

## **Überarbeiteter Entwurf Konzept eines Gestaffelten Mutterschutzes**

### **Mitarbeitende (in alphabetischer Reihenfolge)**

Dr. med Kathrin Abel, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Prof. Dr. Remo Klinger  
Partner Geulen & Klinger, Honorarprofessor Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde, Mitglied des Gesetzgebungsausschusses für Umweltrecht des Deutschen Anwaltvereins e.V.

Prof. Dr. med. Mandy Mangler  
Chefärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin - Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Chefärztin der Klinik für Gynäkologie - Vivantes Klinikum Neukölln

Daniela Nuber-Fischer  
Systemische Beraterin und Leiterin der Sternenkindersprechstunde München, Initiatorin der Online-Plattform [www.sternenkind-münchen.de](http://www.sternenkind-münchen.de), begleitet seit Jahren hauptberuflich Familien nach Fehl- und Totgeburten

Dr. Nina Reitis  
Hebammenwissenschaftlerin (PhD), Dipl. Gesundheitswirtin (FH), Hebamme, Sterbeamme und Trauerbegleiterin, Gründerin der Initiative Plötzlich Sternenkindeltern, Leiterin und Koordinatorin des Praktikumsbüros im Hebammenstudiengang (dual) an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Wissenschaftliche Leitung der Praxisanleiterinnenweiterbildung im Hebammenstudium am Campus Weiterbildung Hamburg, Dozentin, Co-Autorin bei der AWMF S2k-Leitlinien-Erstellung Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie

Natascha Sagorski  
Initiatorin der Petition und Gesetzesinitiative für einen Gestaffelten Mutterschutz nach Fehlgeburten, Gründerin von Feministische Innenpolitik e.V. und Betroffene

Zohra Schardt  
Hebamme, Autorin des Artikels „Fehlgeburt ist auch Geburt“

Dr. med. Konstantin Wagner, Facharzt für Gynäkologie und Autor

Kick van Walbeek

Hebamme, Pflegepädagogin (B.A.) und Lehrkraft für besondere Aufgaben HAW Landshut, Mitglied in der QUAG AG Perinatalbogen/Fehlgeburt, betreut seit 1999 Frauen bei außerklinischen Fehlgeburten

### **Vorbemerkung**

In unseren Augen ist es von höchster Relevanz, dass ein freiwilliger Mutterschutz Frauen nach Fehlgeburten (Eileiterschwangerschaften, medizinisch indizierte Abbrüche, etc.) bereits im ersten Trimenon zusteht. Ein Großteil der Fehlgeburten findet in dieser Zeit statt und gerade Frauen, die in den früheren Wochen Fehlgeburten erleiden, stoßen oft auf mangelnde Empathie und haben vermehrt Schwierigkeiten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu erhalten. Diese Frauen weiterhin auszuschließen wäre ein verheerendes Signal an die Betroffenen und widerspräche der Absicht, ihnen Selbstbestimmung zu ermöglichen. Eine Frau, die eine Fehlgeburt erleidet, sollte selbst entscheiden dürfen, ob sie einen Mutterschutz in Anspruch nehmen möchte oder nicht. Keinesfalls darf sie sich weiterhin in einer Bittstellerinnenposition befinden, und es darf nicht von Glück oder Pech bei der Praxis-/Klinikauswahl abhängen, ob eine Frau nach einer Fehlgeburt einen zeitlichen Schutzraum erhält oder nicht, wie es aktuell der Fall ist. Des Weiteren sprechen diverse medizinische Gründe dafür, wie der untenstehenden Begründung entnommen werden kann.

Wir orientieren uns bei der „letzten“ Stufe des „maximalen“ Mutterschutzes ab der 24. SSW an der Definition der The European Society for Human Reproduction Guideline 2023.

Außerdem möchten wir uns ausdrücklich dafür aussprechen, die Väter und PartnerInnen nicht zu vergessen. Es ist zu unterstützen, dass die geplanten Partnertage nach Geburt auch für Eltern nach Fehlgeburten gelten.

Begleitend zum Mutterschutz ist es eklatant wichtig, ein beratendes Angebot zu schaffen, so dass Eltern nach Fehlgeburten nicht alleine gelassen werden, sondern aktiv psychologische Unterstützung angeboten bekommen. Entsprechende Angebote müssen in Kooperation mit Praxen und Kliniken geschaffen und aktiv angeboten werden.

## **Vorschlag Staffelung:**

**Ab Feststellung der Fehlgeburt / Woche 6 bis vollendete 14. (13+6) SSW p.m.:**  
**zwei bis vier Wochen Mutterschutz**

**15. - 23. SSW (22+6) p.m.:**  
**vier bis sechs Wochen Mutterschutz**

**Ab 24. (23+0) SSW p.m.:**  
**zwölf Wochen Mutterschutz**

p.m. bedeutet dabei post menstruationem (nicht post conceptionem). Diese Einstufung verwenden wir nicht, weil sie medizinisch sinnvoller wäre, sondern weil sie in Deutschland gebräuchlicher ist.

## **Begründung aufgeschlüsselt nach Staffelungsstufen:**

### **6. - 14. (13+6) SSW p.m.: zwei bis vier Wochen Mutterschutz**

- Übergang von einzeitiger zu zweizeitiger Geburt
- Hormonelle Umstellungen, HCG muss abgebaut werden
- Körperliche Schonung zur Rückbildung der Gebärmutter
- postpartale Schmerzen, z.B bei der Rückbildung der Gebärmutter
- Wochenfluss
- Zeit für die Trauerverarbeitung (Realisieren, Akzeptieren, Integrieren)
- Außergewöhnliche psychische Belastungen (äußert sich u.a. durch Konzentrations- und Schlafstörungen)

Für Frauen nach spontaner, vaginaler Geburt:

- oft lange Latenzphase
- Blutverlust in der Latenzphase, Lösungsblutung der Fruchtanlage, (postpartal)
- Wehenarbeit und Geburtsschmerz
- Geburtsanstrengungen

Für Frauen nach medikamentöser Einleitung und vaginaler Geburt

- Starke Schmerzen über einen längeren Zeitraum
- Übelkeit / Erbrechen
- Erhöhter Blutverlust
- Wehenarbeit und Geburtsschmerz
- Geburtsanstrengungen

Für Frauen nach Curettage und sonstigen Operationen:

- Nachwirkungen einer Operation nach Vollnarkose
- Infektionsrisiko

- Verarbeitungsphase nach abruptem Ende der Schwangerschaft (keine Verarbeitung während Geburt möglich)
- Blutverlust bei der OP

### **15. - 23. SSW (22+6) p.m.: vier bis sechs Wochen Mutterschutz**

**Definition:** Fehlgeburt, wie im Gesetz festgelegt, ohne Lebenszeichen bei Geburt

#### **Begründung:**

- Zweizeitige Geburt (Kind und Plazenta)
- Plazenta wird meist unvollständig geboren: damit ist häufig ein erhöhter Blutverlust verbunden oder sie muss operativ gelöst werden.
- Häufig medikamentöse Einleitung: damit verbunden Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, starker Wehenschmerz, Atonie der Gebärmutter) mit langer Geburtsdauer
- Nachwirkungen von Narkosen (PDA, Vollnarkose)
- Erhöhte hormonelle Umstellung mit zunehmender Schwangerschaftswoche (z.B. Östrogene, Gestagene, Prolaktin, etc.)
- Milcheinschuss mit entsprechenden Maßnahmen: Hemmung der Milchproduktion durch physikalische Maßnahmen oder Medikamente
- Wochenfluss bis zu 8 Wochen (größere Wunde der Plazentahaftstelle)
- Rückbildung der Gebärmutter (Gebärmutter wächst mit jeder Schwangerschaftswoche, entsprechend verlängert sich die Rückbildung)
- Stärkere Belastung des Beckenbodens durch wachsende Schwangerschaft und vaginale Geburt
- postpartale Schmerzen (Nachwehen, Milcheinschuss, ...)
- Das Geburtserleben der Frau ähnelt mit zunehmender Schwangerschaftswoche immer mehr dem Erleben bei der Geburt eines reifen Kindes
- Zeit für die Trauerverarbeitung (Realisieren, Akzeptieren, Integrieren)
- Außergewöhnliche psychische Belastungen (äußert sich u.a. durch Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen,)

### **Ab 24. (23+0) SSW: Zwölf Wochen Mutterschutz**

Wir folgen der Einschätzung der The European Society for Human Reproduction<sup>1</sup>, die die Grenze zur Totgeburt ab der 24. SSW identifiziert.

---

<sup>1</sup> ESHRE Guideline Group on Recurrent Pregnancy Loss, Bender AR, Christiansen OB, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open* 2023

## Statistik und Zahlen

Da in Deutschland nicht erfasst wird, wie viele Fehlgeburten insgesamt stattfinden, ist es sehr schwierig Zahlen zu nennen. Franziska Maurer schätzt in ihrem Werk „Fehlgeburt – eine kleine Geburt“ dass circa **200.000** Familien in Deutschland jedes Jahr mit einem frühen Kindsverlust konfrontiert sind<sup>2</sup>.

Auch zur Häufigkeit existieren keine zuverlässigen Zahlen, nur Schätzungen. Hier wird geschätzt, dass etwa **80 Prozent** der Fehlgeburten **vor der 12. SSW** stattfinden, die restlichen 20 Prozent danach<sup>3</sup>.

Auch deswegen ist es so wichtig, das erste Trimenon beim Gestaffelten Mutterschutz einzubeziehen, um nicht die Mehrzahl der Frauen außen vor zu lassen.

---

<sup>2</sup> Maurer, Franziska: Fehlgeburt – eine kleine Geburt, 3. Auflage 2022, Hannover, Elwin Staude Verlag, Seite 19

<sup>3</sup> Hosang, Britta: Fehlgeburt; Abort – Verlaufsformen, 2013 in Geburtshilfe und Frauenheilkunde 73(3), 213-217

## Gesetzesentwurf

### § 3 Schutzfristen vor und nach Entbindung und Fehlgeburt

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen, (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1.

bei Frühgeburten,

2.

bei Mehrlingsgeburten und,

3.

wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(2a) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der medizinischen Feststellung der Fehlgeburt nach der vierzehnten Schwangerschaftswoche nicht beschäftigen; bei einer Fehlgeburt bis zur vierzehnten Schwangerschaftswoche darf der Arbeitgeber eine Frau bis zum Ablauf von vier Wochen nach der ärztlichen Feststellung der Fehlgeburt nicht beschäftigen (Schutzfristen nach Fehlgeburt).

(3) Die Ausbildungsstelle darf eine Frau im Sinne von § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 bereits in der Schutzfrist nach der Entbindung im Rahmen der schulischen oder hochschulischen Ausbildung tätig werden lassen, wenn die Frau dies ausdrücklich gegenüber ihrer Ausbildungsstelle verlangt. Die Frau kann ihre Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In der Schutzfrist nach der Fehlgeburt gilt dies, wenn die Frau ihre Schutzfrist nicht in Anspruch nimmt.

(4) Der Arbeitgeber darf eine Frau nach dem Tod ihres Kindes bereits nach Ablauf der ersten zwei Wochen nach der Entbindung beschäftigen, wenn

1.

die Frau dies ausdrücklich verlangt und

2.

nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht.

Sie kann ihre Erklärung nach Satz 1 Nummer 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.

Daneben sind Folgeanpassungen zum

- Anspruch auf Mutterschaftsgeld und Zuzahlung des Arbeitgebers i. H. d. Differenz von Mutterschaftsgeld und Nettolohn, § 19 Abs. 1 MuSchG i.V.m. § 24i Abs. 2 S. 1 SGB V, § 20 Abs. 1 S. 1, 2 MuSchG,
- zum Körperzustand (Schwangerschaft ist keine Krankheit) mit den Privilegierungen der §§ 24 bis 24i SGB V, wie der Zuzahlungspflicht in §§ 24e S. 2 SGB V

vorzunehmen.

Zu überlegen ist, ob der nach § 17 MuSchG ab der 12. SSW geltende Kündigungsschutz anzupassen ist, da er den o.g. Staffellungen nicht mehr entspricht.