

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum gestaffelten Mutterschutz nach Fehlgeburten
vor der 24. Schwangerschaftswoche

Mirjam Peters, M.Sc. PH für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Datum: 06.07.2023

Auf Anfrage von Frau Saskia Weishaupt, Mitglied des deutschen Bundestages, nimmt die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) Stellung zu den gestellten Fragen zur Option des gestaffelten Mutterschutzes nach Fehlgeburten.

1. Ab welcher Schwangerschaftswoche ist eine Mutterschutz-Freistellung nach Fehlgeburten aus medizinischer Sicht sinnvoll?

Die Folgen einer Fehlgeburt sind sowohl physischer als auch psychischer Natur. Zu den psychischen Folgen gehört ein erhöhtes Risiko für Angstzustände, Depressionen (48 % – 59 %), posttraumatischer Stress (45 %), posttraumatische Belastungsstörungen und Suizid (Quenby et al. 2021; Kukulskiene 2022). Ein beträchtlicher Anteil an Frauen* und Partner:innen erleben einen intensiven Trauerprozess (Brier 2008; Mergl et al. 2022; Williams et al. 2020).

Es gibt aus medizinischer Perspektive drei gleichwertige Behandlungsmethoden. Ein abwartendes, medikamentöses und ein chirurgisches Management (Ghosh et al. 2021; Nanda et al. 2012; Lemmers et al. 2019; Kim et al 2017;). Zum Teil werden unterschiedliche Optionen in unterschiedlichen Schwangerschaftswochen angewendet. Die Folgen und Nebenwirkungen der drei Optionen unterscheiden sich unabhängig von der Schwangerschaftswoche stark. In Deutschland wird vor der 14 SSW in den meisten Fällen ein chirurgisches Management vorgenommen. Mögliche Folgen der drei Optionen können sein: Operation/erneute Operation, verbunden mit seltenen Komplikationen wie: Uterusperforation, Notwendigkeit weiterer lebensrettender Eingriffe einschließlich Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter), Bluttransfusion oder Einweisung auf die Intensivstation. Darüber hinaus kann es zu starken Schmerzen, Entzündungen, Blutverlust, Anämie, tagelange Blutungen, Brechreiz, Erbrechen und Durchfall kommen. Zudem kann eine initiale Brustdrüsenanschwellung, auch Milcheinschuss genannt, stattfinden.

Frauen berichten über ein noch immer vorherrschendes Stigma, das das Aufsuchen von (psychologischer) Hilfe erschwert. Die physischen und psychischen Auswirkungen einer Fehlgeburt werden häufig unterschätzt (Coomarasamy et al 2021).

Es kann keine eindeutige Empfehlung für eine Freistellung abhängig von der Schwangerschaftswoche gegeben werden, da die physischen und psychischen Symptome sowie der Trauerprozess eher individuell und abhängig von der gewählten Behandlungsmethode sind, als abhängig von der Schwangerschaftswoche. Es kann keine Frist formuliert werden unterhalb derer diese Belastungen nicht oder nur in einem sehr geringen Maße auftreten. Eine Freistellung ab der 6. SSW erscheint plausibel.

2. Welchen Vorschlag haben Sie für einen gestaffelten Mutterschutz, nach medizinischen Kriterien, in den einzelnen Phasen der Geburt vor der 24. Schwangerschaftswoche?

Es kann keine eindeutige Empfehlung für eine Freistellung abhängig von der Schwangerschaftswoche gegeben werden, da die physischen und psychischen Symptome sowie der Trauerprozess eher individuell und abhängig von der gewählten Behandlungsmethode sind, als abhängig von der Schwangerschaftswoche. Die DGHWi macht folgenden Vorschlag unter Berücksichtigung der folgenden Punkte:

- Risiko für Fehlgeburten
- Wahrnehmung ärztlicher Termine oder Termine mit einer Hebamme oder Psycholog:in
- Körperliche Umstellung und Heilung
- Sehr heterogener Trauerprozess

Mutterschutz

- Freistellung für 2 bis 4 Wochen nach einer Fehlgeburt vor der 12 SSW.
- Freistellung von 4 bis 6 Wochen nach einer Fehlgeburt zwischen der 12. und 16 SSW.
- Freistellung von 4 bis 6 Wochen nach einer Fehlgeburt zwischen der 16. und 24. SSW.

3. Können Sie eine grobe Schätzung abgeben, wie viele Frauen zwischen der 12. und 24. Schwangerschaftswoche und der 16. und 24. Schwangerschaftswoche in Deutschland Fehlgeburten haben

Da wir keinen ad-hoc Zugriff auf Diagnosedaten in Deutschland haben, können wir lediglich auf Grundlage der medizinischen Literatur eine Schätzung abgeben:

Eine Fehlgeburt ist definiert, als der spontane Verlust einer Schwangerschaft vor der 24. Schwangerschaftswoche. Ca. 15 % - 20% der Schwangerschaften enden in einer Fehlgeburt (Devall et al. 2021; Quenby et al. 2021). Schwankungen bestehen hier insbesondere, ab wann eine Fehlgeburt als Fehlgeburt gezählt wird. 10,8% Prozent der Frauen sind mindestens einmal in ihrem Leben von einer Fehlgeburt betroffen (Quenby et al. 2021). Das Risiko für eine Fehlgeburt ändert sich stark in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche – siehe Abbildungen:

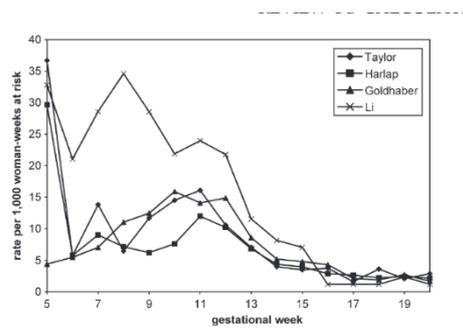
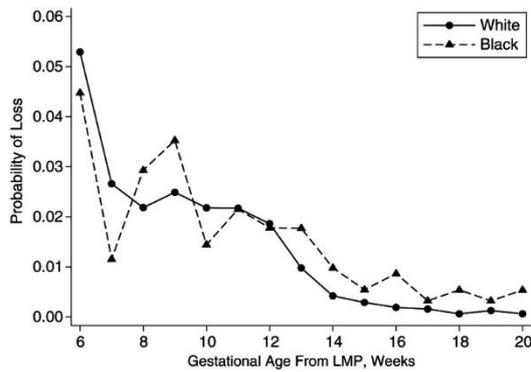


Figure 1. Miscarriage rate by week of gestation by study.

Abbildung 1 aus: Verlauf des Fehlgeburtenrisikos aus Mukherjee et al 2013; Avalos 2012

Ausgehend von 15 % und ca. 795.500 Geburten in Deutschland wären dies ca. 140.382 Fehlgeburten pro Jahr. Grobe Schätzungen für Deutschland ausgehend von (Zauche et al. 2021):

	Ungefährer Anteil an Fehlgeburten nach SSW in % von allen Schwangerschaften	Anzahl der Fehlgeburten: Schätzung für DE
06 - 12 SSW	12,7%	Ca. 118.857
12 - 16 SSW	1,2%	Ca. 11.231
16 - 24 SSW	< 1%	Unter 9.359

Tabelle 1: Vorschlag für einen gestaffelten Mutterschutz

Weitere Anmerkungen

Regelhaft wird Frauen und Paaren keine psychologische Hilfe angeboten (vergl. USA Ho, 2022). Berichten zufolge werden Frauen auch nicht über die Möglichkeit einer Hebammenbetreuung informiert. In Deutschland existiert keine Leitlinie zur Behandlung von Fehlgeburten, auf Grund fehlender finanzieller Mittel ist dies für die DGHWi aktuell nicht umsetzbar, erscheint jedoch dringend notwendig. Diese könnte zudem Empfehlungen zur Weitervermittlung zur psychologischen Unterstützung enthalten.

Offen Fragen

Aus Sicht der DGHWi bleiben Fragen offen zu sehr frühen Fehlgeburten, fehlgeschlagenen Versuchen einer assistierten Reproduktion, Abtreibungen (aus medizinischer Indikation) und Schutzzeiträume für Frauen, die eine Missed Abortion haben und ein abwartendes oder medikamentöses Verfahren wählen (Kind ist verstorben aber noch kein Einsetzen von Blutungen/Wehen).

Zudem können auch Partner:innen intensive Trauerprozesse durchlaufen. In Neuseeland gibt es seit 2021 einen dreitägigen Trauerurlaub für Frauen und ihre Partner nach einer Fehlgeburt (Hodson 2022).

Literaturverzeichnis

- Ammon Avalos, Lyndsay; Galindo, Claudia; Li, De-Kun (2012): A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. In: *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology* 94 (6), S. 417–423. DOI: 10.1002/bdra.23014.
- Brier, Norman (2008): Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. In: *Journal of women's health* (2002) 17 (3), S. 451–464. DOI: 10.1089/jwh.2007.0505.
- Coomarasamy, Arri; Gallos, Ioannis D.; Papadopoulou, Argyro; Dhillon-Smith, Rima K.; Al-Memar, Maya; Brewin, Jane et al. (2021): Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. In: *Lancet (London, England)* 397 (10285), S. 1668–1674. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00683-8.
- Devall, Adam J.; Papadopoulou, Argyro; Podeseck, Marcelina; Haas, David M.; Price, Malcolm J.; Coomarasamy, Arri; Gallos, Ioannis D. (2021): Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021 (4). DOI: 10.1002/14651858.CD013792.pub2.
- Ghosh, Jay; Papadopoulou, Argyro; Devall, Adam J.; Jeffery, Hannah C.; Beeson, Leanne E.; Do, Vivian et al. (2021): Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 6 (6), CD012602. DOI: 10.1002/14651858.CD012602.pub2.
- Ho, Angela L.; Hernandez, Algeny; Robb, John M.; Zeszutek, Stephanie; Luong, Sandy; Okada, Emiru; Kumar, Karan: Spontaneous Miscarriage Management Experience: A Systematic Review. In: *Cureus* 14 (4). DOI: 10.7759/cureus.24269.
- Hodson, Nathan (2022): Time to rethink miscarriage bereavement leave in the UK. In: *BMJ sexual & reproductive health* 48 (1), S. 70–71. DOI: 10.1136/bmjshr-2021-201282.
- Kim, Caron; Barnard, Sharmani; Neilson, James P.; Hickey, Martha; Vazquez, Juan C.; Dou, Lixia (2017): Medical treatments for incomplete miscarriage. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (1), CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.
- Kukulskienė, Milda; Žemaitienė, Nida (2022): Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (11). DOI: 10.3390/ijerph19116515.
- Lemmers, Marike; Verschoor, Marianne Ac; Kim, Bobae Veronica; Hickey, Martha; Vazquez, Juan C.; Mol, Ben Willem J.; Neilson, James P. (2019): Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 6 (6), CD002253. DOI: 10.1002/14651858.CD002253.pub4.
- Mergl, Roland; Quaatz, Sarah Miriam; Edeler, Lisa-Madeleine; Allgaier, Antje-Kathrin (2022): Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. In: *European journal of psychotraumatology* 13 (2), S. 2108578. DOI: 10.1080/20008066.2022.2108578.
- Mukherjee, Sudeshna; Velez Edwards, Digna R.; Baird, Donna D.; Savitz, David A.; Hartmann, Katherine E. (2013): Risk of Miscarriage Among Black Women and White Women in a US Prospective Cohort Study. In: *American Journal of Epidemiology* 177 (11), S. 1271–1278. DOI: 10.1093/aje/kws393.
- Nanda, Kavita; Lopez, Lauren M.; Grimes, David A.; Peggia, Alessandra; Nanda, Geeta (2012): Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (3), CD003518. DOI: 10.1002/14651858.CD003518.pub3.
- The, Lancet (2021): Miscarriage: worldwide reform of care is needed. In: *Lancet (London, England)* 397 (10285), S. 1597. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00954-5.
- Williams, Helen M.; Topping, Annie; Coomarasamy, Arri; Jones, Laura L. (2020): Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis. In: *Qualitative health research* 30 (1), S. 133–145. DOI: 10.1177/1049732319870270.
- Zauche, Lauren H.; Wallace, Bailey; Smoots, Ashley N.; Olson, Christine K.; Oduyibo, Titilope; Kim, Shin Y. et al. (2021): Receipt of mRNA Covid-19 Vaccines and Risk of Spontaneous Abortion. In: *The New England journal of medicine* 385 (16), S. 1533–1535. DOI: 10.1056/NEJMc2113891.