



Leseprobe aus Böcker, Fehlgeburt und Stillgeburt,
ISBN 978-3-7799-6697-5 © 2022 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6697-5](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6697-5)

Inhalt

Danksagung	11
Kapitel 1 Einleitung	13
Kapitel 2 Fehlgeburt und Stillgeburt:	
Gegenstand und theoretische Perspektive	21
2.1 Begriffe	22
2.1.1 Rechtliche Bestimmungen	22
2.1.2 Medizinische Definitionen und Prävalenz	26
2.1.3 Stillgeburt und Sternenkind – Lebensweltliche Alternativbezeichnungen	30
2.2 Forschungsstand	34
2.2.1 Kulturelle Ordnung des Todes am Lebensanfang	34
2.2.2 Schwangerschaft und der Status des Ungeborenen	41
2.2.3 Trauer nach Schwangerschaftsverlust	48
2.3 Perspektivierung: Fehlgeburt und Stillgeburt als Verlusterfahrung	55
2.3.1 Sozialkonstruktivismus	56
2.3.2 Kultursociologie des Verlusts	63
2.3.3 Synthese und heuristische Leitfragen	68
Kapitel 3 Methodik und Forschungsfeld	71
3.1 Einstieg	71
3.2 Rekonstruktive Methodologie	77
3.3 Forschungshaltung: Kontingenzsensible Grounded Theory	79
3.4 Erhebung, Datensorten und Datenkorpus	83
3.5 Auswertung und Theoriebildung	91
3.6 ›Betroffene‹ erforschen	96
3.7 Forschungsfeld Sterneneltern	100
3.7.1 Online-Foren und Communitys	101
3.7.2 Selbsthilfegruppen und Initiativen	103
3.7.3 Private Gegennarrative	107

Kapitel 4 Die Körperdeutungen der Schwangeren	110
4.1 Körperdeutungsanforderung während der medikalisierten Schwangerschaft	110
4.2 Heteronome Körperdeutung	113
4.2.1 Dominanz medizinisch-ärztlicher Deutungen (Fall Nicole)	113
4.2.2 Marginalisierung eigener Gefühle (Fall Sara)	117
4.2.3 Zusammenfassung	122
4.3 Normorientierte Körperdeutung	123
4.3.1 Anpassung der Selbstdeutung an die Norm (Fall Clara)	124
4.3.2 Zusammenfassung	128
4.4 Autonome Körperdeutung	129
4.4.1 Mit medizinischem Wissen und ohne ärztliche Hilfe (Fall Rhea)	129
4.4.2 Re-Evaluation heteronomer Deutung (Fall Pia)	135
4.4.3 Zusammenfassung	140
4.5 Krisenpotenziale der Deutungsmodi – Zwischenfazit	140
Konstitution des Kindsverlusts	147
Kapitel 5 Konstitution I – Körpermaterialität	149
5.1 »Kleine Geburt«: Die Konstruktion des Kindes ohne Körper	151
5.2 Medizintechnische Vermitteltheit	163
5.2.1 Menetekel – offenbarender Ultraschall	163
5.2.2 Gewissheit – bestätigender Ultraschall	168
5.2.3 Zusammenfassung	172
5.3 Körpermaterielle Grenze	173
5.3.1 Diesseits der Grenze: Ein Hauch von Schwangerschaft	174
5.3.2 Jenseits der Grenze: Unerfüllter Kinderwunsch	180
5.3.3 Zusammenfassung	183
5.4 Die Kindesvorstellung und der kindliche Körper: Verlustkonstellationen	185
Kapitel 6 Konstitution II – Medizinisch (un)bestimmtes Leben	190
6.1 Nach der Geburt: Medizinische Deutungsmacht über Lebenszeichen	192
6.2 Grenze zur Lebensfähigkeit in der zweiten Schwangerschaftshälfte: (Un-)Gewissheit und Deutungslücken	196
6.2.1 Klarheit – Verlust vor der Lebensfähigkeitsgrenze	198
6.2.2 Vertrauensbruch – Tod nach der Lebensfähigkeitsgrenze	206
6.2.3 Exkurs: Frühgeborene in einer Zwischenwelt	211

6.3	Pränataldiagnose und auferlegter Deutungszwang	214
6.3.1	Infauste Prognose – Fortsetzung der Schwangerschaft	216
6.3.2	Ungewisse Lebensbedingungen – Schwangerschaftsabbruch	224
6.3.3	Unversehrtheit des Kindes als Entscheidungskriterium	233
6.4	Zwischenfazit	234
Kapitel 7 Konstitution III – Anerkennung von Personalität		240
7.1	Inwändiger Lebensverlauf und Subjektivierung des Kindes	243
7.2	Name und Geschlecht	246
7.3	Rituale und Praktiken in der Klinik	252
7.4	Umgang mit der Leiche und Einbettung	260
7.5	Bestattung	265
7.5.1	Bestattungshinweis	267
7.5.2	Grabfelder für Sternenkinder	270
7.5.3	Bestattungsform und Verlusterfahrung	273
7.5.4	Denkmale für abwesende Kinder	280
7.6	Personenstandsrechtliche Bescheinigung	282
7.7	Zwischenfazit	285
Kapitel 8 Kulturelle Verlustkonstitution: Theoretische Erträge		288
8.1	Modell der Verlustkonstitution	288
8.2	Anerkennung des Verlusts	292
8.3	Umgang mit Wissensgrenzen	303
Kapitel 9 Subjektverantwortete Trauerkultur		311
Literatur		314
Abkürzungsverzeichnis		330
Glossar		331
Anhang		334
	Anlage 1: Transkriptionszeichen	334
	Anlage 2: Übersicht über das Datenmaterial	335

Kapitel 1

Einleitung

Im Januar 2013 bewirkte der Deutsche Bundestag auf Initiative eines betroffenen Elternpaares eine Gesetzesänderung: Fehlgeborene, also pränatal verstorbene »Leibesfrüchte«, wie es im Gesetzestext heißt, die weniger als 500 Gramm wiegen, können seitdem auf Wunsch der Eltern bestattet und standesamtlich beurkundet werden (vgl. Martin & Martin 2014). Für die Eintragung ins Familienbuch muss eine ärztliche Bescheinigung der vormaligen Schwangerschaft vorgelegt werden. Dadurch erhalten die – im Gegensatz zu Totgeborenen – nicht bestattungspflichtigen »Leibesfrüchte« symbolisch den Status einer menschlichen Person und eines Familienmitgliedes. Vor der Gesetzesänderung wurden Fehlgeborene für gewöhnlich mit dem Klinikabfall der behandelnden Institution entsorgt. Eltern können jetzt um die Herausgabe ihres Kindes bzw. des Schwangerschaftsgewebes bitten und eigenständig eine Bestattung veranlassen. Da Betroffene dies oft nicht wissen, haben einige Länder Hinweispflichten für behandelnde Einrichtungen in ihre Bestattungsgesetze aufgenommen. Wird keine individuelle Beisetzung gewünscht, »sind Fehlgeburten und Ungeborene von den Einrichtungen unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten« (§ 30 Abs. 3 S. 2 BestattG). Die meisten Kliniken veranlassen heute regelmäßig Sammelurnenbestattungen von eingäscherten Fehlgeborenen.

Diese Änderung des Personenstands- und des Bestattungsrechts ist eines von mehreren Phänomenen des Wandels, der sich im Hinblick auf das Sterben am Lebensbeginn beobachten lässt. Gemeint sind neue Bestattungs- und Trauerformen auf Friedhöfen, in sozialen Medien, in Internetforen und Vereinen. In den letzten Jahren sind zahlreiche Initiativen entstanden, die einen Austausch unter betroffenen Eltern ermöglichen, klinische Routinen verändern, sich um öffentliche Aufmerksamkeit und Aufklärung über Schwangerschaftsverluste und die Trauer nach stiller Geburt¹ bemühen oder für separate Grabfelder und Denkmale für »Sternenkinder« oder »Schmetterlingskinder« einsetzen. Einigen der um ihre fehl- und stillgeborenen Kinder Trauernden geht es bei ihrem Engagement um die Anerkennung des Verlusts als Tod eines – ihres – Kindes. Ihr Verlust wird von anderen nicht unbedingt als Todesfall und deshalb als weniger schlimm und betrauernswert erachtet: Es sei ja noch kein (richtiges) Kind gewesen.

1 »Stillgeburt« und »stille Geburt« sind alternative Bezeichnungen, die weniger stigmatisierend sind als die ein Verfehlen oder Versagen implizierenden Begriffe »Fehlgeburt« und »Totgeburt« (siehe dazu ausführlich 2.1.3).

In der akuten Verlustsituation, also während und kurz nach einer Stillgeburt, sind betroffene Akteur*innen vor ein spezifisches Handlungsproblem gestellt. Wie in anderen krisenhaften Situationen muss das aktuelle Erleben gedeutet werden, damit entsprechend gehandelt werden kann. Nur steht für das Ereignis selbst meist kein tradiertter Wissensvorrat zur Verfügung, auf den die Betroffenen und Professionellen lediglich zurückgreifen müssten. Schwangerschaftsverluste umgibt vielmehr eine kulturelle Leerstelle, »the lack of a coherent set of cultural resources to guide the experience« (Sawicka 2017, S. 231). Zum einen befinden sich die Schwangere und das Ungeborene, ritualtheoretisch gefasst, in einer »Liminalphase« auf der Schwelle zur Mutterschaft bzw. in die soziale Welt, in einem »Zwischenstadium der Statuslosigkeit« (Turner 1989, S. 97). Das plötzliche Ende einer Schwangerschaft durch Fehl- oder Stillgeburt unterbricht diese Statuspassage und lässt die vormals Schwangere und das Ungeborene in einem »liminal space between different states of being« (Kuberska et al. 2020, S. 150) mit ambivalentem Status zurück. Zu dieser akuten, krisenhaften Deutungsanforderung kommt (später) das Problem der Todesbewältigung. In funktional differenzierten Gesellschaften besteht es nach Alois Hahn (2002) darin, dass keine verbindlichen Bearbeitungsroutinen, Rituale oder Deutungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung stehen. Es gibt keine eindeutige kulturelle Ordnung um den Tod am Lebensanfang. Dieser Mangel an verbindlichen Deutungsressourcen im Kontext Tod und Sterben scheint die Krisenhaftigkeit des Erlebnisses für die trauernden Eltern zu verstärken: Zur Uneindeutigkeit der Situation kommt eine Unsicherheit, die sich auf den Tod selbst bezieht. War das schon ein Mensch, der da gestorben ist? Dürfen, sollten wir Schwangerschaftsgewebe, das aus einem Schwangerschaftsabbruch stammt, beerdigen? Auf dem Friedhof? Möchte ich nach einer Fehlgeburt im zweiten Schwangerschaftsmonat als Mutter eines verstorbenen Kindes angesprochen werden?

Nach dem Verlust sind Betroffene zugleich oft mit delegitimierenden Kommentaren konfrontiert. Eine Fehlgeburt sei normal und natürlich, sie könnten »einfach ein neues Kind machen«, ihre Verlustgefühle seien übertrieben. Die gesellschaftlichen Veränderungen gehen auf solche Erfahrungen von Betroffenen zurück: fehlende Routinen der Unterstützung im klinischen Kontext, die Schweigsamkeit oder Ignoranz des sozialen Umfeldes, die Einsamkeit einer entrechteten Trauer um das ungeborene Kind. Gleichzeitig ist die phänomenale Bandbreite subjektiver Erfahrungen größer. Dass die Anerkennung unsichtbarer Kindsverluste ein legitimes Anliegen ist, mag unmittelbar einleuchten. Aber ob und unter welchen Voraussetzungen eine Fehlgeburt oder Totgeburt überhaupt als ein Kindsverlust erfahren wird, ist eine empirisch offene Frage. Die Varianz von Fehl- und Stillgeburtserfahrungen ist Gegenstand dieser Arbeit, eine Erklärung der Verlustkonstitution das theoretische Anliegen.

Ich untersuche Fehl- und Stillgeburtserfahrungen im Kontext der kulturell-diskursiven Ordnungen, in die sie eingebettet sind. Die heuristischen Leitfragen

waren zunächst: Wie gehen Betroffene mit Fehl- oder Totgeburt um? Auf welche Deutungs- und Handlungsressourcen greifen sie zurück? Die subjektiven Fehl- und Stillgeburtserfahrungen werden in der Ergebnisdarstellung dann mit Blick auf die Frage rekonstruiert, unter welchen Bedingungen es gesellschaftlich legitim ist, *das Erlebte als Tod und Verlust eines Kindes* zu deuten und zu behandeln. Damit wird eine spezifische Verlusterfahrung unter mehreren möglichen herausgegriffen und theoretisiert. Wie entsteht im Kontext von Schwangerschaft und Geburt die kulturelle Deutung, dass ein Kind verloren wurde? Und umgekehrt: Wann gelten diese Deutung und die ihr entsprechenden Verlustgefühle und Trauerpraktiken, etwa das Bestatten der ›Leibesfrucht‹, als illegitim?

Während im angelsächsischen Raum eine interdisziplinäre Forschung zu *pregnancy loss* bzw. *reproductive loss* mit soziologischer Beteiligung floriert, gibt es im deutschsprachigen Raum keine vergleichbare Debatte. Zugleich wird in der angelsächsischen Forschung zu Trauer nach Schwangerschaftsverlusten die Fehl- bzw. Totgeburt meist vorausgesetzt, wodurch das Ereignis unterbestimmt bleibt. Es besteht weitestgehend Konsens, dass es um den Verlust eines Kindes am Lebensanfang geht, der eine besondere elterliche Trauer nach sich zieht, weil gesellschaftliche Sichtbarkeit und Anerkennung fehlen. Die eher anwendungsorientierten Studien wählen somit den ›Umgang mit‹ als Ausgangspunkt. Meine empirische Untersuchung setzt einen Schritt früher an. Ich frage, wie sich im Kontext von Schwangerschaft und Geburt die Erfahrung eines Kindsverlusts konstituiert. Die vorliegende Studie legt damit die Voraussetzungen für die Anerkennung reproduktiver Verluste und mithin die gesellschaftlichen Grundlagen ihrer »Betrauerbarkeit« (Butler 2010, S. 22) dar und schließt eine Lücke der soziologischen Trauerforschung sowie der Soziologie von Schwangerschaft und Geburt.

Im Ergebnis steht zum einen ein *Konstitutionsmodell des Kindsverlusts*, das die kontextuelle Kontingenz der Erfahrung eines Kindsverlusts im Kontext von Schwangerschaft und Geburt aufzeigt. Anhand von drei Dimensionen – Körpermaterialität, medizinisch (un)bestimmtes Leben, Anerkennung von Personalität – werden die Kontexte entfaltet, in denen sich die intersubjektiv legitime Erfahrung des Verlusts eines (Sternen-)Kindes² konstituiert. Innerhalb jeder Dimension gibt es Spielräume der Konstruktion und Aushandlung des Verlustobjektes Kind. In diesem Sinne liefert die Arbeit eine konstitutionstheoretische Fundierung des Forschungsfeldes. Zum anderen werden durch die Fallkontrastierungen innerhalb des Modells typische *Spezifika von reproduktiven Verlusterfahrungen in der Gegenwart* herausgearbeitet, wie z. B. die medikalisierten Voraussetzungen, unter denen sie gemacht werden, sowie die Normierung von Verlustgefühlen, die auf

2 Die Ergänzung in Klammern ergab sich im Laufe der Forschung, weil die Besonderung, dass es sich um ein *Sternenkind* handelt, im Feld bedeutsam ist. Ich verwende die Begriffe ›Kindsverlust‹ und ›(Sternen-)Kindsverlust‹ synonym.

gesellschaftlichen Vorstellungen und Bewertungen des Verlusts basieren. Ein intersubjektiv anerkannter *Kindsverlust* geht mit der Anerkennung von Elternschaft einher und, so die These, generiert eine (neue) kulturelle Anerkennung und Sichtbarkeit von reproduktiven Verlusterfahrungen.

Im Folgenden gebe ich einen Überblick über die Kapitel der Arbeit. Im nächsten, *zweiten Kapitel* werden die *Begriffe* und die *theoretische Perspektive* der Studie dargelegt. Dabei wird zugleich der empirische Gegenstand konturiert und verstehbar, was Verlusterfahrungen im Schwangerschafts- und Geburtskontext sind. Zuerst werden rechtliche, medizinische und alltagsweltliche Begriffe von Fehlgeburt und Totgeburt im Kontext ihrer Verwendung geklärt (2.1). Daraufhin arbeite ich den Forschungsstand zum Thema Fehlgeburt und Totgeburt in drei Bereichen auf. Thanatosoziologie und Kulturanthropologie interessieren sich für Fehl- und Totgeburten hinsichtlich der kulturellen Ordnung des Todes bzw. der Lebensgrenzen (2.2.1). Fehlgeburt und Totgeburt spielen zweitens für Forschungen zum Status des Ungeborenen als fötale Person eine Rolle (2.2.2). Drittens gibt es im angelsächsischen Raum einen Forschungskomplex zu elterlicher Trauer nach Fehl- und Totgeburt (2.2.3). In der deutschsprachigen Soziologie von Schwangerschaft und Geburt und in der Thanatosoziologie sind Fehlgeburt und Totgeburt bislang keine eigenständigen Gegenstände, werden aber punktuell als Grenzphänomene thematisiert. Ausgehend von diesen Debatten verknüpfe ich theoretische Konzepte der deutschsprachigen Soziologie mit gegenstandsbezogenen Erkenntnissen der eher anwendungsorientierten angelsächsischen Forschung. Im dritten Teil des Kapitels lege ich die theoretische Perspektive meiner Untersuchung dar. Sie gründet in einer phänomenologischen Wissenssoziologie, einer Sensibilität für nicht-substantialistische Deutungen des Ungeborenen und einem Ansatz zur Analyse sozialer Praxis (2.3.1). Zudem greife ich auf Konzepte der soziologischen Verlustforschung zurück, etwa auf die der »entrechteten Trauer« (Doka 2014) und gesellschaftlicher »Betrauerbarkeit« (Butler 2010, S. 20f.), um die individuellen Verlusterfahrungen kulturtheoretisch zu kontextualisieren (2.3.2). Das Kapitel schließt mit den oben genannten forschungsleitenden Fragen (2.3.3).

Im *dritten Kapitel* werden das *methodische Vorgehen* und das *Forschungsfeld* beschrieben. Anhand eines Interviewbeginns lege ich zunächst das ursprüngliche Erkenntnisinteresse offen und erste Dimensionen des schwer besprechbaren Phänomens frei (3.1). Die Interpretation des Interviewbeginns steht zugleich exemplarisch für das interpretative und theoriegenerierende Vorgehen, das dann in den Unterkapiteln zur rekonstruktiven Methodologie (3.2), zur Forschungshaltung der Grounded Theory (3.3), zu den Erhebungsmethoden und Datensorten (3.4) sowie zur Auswertung und Theoriebildung (3.5) begründet und nachvollziehbar gemacht wird. Eine Reflexion über meinen Forschungsstandpunkt und über die Verwendung des Betroffenenheitsbegriffes schließt die Darstellung des methodischen Vorgehens ab (3.6). Im letzten Abschnitt stelle ich

das *Forschungsfeld* vor und gebe Einblick in den Diskurs um gesellschaftliche Anerkennung von Sternenerlternschaft (3.7). Das Unterkapitel bildet einen Übergang zwischen der Darstellung des methodischen Vorgehens und den empirischen Ergebnissen, wobei der Feldzugang beschrieben und die Konturen des Forschungsfeldes als erstes Ergebnis festgehalten werden. Online-Foren (3.7.1) und ehrenamtliche Initiativen (3.7.2) werden als zwei soziale Räume im Feld von Sternenerltern bzw. »verwaisten Eltern«³ vorgestellt. Im Kontrast dazu und im Sinne der schon erwähnten Erfahrungsvarianz stehen private Gegendiskurse von Personen, die sich nicht als (Sternen-)Eltern identifizieren (3.7.3). Vor dem Hintergrund dieser Feldskizze können die empirischen Fälle eingeordnet werden.

Im *vierten Kapitel* stehen die *Körperdeutungen* der Betroffenen während ihrer Schwangerschaft und noch vor dem eigentlichen Verlust im Zentrum. Es werden fünf mit narrativen Interviews erhobene Fälle vorgestellt. Die Falleinführungen geben einen Überblick über die biografischen Kontexte und die Bandbreite der Ausgangslagen für die konkreten Verlusterfahrungen, die in den Folgekapiteln im Vordergrund stehen. Darüber hinaus werden die Fälle hinsichtlich des Verhältnisses typologisiert, in das die Betroffenen sich gegenüber medizinisch-ärztlichen Strukturen und Deutungen gesetzt sahen. Nach einer theoretischen Einführung zur generellen Anforderung an Schwangere, den eigenen und den fötalen Körper zu deuten (4.1), werden drei Modi herausgearbeitet, die sich im Rahmen der Analyse zeigten: ein heteronomer Modus (4.2), ein normorientierter Modus (4.3) und ein autonomer Modus (4.4). Anschließend werden die Typen hinsichtlich ihres jeweiligen Krisenpotenzials miteinander verglichen (4.5).

Den empirischen Ergebnissen (Kapitel 5–7) zur Frage, wie Fehl- und Stillgeburten zu Kindsverlusten werden, ist eine Rahmung vorangestellt (S. 147–148). Intersubjektiv anerkannt wird ein (Sternen-)Kindsverlust, wenn er körpermaterial, medizinisch bzw. medizintechnisch *und* symbolisch hergestellt wird. Dieses Ergebnis wird im Modell des Kindsverlustes abgebildet, das die drei Dimensionen Körpermaterialität (Kapitel 5), medizinisch (un)bestimmtes Leben (Kapitel 6) und Anerkennung von Personalität (Kapitel 7) integriert. Unter Körpermaterialität werden *Wahrnehmungen* des Ungeborenen durch Betroffene und Dritte diskutiert. Bezugnahmen auf medizinisches *Wissen* über Lebensstatus und Lebenschancen des Ungeborenen werden anschließend behandelt. Unter Personalität werden *soziale Praktiken* der Anerkennung des Fehl- bzw. Stillgeborenen als soziale Person beschrieben. Zur Leseführung ist jedem Abschnitt der drei Ergebniskapitel eine induktiv aus den Daten generierte Ergebnisthese vorangestellt (5.1–7.6).

3 Die Bezeichnung »verwaiste Eltern« für Eltern, die ein Kind verloren haben, geht wohl auf das gleichnamige Buch von Harriet S. Schiff (1986) zurück (im Orig.: *Bereaved Parent*) und findet sich im Namen des 1997 gegründeten Bundesverbands Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e. V., einem Verein zur Unterstützung Betroffener.

Das *fünfte Kapitel* behandelt die Grenzen der *Körpermaterialität* von Kindsverlust im Schwangerschaftskontext. Entlang von vier Thesen wird der materielle Spielraum konturiert, innerhalb dessen es legitim ist, von einem Kindsverlust zu sprechen. Erstens wird als Grundthese entfaltet, dass es keines anthropomorphen Kindeskörpers bedarf, um eine Fehlgeburt als Kindsverlust zu erfahren (5.1). Gezeigt wird, dass die Erfahrung, ein Kind verloren zu haben, über Ultraschalldiagnostik und Hormonwertmessungen vor dem oder parallel zum eigentlichen Abgang erlebt werden kann. Daraus ergibt sich zweitens, dass die Erfahrungen von Fehlgeburt medizintechnisch vermittelt sind (5.2). Bestimmt wird der genaue körpermaterielle Grenzbereich eines intersubjektiv anerkannten (Sternen-)Kindsverlustes: nämlich dort, wo unklar ist, ob eine Frühschwangerschaft verloren geht oder die Menstruationsblutung einsetzt (5.3). Während der Verlust einer Frühschwangerschaft Teilhabe am Diskurs um Sternenelternschaft ermöglicht, weil sie den Verlust eines Sternenkinds bedeutet, ist der unerfüllte Kinderwunsch »nur« der Verlust einer Hoffnung ohne materielle Substanz. Herausgearbeitet wird daraufhin die Bedeutung, die dem kindlichen Körper nach der Geburt zukommt. Verschiedene Verhältnisse, in denen die pränatale Kindesvorstellung und der postnatale Kindeskörper zueinander stehen können, sind die Grundlage für die Modellbildung der vierten These, dass jede Verlustsituation ein spezifisch krisenhaftes Verhältnis von Kindesvorstellung und Kindeskörper birgt (5.4). Es werden vier Verlustkonstellationen herausgearbeitet und auf ihre Krisenhaftigkeit hin befragt.

Im *sechsten Kapitel* zeige ich, wie im Grenzbereich am Lebensanfang entlang medizinischer Kriterien dem (ungeborenen) Kind (*Nicht-)Leben* zugeschrieben wird. Zur Herstellung der Verlustgewissheit, dass das Ungeborene dieser Schwangerschaft nicht lebt, greifen Betroffene auf medizinische Expertise zurück. Die Medizin selbst stellt dabei keine verbindlichen Deutungen zur Verfügung. Rekonstruiert werden verschiedene subjektive Grenzen, anhand deren das Ungeborene als eigenes Kind anerkannt wird und die in Auseinandersetzung mit medizinisch-ärztlichem Wissen gezogen und verhandelt werden. Das Kapitel behandelt drei kritische Phasen der Schwangerschaft: unmittelbar nach der Geburt, an der Grenze zur Lebensfähigkeit um die 23. bis 25. Schwangerschaftswoche (SSW) und während der Pränataldiagnostik. Die Bedeutung der postnatalen Überprüfung von Lebenszeichen zeigt, wie medizinische Deutungsmacht über Leben und Tod am Lebensanfang und (Verweigerung von) Anerkennung zusammenhängen (6.1). Spontane Geburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit in der 23. bis 25. SSW erfordern, dass Betroffene medizinisches Wissen heranziehen, um Handlungsorientierung in Bezug auf sich und das un- bzw. neugeborene Kind zu gewinnen. Deutlich wird das Paradox, dass mit medizinischen Erfolgen an der Lebensgrenze neue Deutungsbedarfe für Betroffene entstanden sind (6.2). Pränatal gestellte Diagnosen, die dem Ungeborenen eine eingeschränkte Lebensfähigkeit prognostizieren, erlegen werdenden Eltern einen Zwang zur Deutung

des Ungeborenen sowie zur Konstruktion von (zukünftigem) Leben auf. Sie müssen daraufhin entscheiden, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen. Zur Begründung und Legitimation eines Abbruchs wird Ungewissheit, etwa bezüglich der zukünftigen Lebensqualität, betont (6.3).

Im *siebten Kapitel* werden als letzte Dimension der Konstitution eines intersubjektiv anerkannten Kindsverlusts soziale *Praktiken der Personalisierung* thematisiert. Gemeint sind Zuschreibungen an das Fehl- bzw. Stillgeborene, ein Mensch (gewesen) zu sein, dem ein Recht auf würdevolle Behandlung zukommt. Mit Bezug auf die Theorie »pränataler Sozialität« (Hirschauer et al. 2014) werden »konkrete Anerkennungsakte« (Graumann 2011) zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt rekonstruiert, die dem Kind, teilweise im Nachhinein, Personenstatus zuweisen. Herausgestellt wird dabei die Prozesshaftigkeit der Verlustkonstitution: eine Fehl- bzw. Stillgeburt legt nicht unmittelbar die Deutung eines toten Kindes und entsprechende Umgangsweisen nahe. Die Aneignung einer solchen Deutung des Verlustobjektes kann auch erst später erfolgen. Die Deutungen des Ungeborenen sind somit keine biografischen Konstanten, sondern im Laufe eines Lebens neu verhandelbar. Ich rekonstruiere Anerkennungsakte entlang der Zeitpunkte, zu denen sie jeweils am Kind vollzogen werden: Akte der pränatalen Subjektivierung (7.1), Namensgabe und Gendering (7.2), Anerkennungspraktiken kurz nach der Geburt (7.3) und vor der Bestattung (7.4), die Bestattungspraxis selbst (7.5) sowie die rechtliche Beurkundung beim Standesamt (7.6). In dieser Reihenfolge verlieren die Anerkennungsakte an Intimität und gewinnen an Formalität. Im Kapitel werden abschließend individuelle Verlusterfahrungen in den Kontext der gesellschaftlich etablierten Anerkennungsordnung gestellt. Für die individuelle Verlusterfahrung gibt es – je nach Bedeutung der verlorenen »Leibesfrucht« – zwei potenziell problematische Anerkennungslagen: auf der einen Seite fehlende Anerkennung durch Dritte im Falle eines entrechteten Kindsverlusts, auf der anderen ungewollte Erwartungen Dritter, das Verlorene als eigenes Kind zu würdigen. Fehlende externe Anerkennung kann, so die These, ein Engagement für die Etablierung von Anerkennungsrouitinen in Kliniken anstoßen, bei denen Fehl- und Stillgeborene als verstorbene Kinder nun verwaister Eltern behandelt werden.

Im *achten Kapitel* generalisiere ich die rekonstruktiven Ergebnisse. Zuerst stelle ich mit dem *Modell der Verlustkonstitution* den theoretischen Ertrag der Studie heraus. Zum einen lassen sich die im Modell abgebildeten Konstitutionsbedingungen für den Verlust einer (kindlichen) Person auch auf den Verlust einer Person am Lebensende übertragen. Zum anderen schlage ich mit dem Modell einen Ansatz zum Verständnis ambivalenter bzw. nicht anerkannter Erfahrungen vor. Eine solche *Konstitutionstheorie nicht etablierter Erfahrungen* widmet sich der Frage, wie es zur intersubjektiven Anerkennung individueller Erfahrungen kommt. Exemplarisch werden einige Phänomene aufgezeigt, auf die das Modell übertragen werden könnte (8.1). Mit Blick auf die Frage nach der Anerkennung

des Verlusts fasse ich anschließend die wichtigsten gegenstandsbezogenen Ergebnisse zusammen und verknüpfe sie erstens mit Debatten um personale Anerkennung in der Gesellschaft der Gegenwart (8.2). Zweitens schließe ich an Debatten zum Umgang mit Wissensgrenzen und zum Verhältnis von Alltagswissen und Expert*innenwissen an. Die prozessuale Konstitution des Verlusts, der subjektiven Gewissheit, dass das Ungeborene tot ist oder nicht leben wird, warf wissenssoziologische Fragen nach der Herstellung von gültigem Wissen unter Bedingungen von Ungewissheit und einer Pluralisierung von Deutungen auf. Ausgehend von der vorgeschlagenen Typologie von Körperdeutungsmodi lassen sich verschiedene Wege ableiten, wie körperlich Betroffene mit medizinischen und gesellschaftlichen Wissensgrenzen umgehen (8.3).

Die Studie schließt mit einem kurzen Fazit im *neunten Kapitel*, das die Ergebnisse im Konzept der *selbstverantworteten Trauerkultur* bündelt. Der Umgang mit Fehl- und Stillgeburtserfahrungen ist einerseits selbstverantwortet und unverbindlich, andererseits hochgradig normiert. Der Verlust sowie trauernde Personen werden entlang gesellschaftlicher Erwartungen bewertet und entsprechend wird normiert, welche Trauerpraxis angemessen ist. Diese Normierungen beeinflussen wiederum – auch nachträglich – die individuelle Erfahrung von Fehlgeburt und Stillgeburt.

Kapitel 2

Fehlgeburt und Stillgeburt: Gegenstand und theoretische Perspektive

In diesem Kapitel werden die Begriffe und theoretischen Perspektiven eingeführt, die die Grundlage der Studie bilden. Dadurch wird zugleich der empirische Gegenstand geschärft und verstehbar, was Verlustserfahrungen im Schwangerschaftskontext sind.

Das Kapitel beginnt mit einer *begrifflichen Klärung* von Rechtsgrundlagen, medizinischen Definitionen sowie alltagsweltlicher Alternativen zur Bezeichnung von Fehlgeburt und Totgeburt (2.1). In diesem Teil werden institutionalisierte Deutungen – wie rechtliche Bestattungsverordnungen und klinische Handlungs-routinen – beschrieben, die in der konkreten Erfahrungssituation für das Subjekt autoritativ bedeutsam werden und mit denen es sich auseinandersetzen muss. In dieser Auseinandersetzung mit den vorhandenen Deutungen wird offenkundig, weshalb das Phänomen gesellschaftlich brisant und soziologisch so interessant ist: aufgrund der für das Subjekt krisenhaften Diskrepanz zwischen eigenem Erleben und kulturellen Deutungen.

Im zweiten Teil arbeite ich den *Forschungsstand zum Thema Fehlgeburt und Totgeburt* auf (2.2). In der Literatur sind zwei Ausrichtungen zu beobachten: In der deutschsprachigen Soziologie werden Fehlgeburt und Totgeburt kaum als eigenständige Gegenstände behandelt. Punktuell werden sie innerhalb der Thanatosoziologie und der Sozialtheorie als Grenz- und Kontrastphänomene thematisiert. Im angelsächsischen Raum hingegen gibt es einen etablierten Forschungskomplex zum Thema *pregnancy loss* bzw. *reproductive loss*, der einen starken Anwendungsbezug für das professionelle Gesundheitswesen aufweist. In der Untersuchung verknüpfe ich von diesen Debatten ausgehend theoretische Konzepte der deutschsprachigen Soziologie mit den gegenstandsbezogenen Erkenntnissen aus der angelsächsischen *pregnancy-loss*-Forschung.

Im dritten Teil wird die *theoretische Perspektive* meiner Untersuchung dargelegt (2.3.). Sie gründet in einer phänomenologischen Wissenssoziologie im Anschluss an Alfred Schütz und in einem Ansatz mikrosoziologischer Praxisforschung, mittels derer die Fehl- und Totgeburtserfahrungen analysiert werden. Der Rückgriff auf Konzepte der soziologischen Verlustforschung ermöglicht eine kulturtheoretische Rahmung der individuellen Erfahrungen. Das Kapitel schließt mit den *forschungsleitenden Fragen*.

2.1 Begriffe

Die Terminologie um die Phänomene Fehlgeburt und Totgeburt ist uneinheitlich, für Außenstehende verwirrend und teilweise heftig umstritten. Allein die Vielzahl der Bezeichnungen in den Bestattungsrechten der einzelnen Bundesländer bringt die Heterogenität der Perspektiven zum Ausdruck: »So gibt es: totgeborene Kinder, tot geborene oder in der Geburt verstorbene Kinder, verstorbene Neugeborene, in der Geburt verstorbene Leibesfrüchte, Fehlgeburten (oder: Fehlgeborene), Totgeburten (oder: Totgeborene), aus Schwangerschaftsabbrüchen stammende Leibesfrüchte, Feten (auch: Föten) oder Embryonen, Ungeborene und totgeborene Leibesfrüchte« (Aeternitas 2012, o.S.). Die vielen Bezeichnungen verweisen, systemtheoretisch gedacht, auch auf verschiedene Systemlogiken. In gesellschaftlichen Teilsystemen werden je eigene Kategorien des empirischen Phänomens verwendet, die auf die Funktion der jeweiligen Systeme verweisen, z. B. rechtliche Ordnung, statistische Korrektheit, Heilung oder Sinnstiftung. In diesem Sinne geht es in der folgenden Darstellung der wichtigsten rechtlichen (2.1.1), medizinischen (2.1.2) und lebensweltlichen (2.1.3) Begriffe darum, die Logik ihrer Nutzung und Abgrenzung zu verstehen, um einen Überblick über die kleinteilige Terminologie zu gewinnen.

2.1.1 Rechtliche Bestimmungen

Juristisch geht es bei der Definition von Fehlgeburt und Totgeburt um die Frage, ob bzw. wann es sich um eine Person oder eine Sache handelt. Der Umgang mit Fehlgeburten und Totgeburten ist im Personenstandsrecht sowie im Friedhofs- und Bestattungsrecht geregelt. Das Personenstandsrecht, das bundesweit einheitlich gilt, bezieht sich auf »die familienrechtliche Stellung einer Person innerhalb der Rechtsordnung einschließlich ihres Namens [...]. Zum Zwecke der personenstandsrechtlichen Erfassung definiert das Personenstandsrecht, wann eine Lebend-, Tot- oder Fehlgeburt vorliegt« (Weilert 2017, S. 286). Die Erfassung der Daten im Personenstandsregister, das Geburts- und Sterberegister einschließt, nehmen die Standesämter vor. Paragraf 31 der Personenstandsverordnung (PStV) unterscheidet zwischen Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt und lautet wie folgt:

»(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn

1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder
2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde,

im Übrigen als Fehlgeburt. Eine Fehlgeburt wird nicht im Personenstandsregister beurkundet. Sie kann von einer Person, der bei Lebendgeburt die Personensorge zugestanden hätte, dem Standesamt, in dessen Zuständigkeitsbereich die Fehlgeburt erfolgte, angezeigt werden. In diesem Fall erteilt das Standesamt dem Anzeigenden auf Wunsch eine Bescheinigung mit einem Formular nach dem Muster der Anlage 11.

(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.«

Personenstandsrechtlich liegt also eine Lebendgeburt vor, wenn nach der Geburt mindestens eines der drei Lebenszeichen Herzschlag, Nabelschnurpuls oder Atmung beobachtet werden konnte, unabhängig davon, wie lange das Kind lebt und ob es überlebensfähig ist. Ein einziger Atemzug macht ein Neugeborenes also zur Lebendgeburt nach PStV, selbst wenn es direkt darauf verstirbt. Unter Geburt im Sinne des PStG wird »das ›vollständige Ausscheiden des Kindes aus dem Mutterleib‹ verstanden, ohne dass die Nabelschnur notwendigerweise durchtrennt sein müsste. Mit der Vollendung der Geburt erlangt das Kind die Rechtsfähigkeit nach § 1 BGB« (Weilert 2017, S. 286).⁴

In Abgrenzung dazu werden Totgeborene als Leibesfrüchte nach Beginn der 24. SSW bzw. als Leibesfrüchte mit einem Gewicht *über* 500 Gramm Körpergewicht definiert, die nach der Entbindung kein Lebenszeichen aufweisen. Um eine Fehlgeburt handele es sich »im Übrigen«, d. h., wenn die Leibesfrucht *unter* 500 Gramm wiegt. Bis 1994 lag in Deutschland die Grenze noch bei 1000 Gramm. Diese Grenzziehung, ich komme später noch einmal darauf zurück, orientiert sich am annähernden Gewicht eines potenziell überlebensfähigen Fötus. »Eine weitere Abstufung, z. B. im Hinblick auf die medizinische Abgrenzung zwischen Embryonal- und Fetalentwicklung, kennt das Personenstandsrecht nicht. Damit verläuft die entscheidende Abgrenzung zwischen einer Tot- und Fehlgeburt an der 500-g-Grenze« (ebd., S. 287). Eine Ausnahmeregelung besteht bei Mehrlingsgeburt, bei der alle Mehrlinge gleichbehandelt werden sollen, auch wenn nur eines der Kinder die 500-Gramm-Grenze überschritten hat (vgl. ebd.). Aus der Unterscheidung zwischen Totgeburt und Fehlgeburt ergeben sich

4 Weilert (2017, S. 286 f.) weist darauf hin, dass der strafrechtliche Schutz des Ungeborenen früher einsetzt: »Die Abgrenzung zwischen (ggf. straflosem) Schwangerschaftsabbruch und Totschlag verläuft an den Eröffnungswehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das Kind ›ein Mensch‹ im Sinne des § 212 StGB«.

Konsequenzen für die Beurkundung im Geburten- und Sterberegister und für das Friedhofs- und Bestattungsrecht. Eine Totgeburt wird ins Geburts- und Sterberegister eingetragen und in der Regel besteht Bestattungspflicht. Eltern eines totgeborenen Kindes erhalten eine Geburtsurkunde mit dem Familiennamen und können dem Kind einen offiziellen Vornamen geben. Fehlgeburten werden hingegen nicht ins Geburtsregister eingetragen, es besteht weder Anzeige- noch Bestattungspflicht.

Das Personenstandsrecht gilt in der aktuellen Fassung erst seit der in der Einleitung erwähnten Gesetzesänderung, die am 7. Mai 2013 vom Bundestag verabschiedet wurde. Seitdem können Eltern auch Fehlgeborene vom Standesamt dokumentieren lassen, sofern sie die Schwangerschaft belegen können. »Zur Glaubhaftmachung der Fehlgeburt kann ein Mutterpass dienen, wenn daraus die Fehlgeburt hervorgeht, oder eine von einer Ärztin, einem Arzt, einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger ausgestellte Bescheinigung« (BMFSFJ 2018, o. S.). Das Standesamt erstellt dann eine Bescheinigung der Fehlgeburt, die allerdings weder Geburtsurkunde noch ein »Beweis für eine Fehlgeburt [ist], sondern lediglich eine Dokumentation, dass eine solche Anzeige beim Standesamt stattgefunden hat« (Weilert 2017, S. 287). Bei der Anzeige können Eltern einen Vor- und Familiennamen eintragen (vgl. 7.6).

Im Zuge der Änderung des Personenstandsrechts haben die meisten Bundesländer – Bestattungsrecht und Leichenwesen ist in Deutschland Ländersache – ihr Bestattungsrecht neu geregelt. Die einzelnen Bestattungsgesetze und -verordnungen variieren dabei stark. Grundsätzlich müssen Leichen nach dem Gesetz bestattet werden. Während verstorbene Lebendgeburten immer als Leichen gelten und bestattet werden müssen, ist die Frage, ob Totgeborene wie menschliche Leichen zu behandeln sind, in den Ländern unterschiedlich geregelt. »In neun Bundesländern gilt eine Bestattungspflicht für Tot- und Lebendgeburten durch die Angehörigen ab einem Geburtsgewicht von 500 g. Damit knüpft die Mehrheit der Länder an das im Personenstandsrecht vorgegebene Kriterium der 500-g-Grenze für eine Totgeburt an. Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern normieren eine Bestattungspflicht für Totgeborene durch die Angehörigen erst ab 1000 g. [...] Nur Hessen, das für Totgeburten eine Bestattungspflicht erst nach dem 6. Schwangerschaftsmonat vorsieht, stellt keinen sichtbaren Bezug zum Personenstandsrecht her« (Weilert 2017, S. 289). Sofern für das Totgeborene eine Bestattungspflicht besteht, haben die Eltern die Kosten für die Bestattung zu tragen.

Eine Bestattungspflicht nach Fehlgeburten besteht in keinem Bundesland. Seit der Änderung von 2013 gilt aber in allen Bundesländern ein Recht auf Bestattung. Fehlgeborene können nun – wie auch Föten aus Schwangerschaftsabbrüchen – auf Wunsch von mindestens einem Elternteil bestattet werden. Dieses Recht gilt unabhängig von Schwangerschaftsdauer und Körpergewicht des Fötus, kann also auch bei frühen Fehlgeburten in Anspruch genommen

werden.⁵ »Die Mehrheit der Länder hat darüber hinaus auch eine diesbezügliche Hinweispflicht verankert. Ohne diese Hinweispflicht läuft das Bestattungsrecht [= Recht auf Bestattung, jB] fast leer, denn werdende Eltern sind meist von einer Fehlgeburt völlig überrumpelt und haben sich – jedenfalls, wenn es ihre erste Fehlgeburt ist – in aller Regel nicht mit der Frage einer Bestattung auseinandergesetzt« (ebd., S. 289). Wird keine individuelle Beisetzung gewünscht, unterliegen die Kliniken der Pflicht, »Fehlgeburten und Ungeborene [...] unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten« (§ 30 Abs. 3 S. 2 BestattG). Die konkreten Regelungen des Umgangs mit den Fehlgeburten, die nicht individuell bestattet werden, variieren stark. Während das ›Schwangerschaftsgewebe‹ früher mit dem Klinikabfall entsorgt wurde, veranlassen Kliniken heute meistens Sammelurnenbestattungen der eingäscherten Fehlgeborenen. Die Sammelbestattung bzw. die dem sittlichen Empfinden entsprechende Entsorgung, die von den Ländern gesetzlich vorgesehen ist, kann unter bestimmten Bedingungen (vorerst) ausgesetzt werden, wenn die Fehlgeburten für medizinische, pharmazeutische oder wissenschaftliche Zwecke verwendet werden (vgl. Weilert 2017, S. 289 f.).

Im Umgang mit Fehlgeburten und Totgeburten sind verfassungsrechtliche Fragen relevant, die den Status des nicht (lebend) zur Welt gekommenen Menschen betreffen. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Schwangerschaftsabbruch im Jahr 1975 gilt in Deutschland die Verpflichtung des Staates, ›das ungeborene Leben‹, das mit der Einnistung beginne, zu schützen (vgl. ebd., S. 290).⁶ Der verfassungsrechtliche Schutz des Ungeborenen ist für die hier behandelte Thematik im Hinblick auf den Würdeschutz relevant, den ein Mensch auch über den Tod hinaus genießt. Dieser »postmortale Rechtsschutz« betrifft den Schutz Verstorbener vor herabwürdigender Behandlung, der für eine gewisse Zeit nach dem Tod besteht, auch wenn er oder sie nicht mehr Rechtsträger*in ist (vgl. ebd., S. 292). Anders gesagt, es geht um einen respekt-, würde- und pietätvollen Umgang mit dem menschlichen Leichnam. »Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu«, heißt es im Urteil zum Schwangerschaftsabbruch (vgl. ebd., S. 290). Was menschliches Leben oder Menschsein ausmacht, ist allerdings nicht festgelegt.⁷ Es geht beim Umgang mit Fehl- und Totgeburten also darum, ob für diese ein postmortaler Würdeschutz gelten soll. Die Juristin Katarina

5 Bremen sieht ein Bestattungsrecht erst ab der 12. SSW vor, es kann aber eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden (vgl. Weilert 2017, S. 289).

6 »Wörtlich heißt es im Urteil: ›Der damit begonnene Entwicklungsprozeß ist ein kontinuierlicher Vorgang, der keine scharfen Einschnitte aufweist und eine genaue Abgrenzung der verschiedenen Entwicklungsstufen des menschlichen Lebens nicht zuläßt« (Weilert 2017, S. 290). Die 500-Gramm-Grenze markiert also nicht ›rechtlich den Beginn des ›Menschseins‹« (ebd.).

7 Im Recht wird zudem laut Weilert (2017, S. 294) nicht zwischen Mensch und Person unterschieden.

Weilert, Referentin an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V., auf deren Arbeit meine Ausführungen hier beruhen, vertritt die Ansicht, dass der postmortale Achtungsanspruch aufgrund des Einbezugs von Föten in den Schutzbereich der Menschenwürde auch für Fehl- und Totgeburten gilt.⁸ »Dieser fortwirkende Menschenwürdeschutz gebietet es, dass auch Fehlgeborene nicht einfach als Sondermüll ›entsorgt‹ oder in sonst unwürdiger Weise verwendet werden dürfen« (ebd., S. 294). Die durch die Bestattungsgesetze der Länder vorgesehene Entsorgung von Fehlgeborenen sei deshalb verfassungskonform ausulegen, sodass dem Achtungsanspruch genüge getan werde: »Feten sollten gesammelt, von einem Bestattungsunternehmen zu einem Krematorium verbracht und in einem gemeinsamen Sargbegräbnis eingäschert und anschließend beigesetzt werden«, wie es schon vor über zwanzig Jahren die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfohlen habe (ebd., S. 293). Zudem plädiert Weilert dafür, dass eine Freigabe einer Fehl- oder Totgeburt »zur Forschung oder zu medizinischen Zwecken nur mit Einwilligung der Eltern erfolgen darf« (ebd.).

Von Fehlgeburt Betroffene gehen, wie ich zeigen werde, ganz unterschiedlich mit dem Verlust und entsprechend mit der Möglichkeit um, eigenständig eine Bestattung zu veranlassen. Einige haben zum Zeitpunkt des Verlusts schon eine Bindung zum Ungeborenen aufgebaut und ihm gegenüber eine Elternrolle eingenommen. Mit ihrer Entscheidung für eine individuelle Bestattung und die Verabschiedung des Fehlgeborenen z.B. mit einer Feier stellen einige Eltern auch symbolisch dessen Status als Mensch dar, während andere Betroffene die Vorstellung einer Abschiedsfeier befremdet. Das Recht räumt hier also die Möglichkeit ein, dass Personen selbst darüber entscheiden, ob das Fehlgeborene für sie ein Mensch war bzw. ist, dem sie eine würdevolle Bestattung zuteilwerden lassen möchten (vgl. 7.5).

2.1.2 Medizinische Definitionen und Prävalenz

Der medizinische Diskurs bezieht sich einerseits auf die eben dargelegte Rechtsdefinition. So beginnt bspw. das medizinische Handbuch »Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten« (Toth 2017) mit der Definition nach Paragraph 31 PStV (vgl. Franz 2017, S. 4). Das mag daran liegen, dass Mediziner*innen im Rahmen geltenden Rechts agieren und ihnen u. a. die Aufgabe zukommt, nach der Geburt (fehlende) Vitalitätszeichen festzustellen und den Rechtsstatus des geborenen Kindes – mit den oben skizzierten Konsequenzen – zu bestimmen. Andererseits

8 Weilert argumentiert hier im Spannungsfeld zwischen Ist und Soll – sie fordert eine verfassungskonforme Auslegung der Bestattungsgesetze, weil die Länderregelungen voneinander abweichen. Ihre Argumentation ist dabei auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Weilert dem Herausgeberbeirat der Zeitschrift für Lebensrecht angehört, hrsg. von der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V., einer konservativen Vereinigung von ›Lebensschützer*innen‹, die das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren einschränken wollen.

werden in der Medizin die Schwangerschaftsverläufe stark binnendifferenziert – nach SSW, Ursache, Verlauf und/oder Therapie. Medizinisch relevant sind der eigentliche Geburtsverlauf und die Frage, ob der Fötus, sofern er noch lebt, eine Geburt zu diesem Schwangerschaftszeitpunkt überleben kann. Im Grenzbereich um 500 Gramm kann mitunter erst nach der Geburt, wenn gewogen wurde, entschieden werden, ob es sich um eine Totgeburt oder eine Fehlgeburt handelt; auch deshalb ist eine scharfe Grenzziehung aus medizinischer Perspektive wenig sinnvoll. Vielmehr geht es darum, je nach Diagnose und SSW, die Geburt hinauszuzögern und Formen der Therapie vorzuschlagen. Im Folgenden gehe ich auf einige relevante Binnendifferenzierungen ein.

Eine *Fehlgeburt*, auch ›Abort‹ oder ›Abgang‹ genannt, bezeichnet »eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft mit oder ohne Ausstoßung der toten Frucht mit einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm« (Hosang 2013, S. 213). Eine Schwangerschaft beginnt nach klinischem Verständnis mit der Einnistung der befruchteten Eizelle, d. h. etwa fünf Tage nach der Befruchtung und sieben bis zehn Tage nach dem Geschlechtsverkehr. Gerechnet wird die Schwangerschaftsdauer in der gynäkologischen Praxis aber meist vom ersten Tag der letzten Menstruation, die Schwangerschaft ist also etwa zwei Wochen älter. Dementsprechend ist die Person am Tag, an dem die Schwangerschaft klinisch beginnt und potenziell nachweisbar wird, bereits mindestens in der 4., eher in der 5. SSW. Eine Person, die in der 5. oder 6. SSW eine Fehlgeburt erleidet, weiß also seit höchstens ein bis zwei Wochen, dass sie schwanger ist. Für das Verständnis früher Fehlgeburtserfahrungen ist es deshalb wichtig, diese routinemäßige Berechnungsweise der Schwangerschaftsdauer in SSW zu verstehen.

Fehlgeburten werden, entlang uneinheitlicher Kriterien, in frühe Fehlgeburten (Frühaborte, bis zur 14. SSW) und späte Fehlgeburten (Spätaborte, bis zur 24. SSW) unterschieden (vgl. ebd.). Andere Quellen geben an, dass es sich bis zur 12. SSW um eine frühe Fehlgeburt, ab der 13. SSW um eine späte Fehlgeburt handelt (etwa Franz 2017, S. 4), was an den verschiedenen Varianten, die Schwangerschaftsdauer zu bestimmen, liegen könnte. Die zeitliche Unterteilung ist der Behandlungsentscheidung geschuldet, der, verkürzt gesagt, ein operativer Eingriff oder ein Geburtsprozess folgt. Während bei frühen Fehlgeburten die Leibesfrucht auch operativ entfernt werden kann, ist bei späten Fehlgeburten eine vaginale Geburt vorgesehen (zu diesem Vorgehen vgl. S. 239). Diese Entscheidung beeinflusst natürlich, darauf sei an dieser Stelle hingewiesen, ob die Schwangere das folgende Ereignis als Operation oder als Geburt erfährt.

Daneben wird der Zustand des Aborts weiter differenziert, etwa mit den Begriffen ›beginnender Abort‹ (Abortus incipiens) oder ›unvollständiger Abort‹ (Abortus incompletus) (vgl. Hosang 2013, S. 213). Eine häufige Form der Fehlgeburt ist der ›verhaltene Abort‹ (*missed abortion*). Bei einer *missed abortion* weist der Fötus in der Ultraschalluntersuchung keine Vitalitätszeichen wie Herzaktion

oder Bewegung auf, doch gibt es keine äußeren Merkmale wie Blutungen oder den Abgang von Gewebe. Wird ein unvollständiger oder verhaltener Abort bis zur 12. SSW diagnostiziert, wird traditionell eine Ausschabung (Kürettage) der Gebärmutter bzw. die schonendere Absaug-Methode durchgeführt. Alternativ kann abgewartet werden, wobei »die Blutung bis zur kompletten Ausstoßung der Frucht einen Monat anhalten kann« (Knieper 2017, S. 184).

Die Medizin gibt keine Antwort auf die Frage, ab wann das Ungeborene eine menschliche Person ist, aber der Grenzbereich zur Lebensfähigkeit scheint der Übergang zu sein, durch den Ungeborene zu eigenständigen Patient*innen werden. Die Bezeichnung ›Totgeburt‹ bezieht sich aus medizinischer Perspektive auf einen Schwangerschaftszeitpunkt, zu dem der Embryo oder Fötus außerhalb der Gebärmutter potenziell lebensfähig gewesen wäre. Derzeit liegt die Grenze zur extrauterinen⁹ Lebensfähigkeit zwischen der 22. und 24. SSW (vgl. Reister 2015). Etwa in dieser Zeit, um die 23. SSW, wiegt die Leibesfrucht 500 Gramm. Die Grenze zur Lebensfähigkeit ist von kulturellen, gesundheitspolitischen und medizintechnischen Umständen abhängig und variiert entsprechend. Da sich die Überlebenschancen von Frühgeborenen vor allem durch medizintechnische Entwicklungen stark verbessert hatten, und auch deutlich leichtere Babys überlebten, empfahl die WHO 1994 die Herabsetzung der Grenze zur Unterscheidung zwischen Totgeburt und Fehlgeburt auf 500 Gramm. Zuvor hatte die Grenze in Deutschland bei einem Geburtsgewicht von 1000 Gramm bzw. von 1938 bis 1979 bei einer Körperlänge von 35 cm gelegen (vgl. Hübner 2014, S. 11).¹⁰

Fehlgeburten finden sehr häufig statt, wobei die Rate je nach betrachtetem Kollektiv und Zeitpunkt im Schwangerschaftsverlauf stark variiert (vgl. Franz 2017, S. 5). Es wird geschätzt, dass etwa 20 Prozent aller Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt enden, wobei ein großer Teil dieser Schwangerschaften sehr früh und mitunter unbemerkt zu Ende geht (vgl. Kribs 2014, S. 58). »Etwa 30 % der befruchteten Eizellen gehen bereits in der Implantationsphase zugrunde« (Hosang 2013, S. 213), d.h. teilweise ohne dass überhaupt eine Schwangerschaft festgestellt worden ist. Etwa 80 Prozent der klinisch relevanten Fehlgeburten sind frühe Fehlgeburten bis zur 12. SSW, weshalb das erste Schwangerschaftsdrittel auch als kritische Phase betrachtet wird. Danach nimmt die Fehlgeburtswahrscheinlichkeit von Woche zu Woche signifikant ab. Mit zunehmendem Alter der Frau steigt die Wahrscheinlichkeit für einen Abort. »Grundsätzlich geht man bei einer Frau, die noch keine Fehlgeburt hatte, von einem Risiko für eine Fehlgeburt von 11–13 % aus« (Funk 2017, S. 14). Es liege bei 20- bis 30-jährigen Frauen bei 9 bis 17 Prozent, in der Gruppe der 35- bis 40-Jährigen bereits bei 23 bis 45 Prozent

9 Extrauterin = außerhalb der Gebärmutter.

10 Die 500-Gramm-Grenze entspricht nur in etwa dem geringsten Körpergewicht eines lebensfähigen Kindes. Das bisher leichteste Frühgeborene, das überlebte, wog bei seiner Geburt weniger als 250 Gramm. Wäre es vor der Geburt gestorben, hätte es nach heutigen Bestimmungen als Fehlgeburt gegolten.

(vgl. ebd.). Deshalb gelten Schwangere ab einem Alter von 35 Jahren als Risikoschwangere. Häufige Ursachen für eine Fehlgeburt sind Chromosomenstörungen, anatomische Gründe (etwa Myome in der Gebärmutter), Gerinnungsstörungen, hormonelle Probleme, immunologische Störungen sowie akute Infektionen (vgl. ebd., S. 16).

Eine *Totgeburt*, auch Intrauteriner¹¹ Fruchttod oder Fetal Tod, stellt eine vergleichsweise seltene, »schwere geburtshilfliche Komplikation« (Franz 2017, S. 5) dar. 2019 wurden gemäß Statistischem Bundesamt in Deutschland 778 090 Kinder lebend geboren, und im gleichen Zeitraum traten 3180 Totgeburten auf, was einer Inzidenz von 0,41 Prozent entspricht. 98 Prozent der weltweit jährlich etwa 3 Millionen Totgeburten treten in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen auf (Blencowe et al. 2016, S. e98). Die Totgeburtenraten liegen für einige subsaharische und südasiatische Länder bei über 25 pro 1000 Geburten (vgl. ebd., S. e104). Laut einer Studie von 2016 hatte Pakistan aufgrund von Armut, Bevölkerungswachstum und schlechter Gesundheitsversorgung die höchste Totgeburtenrate der Welt: Im Schnitt kommen dort auf 1000 Geburten 43 Totgeborene (ebd.).

Die Rate perinataler Mortalität erfasst Totgeburten und bis zum siebten Tag nach der Geburt verstorbene Kinder. Erfasst werden damit auch Neugeborene, die in Deutschland personenstandsrechtlich als Lebendgeburten definiert werden. Um die begriffliche Verwirrung komplett zu machen, kommt hinzu, dass die häufigste Todesursache von Neugeborenen extreme Unreife durch Frühgeburt ist (vgl. Franz 2017, S. 5), weshalb ein innerhalb der ersten sieben Lebensstage verstorbene Kind medizinisch zugleich eine Frühgeburt, rechtlich eine Lebendgeburt und gemäß Bundesstatistik eine Totgeburt sein kann. Die Totgeburtenrate gilt als Indikator für die Qualität der perinatalmedizinischen Versorgung. Sie stieg in Deutschland in den Jahren 1994 und 1995 an (4 bzw. 4,5 Totgeburten pro 1000 Lebendgeburten gegenüber 3,1 im Jahr 1993), nachdem 500 Gramm als neue Grenze zur Definition einer Totgeburt festgelegt worden war (vgl. Hübner 2014, S. 11). Bei der Säuglingssterblichkeit werden Totgeburten wiederum nicht mitgezählt. Sie bildet die Anzahl von Todesfällen Lebendgeborener innerhalb ihres ersten Lebensjahres ab. Da die Säuglingssterblichkeit weltweit als ein Indikator für den Lebensstandard und die medizinische (insbesondere geburtshilfliche) Versorgung gilt, ergibt es aus politischen Gründen Sinn, extrem unreife Frühgeborene, die innerhalb weniger Tage sterben, statistisch als Totgeburten zu zählen, damit sie in dieser statistischen Zahl nicht enthalten sind.

Nicht zuletzt sei eine Anmerkung zum Thema Schwangerschaftsabbruch gemacht. Ursprünglich habe ich Abtreibung aus dem Gegenstandsbereich ausgeklammert, weil ich sie als gewollte Beendigung einer Schwangerschaft gefasst habe, die zudem unter Vollnarkose und operativ erfolgt, also kaum leibliches

11 Intrauterin = in der Gebärmutter.

Erleben zulässt. Aber beides ist nicht unbedingt der Fall. Zum einen können auch Schwangerschaftsabbrüche, die nach der Beratungsregel erfolgen, medikamentös vorgenommen werden – medizinisch betrachtet ist der körperliche Vorgang nach der Medikamenteneinnahme, der Abgang selbst, dann mit einer Fehlgeburt vergleichbar. Zum anderen wurde schnell klar, dass Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Diagnosestellung keineswegs *gewollte* Schwangerschaftsabbrüche sind. Vielmehr stellt der Schwangerschaftsabbruch nach pränataler Diagnose eine häufige und oft dramatische Form des Schwangerschaftsverlusts dar, da die Betroffenen sich ein Kind wünschen *und* sich dafür entscheiden, die Schwangerschaft zu beenden (siehe dazu 6.3). Der Entscheidung für den Abbruch folgt eine eingeleitete Geburt, die körperlich wiederum mit dem Prozess einer Totgeburt vergleichbar ist.¹² Solche Fälle, soviel sei vorweggenommen, werden im Feld trauernder Eltern ebenfalls als Verluste behandelt, weshalb ich sie in die Analyse einbezogen habe. Medizinisch werden diese künstlich eingeleiteten Geburten von ›natürlichen Geburten/Abgängen‹ unterschieden, die ›spontan‹ beginnen. Nach dem erfolgten Abbruch entscheidet die erreichte Schwangerschaftsdauer bzw. das Gewicht der Leibesfrucht, ob diese personenstandsrechtlich als Fehlgeburt oder als Totgeburt gilt und ob sie bestattet werden kann oder muss.

2.1.3 Stillgeburt und Sternenkind – Lebensweltliche Alternativbezeichnungen

Im Folgenden liegt der Fokus auf lebensweltlichen Alternativen zu den Begriffen ›Fehlgeburt‹ und ›Totgeburt‹, da diese die negative Konnotation eines Misserfolgs tragen. »Das Wort ›Fehlgeburt‹ wird zu Recht kritisiert, weil es dem Empfinden nach ein wertendes Wort ist, in dem etwas ›Fehlerhaftes‹ zum Ausdruck kommt« (Weilert 2017, S. 287). Auch das englische *miscarriage* bedeutet wörtlich ein fehlendes und verfehltes Austragen. Im Kontext von Schuld verwendet Martin Luther »Fehl« akkusativisch: »ihr (der Gottlosen) Bauch bringet Fehl (eine Fehlgeburt), Hiob 15, 35« und »Siehe, der hat Böses im Sinn, mit Unglück ist er schwanger; er wird aber einen Fehl gebären (Ps. 7, 15)« (beide Zitate nach Schott 1827, S. 253). Bereits an diesen Beispielen zeigt sich der Zusammenhang von Fehlgeburterfahrung und Schuldzuweisung, der bis heute besteht.

Um den negativen Konnotationen und den damit verbundenen Stigmatisierungen etwas entgegenzusetzen, werden alternative Begriffe verwendet, die

12 Kliniken folgen dabei eigenen Richtlinien. In der Regel wird bei Abbrüchen nach der 12. SSW bzw. wenn der Fötus über 8 cm misst, keine Ausschabung des Fötus mehr durchgeführt, sondern die Ausstoßung der Frucht herbeigeführt. Bei Abbrüchen zu einem Schwangerschaftszeitpunkt, an dem der Fötus potenziell überlebensfähig ist, also ca. ab der 24. SSW, wird vor der Geburt ein Fetozid durchgeführt, der Fötus also im Mutterleib abgetötet.