

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 115 (2017)  
**Heft:** 10

**Anhang:** Hebammen-Literaturdienst

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 18.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Hebammen – Literaturdienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

## Geburt

- Vermeidbare Totgeburten verhindern:
  - Fortschritte und offene Aufgaben
  - Raten, Risikofaktoren und Entwicklung bis 2030
  - Ökonomische und psychosoziale Folgen
  - Situation und Maßnahmen in einkommensstarken Ländern

## Liebe Hebammen, liebe Wehen und Hebammenstudentinnen,

Gute Hoffnung – jähes Ende! Trotz des medizinischen Fortschritts werden weltweit jährlich 2,6 Millionen Kinder tot geboren, das entspricht einer Rate von 18,4 auf 1000 Geburten. Auch wenn die „reichen“ Staaten eine wesentlich niedrigere Totgeburtenrate haben als Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen, so existieren doch auch hier erhebliche Unterschiede. Faktoren, die das Risiko einer Totgeburt erhöhen, lassen sich nicht nur auf medizinische Ursachen sondern insbesondere auch auf soziale Ungleichheit zurückführen. Der internationale Vergleich zeigt, dass ein großer Teil der Totgeburten vermeidbar ist und dass den Risikofaktoren nicht nur mit besserer medizinischer Versorgung, sondern u.a. mit Maßnahmen wie Bildungsförderung, Armutsbekämpfung und einem verbesserten Zugang zu Gesundheitsleistungen begegnet werden sollte. Nicht zuletzt bedarf es einer individuellen, sensiblen Trauerbegleitung für verwaiste Eltern, womit Kompetenz und Achtsamkeit in unserer Hebammenarbeit gefragt sind.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

*Die Herausgeberinnen*

## Geburt

### Vermeidbare Totgeburten verhindern: Fortschritte seit 2011 und offene Aufgaben

Froen JF Friberg IK Lawn JE et al. 2016 Stillbirths: progress and unfinished business. The Lancet series: Ending preventable stillbirths 1. The Lancet 387:574-586

**Hintergrund:** 2011 hatte eine Lancet-Artikelserie über eine groß angelegte Studie zum Thema Totgeburten für viel Aufsehen gesorgt. An der Neuauflage der Studie von 2016 waren 216 Experten von über 100 Organisationen aus 43 Ländern beteiligt. Sie zeigt, dass der Handlungsbedarf nach wie vor hoch ist, auch in den Industrieländern. Die Zahl der Totgeburten stagniert seit einigen Jahren: nach wie vor versterben weltweit 2,6 Millionen Kinder im letzten Drittel der Schwangerschaft oder während der Geburt. Das entspricht 18,4 pro 1000 Geburten. Die überwiegende Mehrzahl (98%) dieser Kinder wird in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen geboren, drei Viertel davon in Afrika. Doch auch in Ländern mit hohem Einkommen stellen Totgeburten ein Problem dar. Dieser Artikel gibt einen Überblick über die gesundheitspolitischen Entwicklungen seit der ersten Lancet-Serie von 2011.

**Prävention von Totgeburten als gesundheitspolitische Priorität:** In vielen gesundheitspolitischen Agenden zur Gesundheit von Mutter und Kind ist die Prävention von Totgeburten ein wichtiges Thema. Auch in globalen Initiativen wie der Every Newborn Action Plan (ENAP) oder der Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health ist sie fest verankert. Ersterer verfolgt eine Senkung der Totgeburten weltweit auf 12 oder weniger pro 1000 Geburten bis 2030 als Ziel.

**Programme und Richtlinien:** Die Bedeutung einer effektiven und qualitativ hochwertigen Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind mitt-

lerweile anerkannt und haben Niederschlag in nationalen und internationalen Programmen und Richtlinien gefunden. Unterstützung für die betroffenen Frauen und ihre Familien sowie die Beseitigung der Stigmata und Tabus im Zusammenhang mit einer Totgeburt haben bisher jedoch nicht die gleiche Aufmerksamkeit erfahren.

**Umsetzung von Programmen zur Prävention von Totgeburten:** Länder, die sich dem ENAP angeschlossen haben, sind derzeit dabei, entsprechende Programme und Ziele umzusetzen, die, wenn Sie Erfolg haben, ein Viertel aller Totgeburten weltweit verhindern könnten. In den meisten Ländern werden die empfohlenen regionalen Maßnahmen und gesundheitlichen Interventionen zur Verbesserung der pränatalen Gesundheit nur zögerlich umgesetzt. Ein wesentliches Problem dabei ist die fehlende finanzielle Unterstützung.

**Dokumentation und Qualitätsindikatoren:** Der Kampf gegen die mütterliche und neonatale Mortalität hat gezeigt, dass verlässliche Daten und Maßzahlen erforderlich sind, um effektiv handeln zu können. Die routinemäßige Erfassung von Totgeburten mit geeigneten Indikatoren hat sich in den letzten Jahren verbessert. Gleichwohl haben sich die Raten der totgeborenen oder intrapartal verstorbenen Kinder als zentraler Qualitätsindikator für die Versorgung während Schwangerschaft und Geburt noch nicht durchgesetzt und werden nicht als Steuerungskriterium genutzt. Die Datenlage zur Umsetzung effektiver Interventionen hat sich leicht verbessert, dennoch besteht hier nach wie vor großer Handlungsbedarf.

**Forschung:** In Ländern mit hohen Totgeburtsraten haben sich die Forschungsanstrengungen verstärkt, sie sind jedoch nach wie vor zu gering und stark unterfinanziert.

**Führungsverantwortung und Netzwerke:** Um Veränderungen und Verbesserungen für die Gesundheit von Mutter und Kind zu bewirken sind Führungsverantwortung und starke Partnerschaften erforder-



lich. Das Netzwerk von Organisationen, die sich das Thema der Prävention von Totgeburten auf die Fahnen geschrieben haben, wächst. Gleichwohl lebt es maßgeblich vom Engagement einzelner Personen. Es fehlt eine zentrale Führungs- und Organisationsstruktur, die die Arbeit effektiver machen würde.

*Volltext der Studie frei verfügbar.*

*Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg*

## Vermeidbare Totgeburten verhindern: Raten, Risikofaktoren und Entwicklung bis 2030

Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P et al. 2016 Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. The Lancet series: Ending preventable stillbirths 2. The Lancet 387:587-603

**Hintergrund:** Während die Todesraten von Müttern und Kindern bis zum fünften Lebensjahr seit 1990 um die Hälfte zurückgegangen sind und weiterhin sinken, stagniert die Zahl der Totgeburten seit einigen Jahren: nach wie vor versterben weltweit 2,6 Millionen Kinder im letzten Drittel der Schwangerschaft oder während der Geburt. Doch während die mütterlichen und kindlichen Todesraten große Aufmerksamkeit in Form internationaler und nationaler Programme und Initiativen gefunden hat, wird dem Thema Totgeburt trotz der hohen Zahl weltweit nach wie vor vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

**Entwicklung der Totgeburtenraten:** Das Ziel des Every Newborn Action Plan (ENAP) ist es, in allen Ländern der Welt eine Rate von 12 oder weniger Totgeburten pro 1000 Geburten zu erreichen. Aktuell liegt die Rate bei 18,4 pro 1000 Geburten. Diese Rate ist zwischen 2000 und 2015 von 24,7 auf 18,4 gesunken und damit langsamer als andere Mortalitätsraten im Zusammenhang mit der Gesundheit von Müttern und Kindern. Um sie schneller zu senken und das Ziel des ENAP zu erreichen ist eine bessere Datenlage eine wichtige Voraussetzung, einschließlich einer einheitlichen Definition und besseren Erfassung von Totgeburten. Eine bessere Datenlage allein kann Todesfälle nicht verhindern, aber sie kann dazu beitragen, effektive Interventionen zielgerichtet einzusetzen.

**In welchen Ländern liegt die Hauptlast?** Die überwiegende Mehrzahl (98%) der Totgeburten ereignet sich in Ländern mit nied-

rigem oder mittlerem Einkommen, drei Viertel davon in afrikanischen Ländern südlich der Sahara und in Südasien. Die höchsten Totgeburtenraten und gleichzeitig der langsamste Rückgang zeigen sich in den Subsahara-Ländern, insbesondere solche die in Krisen- und Katastrophenregionen liegen. Zwei Drittel aller Totgeburten ereignen sich in 10 Ländern. 56 Länder, die meisten davon in Afrika, müssten bei der aktuellen Entwicklung ihre Anstrengungen mindestens verdoppeln, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Etwa 60% der Totgeburten ereignen sich in ländlichen Gebieten. Dabei gibt es sowohl innerhalb als auch zwischen einzelnen Ländern sehr große Unterschiede. **Zu welchem Zeitpunkt sollte interveniert werden?** In 2015 starben etwa 1,3 Millionen Kinder während der Geburt, obwohl mittlerweile zwei Drittel aller Geburten weltweit in Gesundheitseinrichtungen stattfinden. Verfügbarkeit, Zugang und Inanspruchnahme einer qualitativ hochwertigen intrapartalen Betreuung sind zentrale Eckpfeiler in der Vermeidung von Totgeburten, mütterlichen und kindlichen Todesfällen sowie geburtsbedingten mittel- und langfristigen Schäden, der Nutzen übersteigt dabei die Kosten um das Vierfache. Ebenso wichtig sind Verbesserungen im Bereich der Familienplanung und der antepartalen Betreuung, um die mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität zu verringern. Die größten Effekte können in Ländern mit hohen Totgeburtenraten erzielt werden, insbesondere durch eine Verbesserung der ante- und intrapartalen Betreuung, aber auch in Industrieländern ist noch eine Verbesserung möglich. Dies zeigt sich in den Niederlanden, die durch eine weitere Verbesserung der ante- und intrapartalen Betreuung, flächendeckende perinatale Audits und einen gesundheitspolitischen Fokus auf die Gesundheit von Müttern vor und während der Schwangerschaft mit einer jährlichen Reduzierung von 6,8 Prozent seit dem Jahr 2000 die größte Reduktion von Totgeburten im internationalen Vergleich erzielten.

**Adressierbare Risikofaktoren:** Die Ansicht, dass die meisten Totgeburten unvermeidbar sind, ist falsch. Angeborene Fehlbildungen finden sich lediglich bei 7,4% aller Totgeburten, von denen einige ebenfalls vermeidbar wären, dies gilt insbesondere für Neuralrohrdefekte. Etwa ein Zehntel der Fälle stehen im Zusammenhang mit den adressierbaren Risikofaktoren Adipositas,

Hypertonie und/oder Diabetes, insbesondere in Kombination mit einem mütterlichen Alter über 35 Jahre. Auch Rauchen trägt zu etwas 2% aller Totgeburten bei. Weitere Risikofaktoren sind Infektionen wie Malaria (trägt zu 20% der Totgeburten in Subsahara-Afrika bei) und Syphilis (trägt zu 7% der Totgeburten weltweit bei) sowie eine Schwangerschaftsdauer von mehr als 42 vollendeten Wochen (steht im Zusammenhang mit 14% aller Totgeburten).

**Welche Daten werden benötigt?** Weltweit verfügen zwei Drittel aller Neugeborenen über eine Geburtsurkunde. Die Rate der Sterbeurkunden liegt weit darunter, obwohl diese in vielen Fällen ausgestellt werden könnten, insbesondere bei Geburten in Gesundheitseinrichtungen. Zuverlässige Geburts- und Sterbedaten, die Erfassung der Verfügbarkeit, der Inanspruchnahme und der Qualität von Gesundheitsleistungen sowie die Benennung von Verantwortlichkeiten (z.B. durch Audits) sind wichtige Bausteine zur Minimierung vermeidbarer Totgeburten sowie mütterlicher und neonataler Todesfälle.

*Volltext der Studie frei verfügbar.*

*Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg*

## Vermeidbare Totgeburten verhindern: Ökonomische und psychosoziale Folgen

Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H et al. 2016 Stillbirths: economic and psychosocial consequences. The Lancet series: Ending preventable stillbirths 3. The Lancet 387:604-616

**Hintergrund:** Trotz der Zahl von weltweit 2,6 Millionen Totgeburten pro Jahr sind die damit verbundenen direkten und indirekten ökonomischen und psychosozialen Kosten weitgehend unbekannt. In dieser Arbeit werden die Ergebnisse einer umfassenden, systematischen Literaturrecherche zu diesen Kosten vorgestellt.

**Kosten von Totgeburten für die Familien und die Gesellschaft:** Trotz wenig umfangreicher Datenlage ist unbestritten, dass eine Totgeburt mit nicht unerheblichen sowohl messbaren direkten und indirekten als auch immateriellen Kosten für die Frauen und ihre Familien, für Gesundheitsfachkräfte, die Politik und die Gesellschaft verbunden sind. Die Datenlage zu den direkten finanziellen Kosten im Zusammenhang mit einer Totgeburt ist wenig umfangreich. Die direkten Kosten umfassen die medizinische Versorgung im Zusammenhang mit der Totgeburt



selbst, einschließlich der Untersuchungen der Todesursache, aber auch Kosten z.B. der engmaschigeren Überwachung in Folgeschwangerschaften. Die verfügbaren Studien weisen darauf hin, dass allein die Kosten der medizinischen Versorgung zwischen 10 und 70% über denen im Zusammenhang mit einer Lebendgeburt liegen. Diese Kosten werden in der Regel von der öffentlichen Hand oder Versicherungen getragen, z.T. aber auch von den Eltern selbst. Zu den indirekten finanziellen Kosten zählen v.a. Bestattungskosten, die häufig von den Eltern selbst getragen werden und gerade für ärmere Familien eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen können, aber auch zum Beispiel Kosten für eine psychologische Betreuung. Aber auch die langfristigen Kosten sind oft erheblich. Bei erwerbstätigen Eltern zeigte sich häufig eine geringere Produktivität bei Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, aber auch Einkommenseinbußen durch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder sogar die Aufgabe der bezahlten Arbeit und die damit in der Folge verbundenen Sozialleistungen. Die Untersuchungen der Forscher ergaben, dass 10% der verwaisten Eltern nach der Geburt ihres toten Kindes sechs Monate keiner Erwerbstätigkeit nachgingen. 38% der Mütter und 21% der Väter reduzierten ihre Arbeitszeit. Nur 12 von 170 Ländern mit gesetzlichen Regelungen zum Mutterschutz sehen eine bezahlte Zeit der Arbeitsunfähigkeit nach Totgeburt vor, im Durchschnitt waren dafür 11 Tage für die Mutter vorgesehen und ein Tag für den Vater. Schutzmaßnahmen oder unterstützende Leistungen für Frauen mit Fehl- und Totgeburten fanden die Forscher in fünf (10%) von 51 afrikanischen Ländern, fünf (18%) von 28 asiatischen Ländern, in drei (6%) von 47 europäischen Ländern und in vier (12%) von 34 amerikanischen Ländern. Die psychosozialen Folgen für die verwaisten Eltern und Familien sind vielfältig und weitreichend und ergeben sich aus den negativen Auswirkungen der Trauer um das verlorene Kind. Folgen für die Gesundheitsfachkräfte ergeben sich aus den emotionalen Belastungen, die mit einer Begleitung von verwaisten Familien einhergehen können. Eine Anerkennung und Messung dieser Kosten ist zentral, um die Kosteneffektivität von Präventionsmaßnahmen sowie von Interventionen zur Linderung der Folgen einschätzen zu können.

**Datenlage zur Kostensituation:** Die Da-

tenlage zu den Kosten in Ländern mit hoher Totgeburtensrate ist unzureichend. Zusätzlich zu einer verlässlichen Messung der Anzahl der Totgeburten werden Daten benötigt, die Auskunft über die Implikationen insbesondere im Hinblick auf die verfügbaren und erforderlichen Ressourcen geben können.

**Herausforderungen für Eltern nach einer Totgeburt:** Zu den häufig gemachten negativen Erfahrungen der Eltern und der Familien nach einer Totgeburt zählen das Auftreten von Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen, aber auch Stigmatisierung, soziale Isolation sowie eine fehlende soziale Anerkennung ihrer Trauer. Diesen Erfahrungen muss durch gezielte Interventionen und unterstützende Maßnahmen begegnet werden, die die Eltern, die Gemeinde, Gesundheitsfachkräfte und relevante Stakeholder einbinden.

**Respektvolle und unterstützende Begleitung für Familien nach einer Totgeburt:** Ein empathisches Verhalten in jeder Begegnung von Gesundheitsfachkräften und verwaisten Eltern ist zentral, um zusätzliche emotionale und psychische Belastung kurz-, mittel- und langfristig zu vermeiden. Zu den effektiven unterstützenden Maßnahmen gehören die Möglichkeit, das verstorbene Kind sehen und berühren zu können, Erinnerungsstücke wie eine Haarlocke oder ein Fuß- und/oder Handabdruck anzufertigen sowie eine individuell angepasste soziale, psychologische und spirituelle Unterstützung. Für manche Familien ist auch eine Autopsie zur Klärung der Todesursache hilfreich.

**Unerwünschte Auswirkungen auf Gesundheitsfachkräfte:** Die Betreuung verwaister Eltern bedeutet auch für die Gesundheitsfachkräfte eine persönliche und professionelle Herausforderung. Negative Auswirkungen auf die Professionellen kann durch eine geeignete Aus- und Weiterbildung sowie durch die Bereitstellung formeller und informeller Unterstützung vorgebeugt werden.

*Volltext der Studie frei verfügbar.*

*Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg*

## Vermeidbare Totgeburten verhindern: Situation und Maßnahmen in einkommensstarken Ländern

Flenady V Wojcieszek AM Middleton P et al. 2016

Stillbirths: recall to action in high-income countries. The Lancet series: Ending preventable stillbirths 4. The Lancet 387:691-702

**Hintergrund:** Die Rate der Totgeburten ist ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Situation von Frauen und die Qualität der ante- und intrapartalen Versorgung. Obwohl die Raten in den einkommensstarken Ländern mit 3,5 pro 1000 Geburten deutlich niedriger sind als im weltweiten Durchschnitt, stellen sie nach wie vor ein bedeutendes Gesundheitsproblem dar, liegen mehr als das Doppelte über denen der neonatalen Mortalitätsraten und liegen im Bereich aller Todesfälle von Kindern innerhalb des ersten Lebensjahres.

**Variationen in den Totgeburtsraten:** Aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Erfassungen ist der Anteil der vor der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche (SSW) tot geborenen Kinder zwischen und z.T. auch innerhalb einzelner Länder nur schwer zu vergleichen. Trotz dieser Probleme zeigt sich, dass diese Raten nicht zurückgehen und in einigen Ländern sogar ansteigen. Der Anteil der Totgeburten nach der vollendeten 28. SSW weist eine große Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Ländern auf und reicht von 1,3 pro 1000 Geburten in Island bis zu 8,8 pro 1000 Geburten in der Ukraine. Deutschland liegt mit 2,4 pro 1000 Geburten auf Platz 12 von insgesamt 49 Industrieländern, für die entsprechende Daten vorlagen und liegt damit hinter Island, Andorra, Dänemark, Finnland, den Niederlanden, Kroatien, Japan, Norwegen, Portugal, Neuseeland und Polen. Die Spannweite zeigt, dass eine weitere Verringerung der Zahl der vermeidbaren Totgeburten auch in Industrieländern noch möglich ist. In sechs Ländern (Island, Andorra, Dänemark, Finnland, den Niederlanden, Kroatien) werden zwei oder weniger von 1000 Kindern nach der 28. SSW tot geboren. Eine solche Rate ist also zu erzielen. Hätten alle Länder diese Rate erreicht, hätten in 2015 19.439 Totgeburten vermieden werden können. Um dies zu ermöglichen ist es wichtig, entsprechende Ziele in allen Industrieländern zu vereinbaren und die Entwicklung bei der Verfolgung dieser Ziele zu überwachen.

**Medizinische Ursachen:** Unabhängig von nationalen Unterschieden bei der Klassifikation zählen Plazentaprobleme mit einem Anteil von 40% zu den häufigsten Ursachen von Totgeburten. Welche Rolle andere Faktoren spielen, variiert dagegen beträchtlich.



Von Bedeutung scheinen in erster Linie angeborene Fehlbildungen (6-27%), Infektionen (5-22%), spontane Frühgeburt und vorzeitiger Blasensprung (1-15%) zu sein. Der Anteil ungeklärter Totgeburten ist jedoch noch immer hoch. Etwa 20 bis 30% gehen nach Schätzung der Autoren selbst in den einkommensstarken Ländern auf Versorgungsmängel zurück.

**Soziale Ungleichheit:** Die Schwankungsbreite in den Totgeburtsraten deutet darauf hin, dass neben den anderen medizinischen Ursachen auch andere Faktoren von Bedeutung sind. So spielt auch bei der Häufigkeit von Totgeburten das Thema soziale Ungleichheit eine wichtige Rolle. So liegt bei Frauen mit Migrationshintergrund, niedriger Schulbildung und/oder geringem Einkommen die Totgeburtsrate doppelt so hoch wie bei sozial besser gestellten Schwangeren. Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Totgeburt ist komplex. Sowohl die Rahmenbedingungen vor der Schwangerschaft (Kinderwunsch, Zugang zu Kontrazeption, sozioökonomischer Status, u.ä.), während der Schwangerschaft (Zugang zur Versorgung, verzögerte Inanspruchnahme, mangelnde Versorgungsqualität, Plazentapathologie, institutioneller Rassismus keine Einbindung in die eigene Betreuung, mangelnde Berücksichtigung und Einbindung des sozialen Umfelds u.ä.) sowie das Vorliegen von Risikofaktoren (Rauchen, Adipositas, intrauterine Wachstumsretardierung, präexistenter Diabetes, Drogenabusus, Präeklampsie, Hypertonie, Infektionen, Z.n. Totgeburt u.ä.) scheinen hier zu interagieren. Die Unterschiede im Gesundheitszustand und letztlich der Totgeburtsrate lassen sich allerdings nur zum Teil durch Unterschiede in der geburtshilflichen Versorgung erklären. Zu den ‚Ursachen der Ursachen‘ gehören Armut, Diskriminierung, Inhaftierung, Sucht, chronischer Stress, mangelnde Bildung, Kinderbetreuung, Berufstätigkeit, Wohnsituation und Mobilität. Auch häusliche Gewalt, psychische Belastungen und eine Kumulation belastender Ereignisse oder Lebenssituationen sind versteckte aber bedeutungsvolle Risikofaktoren. Ein Migrationshintergrund kann ebenfalls einen Risikofaktor darstellen. Allerdings zeigte sich in einer Studie, dass bei Berücksichtigung von Alter, Parität, sozioökonomischer Status und Body-Mass-Index die Unterschiede in der Herkunft für die Totgeburtsrate keine signifikante Rolle

mehr spielten. Die sozialen Determinanten der Gesundheit von Mutter und Kind sollten in allen Industrieländern regelmäßig erhoben werden (Bildungsstand, Wohnsituation, Berufstätigkeit, u.ä.). Ihnen sollte durch Maßnahmen, die weit über die medizinische Versorgung hinausgehen, wie Bildung und Armutsbekämpfung, begegnet werden. Darüber hinaus sollte der Zugang zu Gesundheitsleistungen, insbesondere einer rechtzeitigen und kultursensitiven Schwangerenversorgung und -betreuung weiter verbessert werden.

**Bewertung von Risikofaktoren:** Es gibt Hinweise, dass Gesundheitsfachkräfte die Risikofaktoren im Allgemeinen kennen, allerdings das Risiko eines mütterlichen Alters über 35, einer In-vitro-Fertilisation, von Mehrlingsschwangerschaften und Adipositas unterschätzen, hingegen das Risiko von Präeklampsie, Rauchen und anderen Drogen überschätzen.

**Stigmatisierung und Fatalismus:** Stigmatisierung und Fatalismus erschweren nach wie vor die Trauerarbeit verwaister Familien und behindern das Vorankommen in der Prävention von Totgeburten. Nach wie vor halten sich sowohl unter den Eltern als auch den Gesundheitsfachkräften Ansichten, dass Totgeburten nicht zu vermeiden sind oder dass über ein tot geborenes Kind nicht gesprochen werden sollte. So sind laut einer Befragung der Forscher von rund 3500 Eltern und gut 2000 Gesundheitsfachkräften nur 29% der Eltern und 33% der Gesundheitsfachkräfte der Ansicht, dass viele Totgeburten vermeidbar wären. 45% der Eltern und 4% der Gesundheitsfachkräfte meinen, dass Eltern nicht über ihr totgeborenes Kind sprechen sollten und 43% der Eltern und 3% der Gesundheitsfachkräfte sagen, dass die Eltern das totgeborene Kind vergessen und versuchen sollten, ein weiteres Kind zu bekommen. Starke Partnerschaften zwischen Eltern und Gesundheitsfachkräften sind erforderlich, um bestehende Missverständnisse und negative Einstellungen im Zusammenhang mit Totgeburten aufzulösen.

**Messung des Fortschritts:** Alle Länder stehen in der Verantwortung, regelmäßige nationale Erhebung der perinatalen Mortalität zu implementieren, um daraus Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität abzuleiten. Aussagekräftige Qualitätsindikatoren sollten regelmäßig gemessen und veröffentlicht werden mit dem Ziel, Mängel in der antepartalen und intrapar-

talen Versorgung, die oftmals im Zusammenhang mit einer Totgeburt stehen, aufzudecken und zu eliminieren.

**Trauerbegleitung:** Die verfügbare Unterstützung verwaister Eltern entspricht häufig nicht ihren Bedürfnissen, was dramatische Folgen haben kann. Von rund 3500 befragten Eltern totgeborener Kinder fühlten sich nur 31,5% angemessen betreut, von den gut 2000 Gesundheitsfachkräften waren dagegen 60% der Ansicht, dass die Eltern gut betreut werden. Die unmittelbare Trauerbegleitung sollte durch geschulte Fachpersonen erfolgen, eine individuell angepasste, sensible und nahtlose Überleitung in weitere regionale und lokale Unterstützungsangebote sollte gewährleistet sein.

**Verbesserung der Datenlage:** Die mangelhafte Datenlage zu Totgeburten ist in allen Industrieländern ein massives Problem. Alle Eltern sollten Zugang zu den Ergebnissen einer qualitativ hochwertigen Untersuchung zu den Ursachen der Totgeburt (einschließlich Autopsie und Plazentahistopathologie) erhalten. Für den aussagekräftigen Vergleich der Raten von frühen und späten Totgeburten zwischen und innerhalb von Industrieländern sind ein einheitliches Klassifikationssystem sowie eine standardisierte Definition für die Berichterstattung von Totgeburten erforderlich.

**Implikationen für die Forschung:** Zukünftige Forschung sollte die Prognose von Totgeburten, ein besseres Verständnis der Plazentapathologie sowie die Klärung der Gründe von Totgeburten mit unbekannter Ursache fokussieren. Für die Betreuung vor und während der Schwangerschaft sind effektive Strategien zur Reduktion von Übergewicht und Nikotinabusus erforderlich. Und schließlich ist ein besseres Verständnis der Ursachen früher Totgeburten sowie von spontaner vorzeitiger Wehentätigkeit in der frühen Schwangerschaft ebenfalls ein wichtiges Forschungsthema.

*Volltext der Studie frei verfügbar.*

*Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg*

**Dr. Katja Stahl**, 040/88 18 97 69,  
mail@katjastahl.de

**Jutta Posch**, 0761/34232, jutta.posch@web.de

**Prof. Dr. Mechthild Groß**, AG Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover, 0511 / 532 6116, gross.mechthild@mh-hannover.de