegenden Arbeit wurde das Thema Totgeburten mit der Fragestellung, ob ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat, anhand verschiedener Quellen erörtert. Das Ergebnis und die Schlussfolgerungen basieren auf diesen verwendeten Quellen, weshalb es wichtig ist, diese auf ihre Verlässlichkeit und ihre Qualität zu untersuchen.

In dieser Arbeit wurden hauptsächlich Internetquellen verwendet, um die Ergebnisse der Literaturrecherche zu verschriftlichen. Gerade deshalb ist es wichtig, die Quellen zu untersuchen, da besonders bei Internetquellen die Gefahr besteht, dass diese nicht verlässlich und qualitativ hochwertig sind.

Im Zuge des Kapitels der Definitionen wurden hauptsächlich die Personenstandsverordnung sowie Internetquellen des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit verwendet. Diese Quellen können als verlässlich und qualitativ hochwertig eingeordnet werden. Im darauffolgenden Kapitel der rechtlichen Aspekte werden hauptsächlich Gesetzestexte als Grundlage verwendet, die auch als eine verlässliche und qualitativ hochwertige Quelle zählen. In dem Kapitel Medizinische Aspekte werden ebenfalls Quellen verwendet, die den zuvor genannten Kriterien entsprechen. In diesem Kapitel werden vorzugsweise Publikationen und Bücher zitiert oder als Referenz angegeben. Gleiches gilt für das Kapitel der sozialen Aspekte, wobei in diesem Kapitel einige Zitate auf die Internetseite der Bundeszentrale für politische Bildung verweisen, die ebenfalls den oben aufgeführten Kriterien entsprechen. Für die aktuellen Empfehlungen wird vor allem „ALPHA NRW“, die Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung zitiert. Auch diese Quelle entspricht den oben genannten Kriterien. Das Kapitel der Statistik beruht auf Daten aus dem Internet, was im Folgenden näher erläutert wird. Für die Daten über Totgeburten in Deutschland wurde die Datenbank des statistischen Bundesamtes als Quelle hinzugezogen. Die Daten der Totgeburten des Bundeslandes Baden-Württemberg wurden hauptsächlich der Internetseite des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg entnommen. Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen wurden die Daten vom Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellt. Diese für die Statistik relevanten Quellen sind verlässlich und als qualitativ hochwertig anzusehen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der hier vorliegenden Arbeit die Ergebnisse, die formuliert wurden, als zuverlässig und aussagekräftig bewertet werden können. Denn die für die Erarbeitung der Ergebnisse verwendeten Quellen können als qualitativ hochwertig und verlässlich eingestuft werden.

5.2 Schlussfolgerung

In der hier vorliegenden Arbeit wurde das Thema Totgeburten mit der Fragestellung, ob ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat, thematisiert. Eine Analyse und Bewertung veränderter Verhaltens- und Denkweisen zeigt den gesellschaftlichen Wandel wie nachfolgend dargestellt auf.

Totgeburten waren damals im Gegensatz zu heute kein Ziel wissenschaftlichen Interesses. Dies ist anhand der geringen wissenschaftlichen Erkenntnisse ableitbar, beispielsweise anhand der Rhesus-D-Prophylaxe. Diese Prophylaxe zur Verhinderung der hämolytischen Krankheit Morbus haemolyticus neonatorum ist erst 1960, im Rahmen des zunehmenden wissenschaftlichen Interesses, eingeführt worden³¹². Durch diese wissenschaftliche Erkenntnis kam es zu einer Reduzierung der Totgeburten³¹³. Dies und die Einführung von Klassifikationssystemen zur Reduzierung der Totgeburtenrate deuten auf ein wachsendes wissenschaftliches Interesse hin. Insgesamt stehen aktuell 35 verschiedene Klassifikationssysteme zur Verfügung. Die Wigglesworth-Klassifikation ist eine der bekanntesten Klassifikationssysteme.³¹⁴ Diese wurde erst 1980 entwickelt und ist besonders darauf ausgerichtet, die Todesursache herauszufinden³¹⁵. Insgesamt verdeutlichen diese wissenschaftlichen Errungenschaften, zum Beispiel 1960 die Rhesus-D-Prophylaxe, den Wandel der gesellschaftlichen Denkweise bezogen auf die wissenschaftliche Relevanz des Themas. Ein gesellschaftlicher Wandel wird durch die steigenden wissenschaftlichen Ergebnisse besonders deutlich.

Der 1998 erschienene Zeitungsartikel von Viola Roggenkamp ist nur ein Beispiel für den damals noch mangelnden Respekt und die mangelnde Wertschätzung der Gesellschaft gegenüber den Totgeburten. In dem Artikel beschreibt Roggenkamp, wie die Bestattung von Tot- und Fehlgeburten durch Kliniken ausgeführt wird. Durch diesen Ablauf wird deutlich, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine Sensibilisierung des Themas stattgefunden hat. Es fehlte der Gesellschaft an Achtung gegenüber den Totgeburten. Auch dass bis 1998 die Eltern einer Totgeburt nur dessen Geschlecht in das Geburtenregister eintragen konnten³¹⁶, deutet auf mangelnde Anerkennung der Geburt eines toten Kindes hin. Erst seit 1998 können die Eltern eines totgeborenen Kindes einen Namen für ihr Kind eintragen lassen³¹⁷. Für die Eltern des totgeborenen Kindes ist das Eintragen des Namens ihres Kindes ein Akt der Anerkennung des Kindes durch die Gesellschaft. Seit 2013 ist das Eintragen des Namens bei einer Fehlgeburt für die Eltern möglich³¹⁸. Dies ist zwar keine Veränderung, die sich im Bezug der Totgeburten vollzogen hat, dennoch zeigt sie auf, dass die Entscheidung der Namenseintragung bei Totgeburten ein wichtiger Schritt gewesen ist und dass der gesellschaftliche Wandel in Bezug der Wertschätzung der Totgeburten sogar einen gesellschaftlichen Wandel in Bezug der Wertschätzung von Fehlgeburten beeinflusst.

³¹² Vgl. Schneider, Husslein, Schneider, 2016, S. 616.

³¹³ Vgl. Beinder & Bucher, 2008, S. 290.

³¹⁴ Vgl. ebd., S. 287.

³¹⁵ Vgl. Wigglesworth, 1980.

³¹⁶ Vgl. Initiative Regenbogen Glücklose Schwangerschaft, ohne Jahr.

³¹⁷ Vgl. ebd.

³¹⁸ Vgl. The Compassionate Friends. Supporting Family after a Child dies. Worldwide Candle Lighting.

Verfügbar unter:

https://web.archive.org/web/20121016090623/http://www.compassionatefriends.org/News_Events/Special-Events/Worldwide_Candle_Lighting.aspx [Zugriff am: 12.11.2020].

Der Wandel der Gesellschaft hat sich fortgesetzt, das heißt, die Gesellschaft zeigt zunehmend Aufmerksamkeit und Achtung gegenüber Totgeburten, aber auch gegenüber Fehlgeburten. Zudem deutet das seit 1997 weltweite Anzünden einer Kerze am zweiten Sonntag im Dezember einen Wertewechsel an. Darüber hinaus ist ein weiterer wichtiger Punkt, dass das 1952 eingeführte Mutterschutzgesetz, welches auch für Mütter von Totgeburten gilt³¹⁹, zeigt, dass die Gesellschaft eine neue Sichtweise zu Totgeburten hat. Insgesamt zeigt sich bei den von der Gesellschaft vollzogenen Maßnahmen, dass ein Umdenken der Gesellschaft stattgefunden hat.

Für die Familie, die eine Totgeburt erlebt hat, veränderte sich in den letzten Jahren einiges, besonders ab dem im Jahre 1991 erschienenen Buch von Hannah Lothrop. Die Gesellschaft pflegt einen neuen Umgang mit Totgeburten, der für die Familien in vielen Bereichen erleichternd ist. Die Familien selbst haben sich aber auch verändert. Für sie ist der persönliche Wert ihres Kindes gestiegen. Sie setzen sich mehr für ihre Totgeburt ein und wollen, dass ihr totgeborenes Kind nicht nur von ihnen, sondern auch von der Gesellschaft anerkannt wird. Diese neue Ansicht wird vor allem durch die von Eltern mit Totgeburten geführte Petition deutlich. 2013 erreichte die Elterninitiative die Änderung des Personenstandsgesetzes³²⁰. Daneben haben sich die Begriffe Sternenkind oder Engelskind als Synonym für totgeborenes oder fehlgeborenes Kind durchgesetzt³²¹. Dies verdeutlicht ergänzend die gestiegene Wertschätzung der Kinder für die Familie. Unter diesen Synonymen gibt es Internetforen³²², in denen sich betroffene Eltern austauschen und gegenseitig unterstützen. Daraus entwickelte sich eine Gemeinschaft, die unter anderem durch die oben genannten Petitionen ihre Interessen vertritt. Es werden die Rechte der Eltern erläutert, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Bestattung³²³. Alles eingeschlossen zeigt sich, dass die Eltern sich zum einen dafür einsetzen, dass die Geburt ihres totgeborenen Kindes auch in der Gesellschaft anerkannt wurde und dass die Eltern um ihr totgeborenes Kind entsprechend trauern durften.

Die geringe Wahrnehmung des totgeborenen Kindes im Bekanntenkreis ist einem offeneren und bewussteren Umgang der Gesellschaft beziehungsweise des Bekanntenkreises zu den Eltern mit dem totgeborenen Kind gewichen. Dies wird besonders deutlich an dem was betroffene Eltern berichten. Hannah Lothrop gibt in ihrem Buch „Gute Hoffnung – jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern“ unter anderem einen Einblick in ihr persönliches Empfinden. Lothrop selbst verlor während ihrer Schwangerschaft ihre Tochter Cara. In ihrem Buch schreibt Lothrop eine Widmung an ihre verlorene Tochter, die wie folgt lautet: „Für Cara, die ihre Spuren in unseren Herzen und auf dieser Erde hinterlassen hat, obwohl »man« sagt, sie habe ja noch nicht gelebt.“³²⁴. In dieser Widmung macht Lothrop den Wert ihrer Tochter für ihre Familie sehr deutlich. Sie beschreibt jedoch auch, dass die Gesellschaft dieses Empfinden Lothrops für ihre Tochter nicht versteht, da Cara nicht lebend auf die Welt

³¹⁹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ohne Jahr.

³²⁰ Vgl. Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur. Fehl-, Früh- und Totgeburten: „Sternenkinder“.

³²¹ Vgl. Bundesverband Deutsche Bestatter e.V.. Sternenkind, ohne Jahr.

³²² Vgl. Die Schmetterlingskinder. www.schmetterlingskinder.de.

³²³ Vgl. Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur. Sternenkind – Regelungen/Gesetze der Bundesländer – Übersicht

³²⁴ Vgl. Lothrop, 2007, Widmung.

gekommen ist. Oft wurde der Kontakt von Angehörigen zu der Mutter gemieden, und wenn einer stattgefunden hat, wurde der Verlust des Kindes oft totgeschwiegen. Der Bekanntenkreis hatte nicht die Möglichkeit, das totgeborene Kind kennenzulernen. Die damalige Denkweise war, dass eine Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind erst entstehen würde, wenn ein Kontakt zwischen dem Kind und den Eltern zugelassen werden würde³²⁵. Es wurde der Kontakt zwischen den Eltern und dem Kind minimalisiert. Oft wusste selbst die Mutter nicht, wie ihr Kind aussieht. Dadurch, dass selbst die Familie ihr totgeborenes Kind nicht kennenlernen konnte, konnten sie ihrem Bekanntenkreis auch nicht von ihrem totgeborenen Kind berichten.

In einer 1986 durchgeführten Studie wurde ein Problem in der hausärztlichen Versorgung besonders deutlich. Bei Patienten mit einer Totgeburt wurde vom Hausarzt gegenüber Patientinnen mit einer Lebendgeburt deutlich seltener eine Auffälligkeit bemerkt. Die Patientinnen mit einem totgeborenen Kind wechselten wegen fehlender Betreuung ihren Hausarzt. Für die mangelnde Betreuung wird unter anderem die Belastungssituation für das Personal gesehen, wenn die Patientinnen über ihr totgeborenes Kind sprechen wollen.³²⁶

In dem Bereich hat eine deutliche Veränderung stattgefunden. Der Umgang mit den Eltern einer Totgeburt ist sensibler geworden. Besonders deutlich wird dies am geänderten Ablauf einer Totgeburt. Während früher die Mutter sediert war und der Kontakt zur Totgeburt minimalisiert wurde, werden jetzt Angehörige mit einbezogen und die Mutter nicht zwingend sediert. Der Familie, die eine Totgeburt erleiden muss, werden Raum und Zeit für das Kennenlernen ihres totgeborenen Kindes eingeräumt. Auch Angehörige der Familie können das totgeborene Kind kennenlernen³²⁷. Die Gesellschaft bringt sich aktiv in diesen Prozess ein, in dem sie zum Beispiel für totgeborene Kinder Kleidungsstücke anfertigt und es werden Seminare für die Eltern zur Unterstützung angeboten³²⁸. Des Weiteren wurden Empfehlungen für den Umgang der Gesellschaft mit Eltern von totgeborenen Kindern herausgegeben. Auf der einen Seite wird dadurch das Interesse der Gesellschaft am richtigen Umgang mit den Eltern verdeutlicht, auf der anderen Seite wurde sich damit von einem Teil der Gesellschaft auseinandergesetzt, was genau der richtige Umgang ist. In den Empfehlungen werden die Bedürfnisse der Eltern offen kommuniziert und deren Bedürfnisse respektiert.

Schlussendlich kann festgehalten werden, dass ein deutlicher gesellschaftlicher Wandel stattgefunden hat. Dieser ist besonders geprägt durch einen offeneren und deutlich bewussteren Umgang der Gesellschaft mit dem Thema Totgeburt an sich und der Umgang mit den Eltern, die eine Totgeburt erleiden mussten. Zugleich kommt dem Thema Totgeburten und weiteren Themen, die für die Angehörigen wichtig sind, die Gesellschaft mit einer deutlich höheren Wertschätzung entgegen. Das Thema Totgeburten ist für die Gesellschaft kein Tabuthema mehr. Zeitgleich ist für die Familie selbst der Umgang mit ihrem totgeborenen Kind deutlich verändert. Die Familie äußert verstärkt ihre Bedürfnisse, die sie in einem solch schwerem Moment, an dem die Geburt eines langersehnten Kindes stattfindet und gleichzeitig dessen Tod, empfindet. Die Betroffenen setzten sich für die Rechte als Eltern einer Totgeburt, aber auch für die Rechte ihres totgeborenen Kindes ein und sensibilisierten damit die Gesellschaft für dieses Thema. Nicht nur die Gesellschaft und

³²⁵ Vgl. Beutel, 2002, S. 78.

³²⁶ Vgl. Bourne, 1968, S. 103–112; Vgl. Beutel, 2003, S. 147. (gesamter Absatz).

³²⁷ Vgl. Lothrop, 2007, S. 87 f.

³²⁸ Vgl. Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V..

die Familien haben ihre Denk- und Verhaltensweise im Umgang mit Totgeburten stark verändert. Auch in Bezug auf die Wissenschaft zum Thema Totgeburten gab es einen Verhaltenswandel. Das Interesse an dem Thema ist deutlich gestiegen, wodurch bereits erste Prophylaxen, zum Beispiel die Rhesus-D-Prophylaxe, für die Verhinderung einer Totgeburt entstanden sind.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

§ 31 Absatz 1 Satz 1-2 PStV.

§ 14 Absatz 2 BestG NRW.

§ 30 Absatz 1 und 2 BestattG BW.

§ 1 Absatz 2 Brem.GBL..

Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur (o.J.). Fehl-, Früh- und Totgeburten: „Sternenkinder“. Verfügbar unter:
https://www.aeternitas.de/inhalt/kind_tod_trauer/sternenkinder/index_html [Zugriff am 06.07.2020].

Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur (o.J.). Sternenkinder – Regelungen/Gesetze der Bundesländer – Übersicht. Verfügbar unter:
https://www.aeternitas.de/inhalt/kind_tod_trauer/sternenkinder/sternenkinder_rechtliches/bundeslandregelungen [Zugriff am 06.07.2020].

Beinder, E. & Bucher, H. (2008). Totgeburt und plötzlicher Kindstod. *Der Gynäkologe* 41, S. 287-290.

Beutel, M. (2002). Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod. In: Brähler, E., Fikentscher, E. & Strauß, B. (Hrsg.). Reihe Psychosoziale Medizin. Göttingen: Hogrefe.

Bhutta, Z. A., Yakoob, M. Y., Lawn, J. E., Rizvi, A., Friberg, I. K., Weissman, E., Buchmann, E., Goldenberg, R. L., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: what difference can we make and at what cost?. *Lancet* (London, England).

Bourne S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), S. 103–112.

Bundesgesundheitsministerium (2020). Glossar: HIV und AIDS. Verfügbar unter:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/aidshiv.html> [Zugriff am: 20.07.2020].

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018a). Fakten: Diagramm: Gestorbene und rohe Sterbeziffer in Deutschland, 1841 bis 2016. Verfügbar unter:
<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S01-Gestorbene-Sterbeziffer-ab-1841.html> [Zugriff am: 10.07.2020].

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018b). Totgeborene je 1.000 Lebend- und Totgeborene in Deutschland, 1841-bis 2016. Verfügbar unter:
<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S15-Totgeborene-je-Geburt-ab-1841.html> [Zugriff am: 11.07.2020].

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020a). Glossar: Perinatalsterblichkeit. Verfügbar unter:
https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/glossar.html?nn=9749528&cms_lv2=9749848 [Zugriff am 01.06.2020].

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020b). Glossar: Säuglingssterblichkeit. Verfügbar unter:
https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/glossar.html?nn=9749528&cms_lv2=9749888 [Zugriff am 01.06.2020].

- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Fakten – Säuglingssterblichkeit in Deutschland (1872-2019) (o.J.). Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S10-Saeuglingssterblichkeit-ab-1872.html> [Zugriff am: 18.11.2020].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.). Mutterschutz – Welche Regelungen gelten bei Fehlgeburt, Totgeburt oder Schwangerschaftsabbruch?. Verfügbar unter: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/mutterschutz/welche-regelungen-gelten-bei-fehlgeburt--totgeburt-oder-schwangerschaftsabbruch-/125128> [Zugriff am: 09.11.2020].
- Bundesministerium für Familien und Jugend (2015). Stille Geburt und Tod des Kindes nach der Geburt. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiUj7-lr8jqAhWF_KQKHcpMAb8QFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.frauen-familien-jugend.bka.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3Af2189649-fe8c-4fa6-ba11-5345014253ec%2FStille%2520Geburt2015_Web.pdf&usq=AOvVaw1RvueM2QLmooX7E4kxJhpS [Zugriff am 13.07.2020].
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2015). Bekanntmachung einer Stellungnahme mit wissenschaftlicher Begründung der Strahlenschutzkommission (Einflussfaktoren auf das Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen unter besonderer Betrachtung der Wirkung ionisierender Strahlung – vom 17. Juli 2014). Verfügbar unter: https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?page.navid=official_starttoofficial_view_publication&session.sessionid=32936d30f4797e577a3f9e116ef02e81&fts_search_list.selected=a24558a9ddaf64d0&&fts_search_list.destHistoryId=31065&fundstelle=BAnz_AT_17.04.2015_B2 [Zugriff am 01.06.2020].
- Bundesverband Deutsche Bestatter e.V. (o.J.). Sternenkind: Wenn verwaiste Eltern um ihre „Schmetterlingskinder“ trauern. Verfügbar unter: <https://www.bestatter.de/wissen/trauerhilfe-und-trauerbewaeltigung/sternenkind/> [Zugriff am: 11.09.2020].
- Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V. Verfügbar unter: <https://www.veid.de/aktuelles-veranstaltungen/trauerseminare/> [Zugriff am: 11.09.2020].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012a), Hradil, S. Historischer Rückblick. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138003/historischer-rueckblick?p=1> [Zugriff am: 30.09.2020].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012b). Glossar: „Baby-Boom“-Generation. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138404/glossar?p=9> [Zugriff am: 30.09.2020].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012c). Glossar: „Pillenknicke“. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138404/glossar?p=136>. [Zugriff am: 30.09.2020].
- Burger, M. (2017). Unser Baby im Ultraschall: Ein Begleiter für werdende Eltern. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 51.
- Der Spiegel (03.02.1965). Rhesus-Faktor. Rettung bei Rh-Zwist. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/spiegel/print/d-46169326.html> [Zugriff am:19.11.2020].
- Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (o.J.). Zahlen und Fakten. Verfügbar unter: https://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html [Zugriff am: 24.08.2020].
- Deximed (o.J.) Intrauteriner Fruchttod. Verfügbar unter: <https://deximed.de/home/b/schwangerschaft-geburtshilfe/schwangerschaft/gestoerte-schwangerschaft/intrauteriner-fruchttod/> [Zugriff am: 01.07.2020].
- Die Schmetterlingskinder. www.schmetterlingskinder.de. [Zugriff am 11.09.2020].

- Dingerkus, G. & Kofoet, C. (2018). Still geboren. Unterstützende Maßnahmen in der Begleitung von Eltern zum Zeitpunkt der Geburt. ALPHA-Westfalen, Münster.
- Dudenredaktion. (2018). Stichwort: Perinatal. Duden online. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/155771/revision/155807> [Zugriff am 01.07.2020].
- Flenady, V., Middleton, P., Smith, G. C., Duke, W., Erwich, J. J., Khong, T. Y., Neilson, J., Ezzati, M., Koopmans, L., Ellwood, D., Fretts, R., Frøen, J. F., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: the way forward in high-income countries. Lancet (London, England).
- Friedrich, Jana (2016). Geburtsbericht: Sternenkind Noah. Verfügbar unter: <https://www.hebammenblog.de/geburtsbericht-sternenkind-noah/> [Zugriff am: 09.09.2020].
- Fries, C. Mehr als ein Stück Stoff – Kleider für totgeborene Kinder (2011). In: Süddeutsche Zeitung. Verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/ebersberg/kleider-fuer-totgeborene-kinder-mehr-als-ein-stueck-stoff-1.997082> [Zugriff am: 13.11.2020].
- Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., Shiffman, J., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: why they matter. Lancet (London, England).
- Gardosi, J., Kady, S., McGeown, P., Francis, A., Tonks, A. (2005). Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study, The *BMJ* 331:1113.
- Gavallér, Y. (2018). Totgeburten in Deutschland und Schweden 1870-1914: Ausgewählte kultur- und medizinhistorische Aspekte. Göttingen, Cuvillier.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020a). Definition: Totgeborene. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=2104&suchstring=totgeborene&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=45022397&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522totgeborene%2522 [Zugriff: 01.06.2020].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020b). Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998. Kapitel 3.4 Säuglingssterblichkeit. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=829 [Zugriff am: 25.09.2020].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020c). Definition: Sterbeziffer. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8400010 [Zugriff am 10.07.2020].
- Gnirs, J. (2018). Wertigkeit der Dopplersonographie im Vergleich zu anderen Überwachungsverfahren. In: H. Steiner, K-T. M. Schneider (Hrsg.), Dopplersonographie in Geburtshilfe und Gynäkologie. (4. Auflage, S. 220). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Göckenjan, G. (2009) Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten. In: Dr. Katharina Belwe (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte. Tod und Sterben. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 7-122. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/system/files/pdf/5LJZKA.pdf> [Zugriff am: 24.07.2020].
- Initiative Regenbogen Glücklose Schwangerschaft e.V. (o.J.) Gesetze – Namensrecht. Verfügbar unter: <http://initiative-regenbogen.de/namensrecht.html> [Zugriff am 11.09.2020].
- katholisch.de (30.03.2016). Informationen und Materialien rund um das Sakrament der Taufe, Die Taufe – Das sollten Sie wissen!. Verfügbar unter: <https://www.katholisch.de/artikel/4500-taufe> [Zugriff am: 06.07.2020].

- Land Nordrhein-Westfalen (2018). Nordrhein-Westfalen kompakt. Verfügbar unter: <https://www.land.nrw.de/nrw-kompakt> [Zugriff am: 29.09.2020].
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1924 bis 2018. Erhalt der Daten durch eine schriftliche Auskunft.
- Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (o.J.). Der zweite Weltkrieg. Verfügbar unter: <https://www.lpb-bw.de/kriegsende-zweiter-weltkrieg#c56794> [Zugriff am: 30.09.2020].
- Lasch, L. & Fillenberg, S. (2017). Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 209.
- Lothrop, H. (2007). Gute Hoffnung, jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern (13. Auflage). München: Kösel.
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., Gardosi, J., Day, L. T., Stanton, C., & Lancet's Stillbirths Series steering committee (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?. Lancet (London, England).
- Macho, Thomas (2008). Sterben heute Essay. In: Dr. Katharina Belwe (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte. Tod und Sterben. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 3. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/system/files/pdf/5LJZKA.pdf> [Zugriff am: 24.07.2020].
- McPherson, E. (2016). Recurrence of stillbirth and second trimester pregnancy loss. American Journal of Medical Genetics Part A 170A, S. 1175.
- Nappi, L., Trezza, F., Bufo, P., Riezzo, I., Turillazzi, E., Borghi, C., Bonaccorsi, G., Scutiero, G., Fineschi, V., & Greco, P. (2016). Classification of stillbirths is an ongoing dilemma, *Journal of Perinatal Medicine*, 44(7), S. 837-843.
- Nonn, Christoph (2017). Das deutsche Kaiserreich, Von der Gründung bis zum Untergang. München: C.H.Beck. offene Handelsgesellschaft S. 10-15.
- Nonn, Christoph (2020). Das 19. Und 20. Jahrhundert (Orientierung Geschichte). Paderborn: Ferdinand Schoeningh, S. 70-87.
- Page, J. M., & Silver, R. M. (2017). Interventions to prevent stillbirth. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 22(3), 135–145.
- PubMed Central. Breast AND cancer. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=breast+AND+cancer> [Zugriff am: 18.11.2020].
- PubMed Central. Stillbirth. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=stillbirth> [Zugriff am 18.11.2020].
- Roggenkamp, V. „Infektiöser Müll“ wie Totgeburten entsorgt werden (1998). In: DIE ZEIT, 32/1998, 30.06.1998. Verfügbar unter: https://www.zeit.de/1998/32/Infektioeser_Muell/komplettansicht [Zugriff am 11.09.2020].
- Schader-Stiftung (04.03.2004). Sozialer Wandel – Der Begriff. Verfügbar unter: <https://www.schader-stiftung.de/themen/demographie-und-strukturwandel/fokus/sozialer-wandel/artikel/sozialer-wandel-der-begriff> [Zugriff am: 18.11.2020].
- Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.-T. M. (2016). Die Geburtshilfe (5. Auflage, S. 616). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Spree, R. (2015). Gesundheitswesen. In: Rahlf, Thomas (Hrsg.): Deutschland in Daten. Zeitreihen zur Historischen Statistik (S. 80), Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. Verfügbar

- unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/deutschland-in-daten/220134/todesursachen> [Zugriff am: 10.07.2020].
- Staatsministerium Baden-Württemberg. Vielfältige Landschaften, Geografie (o.J.). Verfügbar unter: <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/land-und-leute/geografie/> [Zugriff am: 30.09.2020].
- Stanley, K. E., Giordano, J., Thorsten, V., Buchovecky, C., Thomas, A., Ganapathi, M., Liao, J., Dharmadhikari, A. V., Revah-Politi, A., Ernst, M., Lippa, N., Holmes, H., Povysil, G., Hostyk, J., Parker, C. B., Goldenberg, R., Saade, G. R., Dudley, D. J., Pinar, H., Hogue, C., ... Goldstein, D. B. (2020). Causal Genetic Variants in Stillbirth. *The New England journal of medicine*, 383(12), 1107–1116.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Eckdachten zur Bevölkerung (o.J.). Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=LA> [Zugriff am: 30.09.2020].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/LRt0113.jsp> [Zugriff am: 07.10.2020].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Totgeborene in Baden-Württemberg nach Geburtsjahr und Legitimität. Erhalt der Daten durch eine schriftliche Auskunft.
- Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online (2020a). Totgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](#). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605785792999&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0018&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].
- Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](#). Eigene Darstellung. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=2&titel=Ergebnis&levelid=1605797152081&acceptscookies=false#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].
- Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020c. Totgeborene: Bundesländer, Jahre. [dl-de/by-2-0](#). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797540514&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0106&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].
- Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020d. Lebendgeborene: Bundesländer, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](#). Eigene Berechnungen. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797667003&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0100&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].
- Strauss, A. (2008). *Ultraschallpraxis. Geburtshilfe und Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 23.
- Techniker Krankenkasse(o.J.). Schwangerschaft und Geburt. Terminkalender für Schwangere. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/terminkalender-2009466> [Zugriff am: 26.08.2020].
- The Compassionate Friends. Supporting Family after a Child dies. Worldwide Candle Lighting. Verfügbar unter:

- https://web.archive.org/web/20121016090623/http://www.compassionatefriends.org/News_Events/Special-Events/Worldwide_Candle_Lighting.aspx [Zugriff am: 12.11.2020].
- The Lancet (2011) Stillbirths 2011. Verfügbar unter: <https://www.thelancet.com/series/stillbirth> [Zugriff am: 18.01.2020].
- The Lancet (2016) Stillbirths 2016: ending preventable stillbirths. Verfügbar unter: <https://www.thelancet.com/series/ending-preventable-stillbirths> [Zugriff am: 18.01.2020].
- Toth, B. (2017). Totgeburten: Risikofaktoren und Klassifikationen. In: Toth, B. (Hrsg.), Fehlgelburten Totgeburten Frühgeburten - Ursachen, Prävention und Therapie (1. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer, S. 299 f.
- Torsten Barthel, Tot- und Fehlgelburten: Sternenkinder bekommen endlich ihre Würde (2012). In: Legal Tribune Online, 09.05.2012, Verfügbar unter: https://www.lto.de/persistent/a_id/6161/ [Zugriff am: 09.11.2020].
- Vögele, J. (2000). Der Epidemiologische Übergang: Modell und empirische Befunde. In: Beiträge zur historischen Sozialkunde Jg. 30 Nr. 3: Bevölkerung und Industrialisierung: Zur Frage des demographischen Übergangs. Wien: Verlag für Geschichte und Sozialkunde, S. 110-113.
- Vögele, J. (2009). Wenn das Leben mit dem Tod beginnt: Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. *Historical Social Research*, 34(4), S. 66-67.
- Vögele, J. (2014). Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte, In: M. Thießen (Hrsg.). *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert (Historische Zeitschrift Beihefte N.F., Band. 64)*. Berlin/München, S. 29-49.
- Vögele, J. (Hrsg.) Koppitz, U. & Umeharra, H. (2016). *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive*, Edition Centaurus – Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Wiesbaden: Springer Fachmedizin, S. 5-7.
- Vögele, J. (2018). Stillbirth registration in 20th century Germany. Selected statistical, medical and legal implications; In Charrier P., Clavandier G., Gourdon V., Rollet C., Sage Prachère N (eds): *Morts avant de naître: La mort périnatale / Dead before being born: About perinatal death*. Tours, Presse Universitaires Francois-Rabelais. S. 171-184.
- Völker, U. (1992). Gewichts- und Größenvergleich von Plazenten und Feten bei intrauterinem Fruchttod. *Perinatalmedizin* 4, S. 8-16.
- Wigglesworth, J. S. (1980). Monitoring perinatal mortality. A pathophysiological approach. *The Lancet* 2(8196), S. 684–686.

7 Anhang

7.1 Deutschland

Jahr	Geburten ³²⁹		
	männlich	weiblich	Insgesamt
1950	578191	538510	1116701
1951	571699	534681	1106380
1952	571152	533932	1105084
1953	564929	530100	1095029
1954	572559	537184	1109743
1955	575079	538329	1113408
1956	586127	551042	1137169
1957	602041	563514	1165555
1958	607095	568775	1175870
1959	641377	602545	1243922
1960	648928	612686	1261614
1961	675417	638088	1313505
1962	677283	639251	1316534
1963	696986	658609	1355595
1964	698046	659258	1357304
1965	682200	643186	1325386
1966	677053	641250	1318303
1967	653649	618627	1272276
1968	624373	590595	1214968
1969	587443	554923	1142366
1970	537922	509815	1047737
1971	521361	492035	1.013.396
1972	463472	438185	901657
1973	418899	397070	815969
1974	413510	391990	805500
1975	402790	379520	782310
1976	409749	388585	798334
1977	414649	390847	805496
1978	415866	392753	808619
1979	419590	397627	817217
1980	444148	421641	865789
1981	442540	419560	862100
1982	442759	418516	861275
1983	425439	402494	827933

Jahr	Totgeborene ³³⁰
	Anzahl
1950	24857
1951	24698
1952	23768
1953	22382
1954	22512
1955	22060
1956	21309
1957	20448
1958	19470
1959	19741
1960	19814
1961	19387
1962	18748
1963	18276
1964	17565
1965	16566
1966	15569
1967	14364
1968	13505
1969	12302
1970	10853
1971	10010
1972	8415
1973	7324
1974	6848
1975	6120
1976	5882
1977	5486
1978	5297
1979	4972
1980	4954
1981	4855
1982	4409
1983	4107

³²⁹ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](#). [Zugriff am: 19.11.2020].

³³⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a. Totgeborene: Deutschland, Jahre [dl-de/by-2-0](#). [Zugriff am: 19.11.2020].

1984	417247	395045	812292
1985	417248	396555	813803
1986	434901	413331	848232
1987	446671	421298	867969
1988	459051	433942	892993
1989	451586	428873	880459
1990	465379	440296	905675
1991	426098	403921	830019
1992	414807	394307	809114
1993	410071	388376	798447
1994	395869	373734	769603
1995	392729	372492	765221
1996	409213	386800	796013
1997	417006	395167	812173
1998	402865	382169	785034
1999	396296	374448	770744
2000	393323	373676	766999
2001	377586	356889	734475
2002	369277	349973	719250
2003	362709	344012	706721
2004	362017	343605	705622
2005	351757	334038	685795
2006	345816	326908	672724
2007	351839	333023	684862
2008	349862	332652	682514
2009	341249	323877	665126
2010	347237	330710	677.947
2011	339899	322786	662685
2012	345629	327915	673544
2013	349820	332249	682069
2014	366835	348092	714927
2015	378478	359097	737575
2016	405585	386546	792141
2017	402510	382374	784901
2018	404052	383471	787523
2019	399292	378798	778090

1984	3803
1985	3601
1986	3547
1987	3602
1988	3474
1989	3247
1990	3202
1991	2741
1992	2660
1993	2467
1994	3113
1995	3405
1996	3573
1997	3510
1998	3190
1999	3118
2000	3084
2001	2881
2002	2700
2003	2699
2004	2728
2005	2487
2006	2420
2007	2371
2008	2412
2009	2338
2010	2466
2011	2387
2012	2400
2013	2556
2014	2597
2015	2787
2016	2914
2017	3003
2018	3030
2019	3180

Jahr	Totgeborene pro 1000 Geburten ³³¹
1950	21,77
1951	21,84
1952	21,06

³³¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. [dl-de/by-2-0](#). [Zugriff am: 19.11.2020]; Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a. Totgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](#). [Zugriff am: 19.11.2020]. Eigene Berechnungen.

1953	20,03
1954	19,88
1955	19,43
1956	18,39
1957	17,24
1958	16,29
1959	15,62
1960	15,46
1961	14,55
1962	14,04
1963	13,30
1964	12,78
1965	12,34
1966	11,67
1967	11,16
1968	10,99
1969	10,65
1970	10,25
1971	9,78
1972	9,25
1973	8,90
1974	8,43
1975	7,76
1976	7,31
1977	6,76
1978	6,51
1979	6,05
1980	5,69
1981	5,60
1982	5,09
1983	4,94
1984	4,66
1985	4,41

1986	4,16
1987	4,13
1988	3,88
1989	3,67
1990	3,52
1991	3,29
1992	3,28
1993	3,08
1994	4,03
1995	4,43
1996	4,47
1997	4,30
1998	4,05
1999	4,03
2000	4,00
2001	3,91
2002	3,74
2003	3,80
2004	3,85
2005	3,61
2006	3,58
2007	3,45
2008	3,52
2009	3,50
2010	3,62
2011	3,59
2012	3,55
2013	3,73
2014	3,62
2015	3,76
2016	3,67
2017	3,81
2018	3,83

2019	4,07
------	------

Jahr	prozentuale Veränderung der Totgeburten pro 1000 Geburten zum Vorjahr ³³²
1950	0,00
1951	0,28
1952	-3,58
1953	-4,87
1954	-0,74
1955	-2,29
1956	-5,32
1957	-6,27
1958	-5,53
1959	-4,09
1960	-1,02
1961	-5,93
1962	-3,47
1963	-5,26
1964	-3,96
1965	-3,37
1966	-5,45
1967	-4,35
1968	-1,53
1969	-3,09
1970	-3,77
1971	-4,60
1972	-5,47
1973	-3,79
1974	-5,24
1975	-7,92
1976	-5,78
1977	-7,51
1978	-3,79
1979	-7,08
1980	-5,92
1981	-1,57
1982	-9,05
1983	-3,08
1984	-5,59
1985	-5,46
1986	-5,47
1987	-0,76

³³² Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020b. Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht [dl-de/by-2-0](#). [Zugriff am: 19.11.2020]; Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020a. Totgeborene: Deutschland, Jahre. [dl-de/by-2-0](#). [Zugriff am: 19.11.2020]. Eigene Berechnungen.

1988	-6,23
1989	-5,18
1990	-4,12
1991	-6,57
1992	-0,45
1993	-6,00
1994	30,79
1995	9,96
1996	0,87
1997	-3,70
1998	-5,95
1999	-0,44
2000	-0,61
2001	-2,44
2002	-4,28
2003	1,73
2004	1,23
2005	-6,18
2006	-0,80
2007	-3,75
2008	2,07
2009	-0,53
2010	3,47
2011	-0,97
2012	-1,07
2013	5,15
2014	-3,05
2015	4,01
2016	-2,64
2017	3,99
2018	0,56
2019	6,20

Totgeborene (Anzahl)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Bundesländer	386	388	331	351	465	466	475	501	387	313	414	393	337
Baden-Württemberg	407	379	384	379	466	478	560	547	462	458	447	408	401
Berlin	129	82	77	79	105	127	163	171	146	166	162	118	131
Brandenburg	124	66	63	48	62	66	79	77	96	94	72	78	79
Bremen	17	25	34	39	27	38	32	15	22	26	23	17	15
Hamburg	61	47	47	57	79	68	73	88	67	69	78	77	36
Hessen	212	202	205	177	236	255	278	272	226	240	228	251	222
Mecklenburg-Vorpommern	109	61	50	38	40	65	52	62	62	66	74	75	41
Niedersachsen	269	268	234	223	286	300	356	332	315	334	332	310	291
Nordrhein-Westfalen	786	695	746	649	757	905	870	865	788	726	686	647	648
Rheinland-Pfalz	139	137	151	140	191	196	171	150	174	171	154	127	120
Saarland	40	45	44	27	48	40	39	40	41	38	40	32	32
Sachsen	192	97	74	79	98	118	136	125	136	138	102	104	98
Sachsen-Anhalt	108	86	70	49	84	76	100	75	85	87	76	75	71
Schleswig-Holstein	94	102	83	88	113	136	124	119	111	115	114	106	94
Thüringen	129	61	67	44	56	71	65	71	72	77	82	63	84

333

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
321	328	337	303	300	306	275	268	308	305	297	291	313	387	349	360	412
391	389	355	332	322	352	341	358	317	303	344	367	391	444	457	444	444
128	156	122	110	118	130	112	161	145	156	175	167	179	150	170	162	181
95	80	81	103	55	77	88	89	80	93	88	88	81	97	100	82	83
19	20	19	17	25	19	14	18	29	18	15	25	37	37	35	30	32
55	40	42	54	55	62	71	48	50	59	63	79	71	80	72	68	85
218	208	201	187	182	167	209	215	179	198	207	207	219	239	249	239	221
56	52	50	51	65	58	53	64	56	57	66	52	50	67	61	60	74
283	260	236	226	224	217	203	216	233	208	227	227	337	238	251	270	306
597	674	593	576	581	567	507	557	557	551	599	563	653	687	709	726	727
138	149	107	121	104	107	129	115	95	115	106	140	103	128	126	145	167
35	37	34	26	28	19	24	20	21	21	23	19	34	33	39	29	36
113	127	102	115	111	123	113	150	132	111	134	159	124	120	146	156	158
87	77	66	57	83	66	69	63	69	63	66	68	64	54	81	87	99
96	75	80	80	70	83	68	65	67	88	65	83	82	91	96	105	98
67	56	62	62	48	59	62	59	49	54	81	62	49	58	59	67	57

³³³ Statistisches Bundesamt (Destatis), Genesis-Online, 2020c. Totgeborene: Bundesländer, Jahre. [dl-de/by-2-0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797540514&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0106&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1605797540514&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0106&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> [Zugriff am: 19.11.2020].

7.2 Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg

7.2.1 Baden-Württemberg

Jahr	Lebendgeborene	Totgeborene ³³⁴	
		zusammen	auf 1.000 Lebend- und Totgeborene
2019	108.985	412	3,8
2018	108.919	360	3,3
2017	107.375	349	3,2
2016	107.489	387	3,6
2015	100.269	313	3,1
2014	95.632	291	3
2013	91.505	297	3,2
2012	89.477	305	3,4
2011	88.823	308	3,5
2010	90.695	268	2,9
2009	89.678	275	3,1
2008	91.909	306	3,3
2007	92.823	300	3,2
2006	91.955	303	3,3
2005	94.279	337	3,6
2004	96.655	328	3,4
2003	97.596	321	3,3
2002	99.604	337	3,4
2001	101.366	393	3,9
2000	106.182	414	3,9
1999	107.973	313	2,9
1998	111.056	387	3,5
1997	116.419	501	4,3
1996	114.657	475	4,1

³³⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/LRt0113.jsp> [Zugriff am: 07.10.2020].

1995	112.459	466	4,1
1994	113.398	465	4,1
1993	117.982	351	3
1992	117.559	331	2,8
1991	117.528	388	3,3
1990	118.579	386	3,2
1989	111.600	366	3,3
1988	110.627	377	3,4
1987	103.590	324	3,1
1986	101.616	399	3,9
1985	94.442	344	3,6
1984	94.414	390	4,1
1983	95.447	383	4
1982	100.268	461	4,6
1981	100.673	452	4,5
1980	99.721	482	4,8
1979	92.425	475	5,1
1978	89.924	505	5,6
1977	90.981	519	5,7
1976	95.492	632	6,6
1975	97.019	632	6,5
1974	102.206	763	7,4
1973	102.875	800	7,7
1972	112.845	964	8,5
1971	123.871	1.137	9,1
1970	128.212	1.239	9,6
1969	140.087	1.390	9,8
1968	147.961	1.490	10
1967	155.617	1.629	10,4
1966	160.802	1.759	10,8
1965	158.742	1.861	11,6
1964	160.988	1.919	11,8
1963	158.750	1.917	11,9

1962	154.047	2.107	13,5
1961	152.487	2.094	13,5
1960	145.353	2.144	14,5
1959	140.842	2.179	15,2
1958	133.806	2.005	14,8
1957	130.302	2.287	17,2
1956	125.941	2.188	17,1
1955	118.015	2.312	19,2
1954	114.566	2.303	19,7
1953	110.634	2.040	18,1
1952	108.921	2.048	18,5
1951	106.297	2.240	20,6
1950	107.222	2.289	20,9

GebJahr	Geschlecht	Eltern verheiratet ³³⁵		Insgesamt
		ja	nein	
1968	männlich	754	53	807
	weiblich	642	40	682
1969	männlich	698	59	757
	weiblich	587	46	633
1970	männlich	601	56	657
	weiblich	536	46	582
1971	männlich	567	32	599
	weiblich	497	41	538
1972	männlich	489	35	524
	weiblich	396	44	440
1973	männlich	410	37	447
	weiblich	334	19	353
1974	männlich	377	32	409
	weiblich	330	24	354
1975	männlich	311	33	344
	weiblich	261	27	288
1976	männlich	330	31	361
	weiblich	250	21	271
1977	männlich	255	22	277
	weiblich	219	23	242
1978	männlich	231	38	269

³³⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

	weiblich	215	21	236
1979	männlich	235	27	262
	weiblich	196	17	213
1980	männlich	252	27	279
	weiblich	183	20	203
1981	männlich	207	25	232
	weiblich	196	24	220
1982	männlich	232	27	259
	weiblich	179	23	202
1983	männlich	193	28	221
	weiblich	148	14	162
1984	männlich	190	29	219
	weiblich	150	21	171
1985	männlich	159	21	180
	weiblich	155	9	164
1986	männlich	200	21	221
	weiblich	158	20	178
1987	männlich	148	20	168
	weiblich	142	14	156
1988	männlich	167	37	204
	weiblich	158	15	173
1989	männlich	190	14	204
	weiblich	142	20	162
1990	männlich	177	29	206
	weiblich	164	16	180
1991	männlich	180	26	206
	weiblich	161	21	182
1992	männlich	157	17	174
	weiblich	140	17	157
1993	männlich	169	27	196
	weiblich	139	16	155
1994	männlich	212	43	255
	weiblich	181	29	210
1995	männlich	237	31	268
	weiblich	165	33	198
1996	männlich	207	41	248
	weiblich	203	24	227
1997	männlich	219	54	273
	weiblich	186	42	228
1998	männlich	185	25	210
	weiblich	153	24	177
1999	männlich	139	37	176
	weiblich	108	29	137
2000	männlich	166	42	208
	weiblich	162	44	206
2001	männlich	166	49	215

	weiblich	142	36	178
2002	männlich	146	32	178
	weiblich	123	36	159
2003	männlich	129	46	175
	weiblich	117	29	146
2004	männlich	143	34	177
	weiblich	120	31	151
2005	männlich	131	40	171
	weiblich	130	36	166
2006	männlich	130	38	168
	weiblich	104	31	135
2007	männlich	131	35	166
	weiblich	98	36	134
2008	männlich	127	43	170
	weiblich	92	44	136
2009	männlich	97	39	136
	weiblich	99	40	139
2010	männlich	98	47	145
	weiblich	91	32	123
2011	männlich	106	48	154
	weiblich	111	43	154
2012	männlich	112	50	162
	weiblich	98	45	143
2013	männlich	112	36	148
	weiblich	101	48	149
2014	männlich	100	53	153
	weiblich	99	39	138
2015	männlich	110	59	169
	weiblich	107	37	144
2016	männlich	140	72	212
	weiblich	120	55	175
2017	männlich	128	53	181
	weiblich	113	55	168
2018	männlich	124	66	190
	weiblich	118	52	170
2019	männlich	140	65	205
	weiblich	147	60	207

7.2.2 Nordrhein-Westfalen

Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1924 bis 2018 ³³⁶									
Jahr	Geborene							Gestorbene	
	insgesamt	davon						insgesamt	darunter unter einem Jahr alt
		Lebendgeborene			Totgeborene				
		zusammen	Eltern miteinander verheiratet	Eltern nicht miteinander verheiratet	zusammen	Eltern miteinander verheiratet	Eltern nicht miteinander verheiratet		
1924	247 795	239 515	226 947	12 568	8 280	7 402	878	116 926	22 043
1925	246 748	238 780	225 726	13 054	7968	7 197	771	117 953	22 549
1926	233 134	225 566	213 071	12 495	7 568	6 838	730	114 800	20 661
1927	223 093	216 138	204 656	11 482	6 955	6 317	638	120 078	19 110
1928	225 017	218 164	206 628	11 536	6 853	6 172	681	118 033	18 366
1929	218 606	211 927	200 599	11 328	6 679	6 092	587	133 383	19 999
1930	214 650	208 204	197 671	10 533	6 446	5 882	564	111 715	16 699
1931	192 467	186 769	177 674	9 095	5 698	5 227	471	113 015	15 332
1932	179 176	173 917	165 707	8 210	5 259	4 841	418	108 092	13 267
1933	173 881	168 952	161 856	7 096	4 929	4 550	379	117 257	12 625
1934	220 724	214 915	207 836	7 079	5 809	5 419	390	113 456	13 276
1935	226 918	221 121	213 873	7 248	5 797	5 478	319	120 912	14 691
1936	226 328	220 401	212 372	8 029	5 927	5 569	358	125 426	14 583
1937	226 943	221 421	212 645	8 776	5 522	5 197	325	124 170	13 960
1938	235 734	230 363	220 654	9 709	5 371	5 033	338	130 129	14 198
1939	247 928	242 286	.	.	5 642	.	.	139 025	15 207
1940	252 216	246 462	.	.	5 754	.	.	143 580	16 806
1941	223 145	218 377	.	.	4 768	.	.	136 018	14 638
1942	182 378	178 585	.	.	3 793	.	.	135 664	13 244
1943	173 198	169 570	.	.	3 628	.	.	133055 ²⁾	12 117
1944
1945 ¹⁾	119 682	117 063	.	.	2 619	.	.	209 812	17 801
1946	182 819	178 560	157 679	20 881	4 259	3 511	748	135 018	15 356
1947	185 926	181 734	166 913	14 821	4 192	3 568	624	132 574	15 349
1948	198 399	193 806	179 666	14 140	4 593	3 972	621	119 929	13 841
1949 ³⁾	214 549	209 670	195 428	14 242	4 879	4 237	642	127 506	13 095
1950 ³⁾	209 589	204 717	189 886	14 831	4 872	4 256	616	136 636	12 629
1951 ³⁾	211 134	206 280	191 975	14 305	4 854	4 271	583	140 663	12 306

³³⁶ Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1924 bis 2018. Erhalt der Daten durch eine schriftliche Auskunft.

1952 ³)	219 872	214 964	201 210	13 754	4 908	4 382	526	142 306	11 447
1953 ³)	225 557	220 803	207 627	13 176	4 754	4 292	462	153 371	11 783
1954 ³)	236 630	231 736	218 521	13 215	4 894	4 414	480	148 080	11 337
1955 ³)	239 135	234 274	221 849	12 425	4 861	4 429	432	157 669	10 943
1956 ³)	248 656	243 843	231 212	12 631	4 813	4 399	414	165 379	10 452
1957 ³)	261 428	256 698	243 637	13 061	4 730	4 355	375	165 089	10 254
1958 ³)	265 890	261 323	248 578	12 745	4 567	4 230	337	163 578	10 363
1959 ³)	279 949	275 612	262 266	13 346	4 337	4 029	308	164 562	10 450
1960 ³)	281 738	277 264	264 556	12 708	4 474	4 174	300	175 226	10 277
1961 ³)	290 390	286 022	273 423	12 599	4 368	4 078	290	172 175	9 794
1962 ³)	291 030	286 760	274 981	11 779	4 270	3 996	274	176 766	9 089
1963 ³)	301 922	297 785	285 776	12 009	4 137	3 875	262	184 996	8 692
1964	304 418	300 425	288 835	11 590	3 993	3 757	236	175 285	8 114
1965	298 456	294 568	283 675	10 893	3 888	3 649	239	184 836	7 485
1966	298 057	294 493	283 840	10 653	3 564	3 383	181	188 676	7 400
1967	289 397	286 002	275 336	10 666	3 395	3 204	191	187 876	7 092
1968	272 948	269 761	259 314	10 447	3 187	3 018	169	202 229	6 549
1969	254 416	251 569	240 953	10 616	2 847	2 651	196	202 911	6 210
1970	224 464	222 016	211 631	10 385	2 448	2 262	186	200 513	5 359
1971	215 799	213 507	202 537	10 970	2 292	2 115	177	201 135	5 328
1972	193 543	191 734	181 174	10 560	1 809	1 658	151	199 273	4 796
1973	174 092	172 435	162 689	9 746	1 657	1 528	129	199 730	4 261
1974	170 556	169 031	159 497	9 534	1 525	1 388	137	197 905	3 934
1975	165 626	164 228	155 287	8 941	1 398	1 284	114	205 057	3 508
1976	167 405	166 128	156 454	9 674	1 277	1 165	112	199 930	3 274
1977	162 071	160 940	151 396	9 544	1 131	1 036	95	192 672	2 795
1978	159 649	158 478	148 393	10 085	1 171	1 053	118	197 249	2 614
1979	160 397	159 378	149 241	10 137	1 019	916	103	195 147	2 538
1980	170 802	169 828	158 429	11 399	974	868	106	195 205	2 486
1981	170 675	169 704	157 937	11 767	971	881	90	196 773	2 300
1982	170 090	169 191	156 580	12 611	899	795	104	195 044	2 134
1983	162 438	161 589	148 859	12 730	849	748	101	194 905	1 867
1984	159 059	158 309	145 203	13 106	750	644	106	188 515	1 770
1985	160 395	159 713	146 144	13 569	682	588	94	191 161	1 635
1986	172 606	171 891	156 710	15 181	715	626	89	191 430	1 749
1987	177 877	177 109	161 241	15 868	768	667	101	185 565	1 668

1988	186 547	185 877	168 553	17 324	670	574	96	186 987	1 558
1989	187 404	186 714	169 057	17 657	690	605	85	190 078	1 521
1990	200 080	199 294	180 068	19 226	786	684	102	193 117	1 534
1991	199 131	198 436	178 582	19 854	695	606	89	192 807	1 497
1992	197 645	196 899	176 457	20 442	746	624	122	188 805	1 368
1993	194 805	194 156	173 653	20 503	649	555	94	194 667	1 207
1994	186 836	186 079	165 277	20 802	757	642	115	192 669	1 111
1995	183 298	182 393	161 085	21 308	905	761	144	193 076	1 056
1996	189 363	188 493	164 724	23 769	870	707	163	194 548	974
1997	191 251	190 386	165 609	24 777	865	695	170	189 946	1 042
1998	183 075	182 287	155 407	26 880	788	627	161	189 147	932
1999	177 304	176 578	147 780	28 798	726	578	148	188 851	855
2000	175 830	175 144	144 630	30 514	686	535	151	187 736	860
2001	168 399	167 752	135 957	31 795	647	499	148	184 824	840
2002	164 082	163 434	130 951	32 483	648	498	150	188 333	792
2003	160 480	159 883	127 258	32 625	597	428	169	190 793	808
2004	158 728	158 054	124 142	33 912	674	486	188	184 449	796
2005	153 965	153 372	118 503	34 869	593	402	191	186 427	704
2006	150 501	149 925	114 978	34 947	576	399	177	183 741	687
2007	151 749	151 168	114 009	37 159	581	400	181	184 954	728
2008	150 574	150 007	111 222	38 785	567	388	179	189 586	644
2009	145 536	145 029	106 527	38 502	507	340	167	190 814	576
2010	147 890	147 333	107 388	39 945	557	368	189	192 137	616
2011	143 654	143 097	103 535	39 562	557	389	168	188 944	611
2012	146 306	145 755	104 099	41 656	551	357	194	193 707	552
2013	147 016	146 417	103 396	43 021	599	391	208	200 065	560
2014	155 665	155 102	108 763	46 339	563	356	207	192 913	610
2015	161 121	160 468	112 064	48 404	653	374	279	204 352	651
2016	173 964	173 276	119 379	53 897	688	436	252	202 251	704
2017	172 695	171 984	119 499	52 485	711	425	286	204 842	655
2018	173 876	173 150	121 359	51 791	726	450	276	211 140	654

Jahr	Totgeburten pro 1000 Geburten ³³⁷
1924	33,4
1925	-
1926	32,5
1927	31,2
1928	30,5
1929	30,6
1930	30
1931	29,6
1932	29,4
1933	28,3
1934	26,3
1935	25,5
1936	26,2
1937	24,3
1938	22,8
1939	22,8
1940	22,8
1941	21,4
1942	20,8
1943	20,9
1944	-
1945	21,9
1946	23,3
1947	22,5
1948	23,2
1949	22,7
1950	23,2
1951	23
1952	22,3
1953	21,1
1954	20,7
1955	20,3
1956	19,4
1957	18,1
1958	17,2
1959	15,5
1960	15,9
1961	15
1962	14,7

Jahr	prozentualer Anteil unverheirateter Eltern mit Totgeburten zu verheirateten Eltern mit Totgeburten ³³⁸
1924	11,86
1925	10,71
1926	10,68
1927	10,1
1928	11,03
1929	9,64
1930	9,59
1931	9,01
1932	8,63
1933	8,33
1934	7,2
1935	5,82
1936	6,43
1937	6,25
1938	6,72
1939	-
1940	-
1941	-
1942	-
1943	-
1944	-
1945	-
1946	21,3
1947	17,49
1948	15,63
1949	15,15
1950	14,47
1951	13,65
1952	12
1953	10,76
1954	10,87
1955	9,75
1956	9,41
1957	8,61
1958	7,97
1959	7,64
1960	7,19
1961	7,11
1962	6,86

³³⁷Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1924 bis 2018. Eigene Berechnung.

³³⁸Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1924 bis 2018. Eigene Berechnung.

1963	13,7
1964	13,1
1965	13
1966	12
1967	11,7
1968	11,7
1969	11,2
1970	10,9
1971	10,6
1972	9,3
1973	9,5
1974	8,9
1975	8,4
1976	7,6
1977	7
1978	7,3
1979	6,4
1980	5,7
1981	5,7
1982	5,3
1983	5,2
1984	4,7
1985	4,3
1986	4,1
1987	4,3
1988	3,6
1989	3,7
1990	3,9
1991	3,5
1992	3,8
1993	3,3
1994	4,1
1995	4,9
1996	4,6
1997	4,5
1998	4,3
1999	4,1
2000	3,9
2001	3,8
2002	3,9
2003	3,7
2004	4,2
2005	3,9
2006	3,8
2007	3,8
2008	3,8

1963	6,76
1964	6,28
1965	6,55
1966	5,35
1967	5,96
1968	5,6
1969	7,39
1970	8,22
1971	8,37
1972	9,11
1973	8,44
1974	9,87
1975	8,88
1976	9,61
1977	9,17
1978	11,21
1979	11,24
1980	12,21
1981	10,22
1982	13,08
1983	13,5
1984	16,46
1985	15,99
1986	14,22
1987	15,14
1988	16,72
1989	14,05
1990	14,91
1991	14,69
1992	19,55
1993	16,94
1994	17,91
1995	18,92
1996	23,06
1997	24,46
1998	25,68
1999	25,61
2000	28,22
2001	29,66
2002	30,12
2003	39,49
2004	38,68
2005	47,51
2006	44,36
2007	45,25
2008	46,13

2009	3,5
2010	3,8
2011	3,9
2012	3,8
2013	4,1
2014	3,6
2015	4,1
2016	4
2017	4,1
2018	4,2

2009	49,12
2010	51,36
2011	43,19
2012	54,34
2013	53,2
2014	58,15
2015	74,6
2016	57,8
2017	67,29
2018	61,33

7.2.3 Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg im Vergleich

Nicht verheiratete Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg³³⁹

Jahr	Nordrhein-Westfalen	Baden-Württemberg
1968	15,92	13,67
1969	18,13	15,99
1970	17,6	15,76
1971	15,88	11,94
1972	14,1	13,71
1973	13,06	10,05
1974	14,17	10,93
1975	12,59	11,55
1976	11,44	10,38
1977	9,86	8,45
1978	11,57	10,33
1979	10,06	7
1980	9,21	7,03
1981	7,59	6,92
1982	8,18	7,06
1983	7,87	5,93
1984	8,02	6,68
1985	6,88	3,85
1986	5,83	4,88
1987	6,32	3,71
1988	5,51	5,50
1989	4,79	3,29
1990	5,28	4,11
1991	4,46	3,97

³³⁹ Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW); Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Eigene Berechnungen.

1992	5,93	2,84
1993	4,56	3,56
1994	5,5	5,84
1995	6,71	4,83
1996	6,81	4,62
1997	6,81	6,43
1998	5,95	3,07
1999	5,11	3,98
2000	4,92	5,07
2001	4,63	4,83
2002	4,6	3,82
2003	5,15	4,14
2004	5,51	3,55
2005	5,45	4,20
2006	5,04	3,63
2007	4,85	3,57
2008	4,59	4,45
2009	4,32	3,93
2010	4,71	3,85
2011	4,23	4,31
2012	4,64	4,26
2013	4,81	3,58
2014	4,45	3,7
2015	5,73	3,47
2016	4,65	4,7
2017	5,42	4,04
2018	5,3	4,42

Verheiratete Eltern mit Totgeburten je 1000 Geburten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg³⁴⁰

Jahr	Baden-Württemberg	Nordrhein-Westfalen
1968	10,36	11,50
1969	10,44	10,88
1970	9,58	10,58
1971	9,86	10,33
1972	9,02	9,07
1973	7,64	9,30
1974	7,63	8,63
1975	6,29	8,20
1976	6,7	7,39
1977	5,57	6,8

³⁴⁰ Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Vgl. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW). Eigene Darstellung und Berechnung,

1978	5,11	7,05
1979	4,59	6,10
1980	4,60	5,45
1981	4,30	5,55
1982	4,63	5,05
1983	3,89	5
1984	3,89	4,42
1985	3,33	4,01
1986	3,75	3,98
1987	2,85	4,12
1988	3,17	3,39
1989	3,06	3,57
1990	3,19	3,78
1991	3,21	3,38
1992	2,79	3,52
1993	3,03	3,19
1994	3,91	3,87
1995	3,95	4,70
1996	3,99	4,27
1997	4,19	4,18
1998	3,66	4,02
1999	2,75	3,9
2000	3,87	3,69
2001	3,74	3,66
2002	3,36	3,79
2003	3,12	3,35
2004	3,45	3,9
2005	3,52	3,38
2006	3,16	3,46
2007	3,17	3,5
2008	3,11	3,48
2009	2,77	3,18
2010	2,76	3,42
2011	3,16	3,74
2012	3,02	3,42
2013	2,94	3,77
2014	2,63	3,26
2015	2,71	3,33
2016	3,22	3,64
2017	2,92	3,54
2018	2,93	3,69