



## DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

---

### **Gesetzentwurf zur Neuregelung des Mutterschutzrechtes DÄB-Stellungnahme zum Referentenentwurf**

Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. begrüßt es außerordentlich, dass nach so vielen Anstößen aus der Ärzteschaft das Mutterschutzgesetz nun zeitgemäßer, verständlicher und wirkungsvoller durch praxisgerechte Ausführungsregeln gefasst werden soll.

Die Zielsetzung „dass damit dem Wunsch vieler Frauen an der Fortführung ihrer Erwerbstätigkeit auch während der Schwangerschaft und Stillzeit in angemessener Weise Rechnung getragen werden soll“, sowie einer „verantwortungsvollen Interessenabwägung zwischen der Gesundheit ... und ihrer selbstbestimmten Teilhabe an der Erwerbstätigkeit andererseits“ und der von Ihnen formulierte „Notwendigkeit der Regelungen“ unterstützen wir voll und ganz.

Gleichfalls begrüßen wir die Einrichtung eines Ausschusses für Mutterschutz und können uns eine aktive ehrenamtliche Beteiligung im Ausschuss vorstellen, damit die spezifischen Aspekte im Gesundheitswesen – Ärztinnen in Klinik und Praxis, Pflege und Medizinische Fachangestellte – praxisrelevant vertreten sind. Konstruktiv würden wir im Ausschuss dabei mitwirken wollen, dass unter Wahrung des gesetzlich erforderlichen Gesundheitsschutzes der Schwangeren und des Ungeborenen für Ärztinnen zukünftig eine weniger beeinträchtigte Teilhabe am Erwerbsleben während der Schwangerschaft und Stillzeit möglich sein wird.

Dazu gehört, dass die Schwangere in die ggf. erforderliche Umgestaltung ihres Arbeitsplatzes bzw. ihres Tätigkeitsgebietes aktiv einbezogen wird. Unter Berücksichtigung aller Alternativen kann so verhindert werden, dass die Weiterbildungszeit der Ärztin unnötig verlängert, ihre durch jahrelangen Einsatz erworbene berufliche Position gefährdet bzw. ihr ihr Kompetenzbereich streitig gemacht wird und demzufolge aufgrund der Stresssituation Risiken z.B. hinsichtlich einer Frühgeburt auftreten.

Andererseits ist es genauso wichtig, dass die individuelle körperliche und/oder psychische Belastung einer schwangeren Ärztin als maßgeblich erachtet wird und sie deshalb auf einen risikoärmeren Arbeitsplatz wechseln kann.

Die bisherigen Mutterschutzfristen vor und nach der Entbindung sehen wir als positiven Schutzfaktor für das (ungeborene) Kind und seine Mutter an. Auch die Integration der bisher in der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV) enthaltenen Regelungen in das MuSchG wird die Transparenz für die Betroffenen aller Voraussicht nach erheblich erhöhen.

Seit es die "Gefahrstoffverordnung zum MuSchu-Gesetz" gibt, gibt es gemäß Erfahrungen niedergelassener Frauenärztinnen mehr Beschäftigungsverbote als zuvor. Insbesondere die angestrebte Reduktion von bisher oftmals ungerechtfertigten Beschäftigungsverboten – von vielen Ärztinnen als „Berufsverbot“ erlebt und nicht selten ausschlaggebend für ihre Abkehr von der Weiterbildung in einem chirurgischen Fachgebiet – wird bei tatsächlicher Umsetzung ein großer Fortschritt sein. Die Einbeziehung von Praktikantinnen, Schülerinnen in Ausbildung und Medizinstudentinnen in das MuSchG wäre ebenfalls als wichtiger Schritt zu sehen; allerdings nur dann, wenn sie damit nicht stärker als bisher nachteilig reglementiert würden und aufgrund organisatorischer und psychosozialer Benachteiligung ihr regulärer Studienverlauf und ihre Schwangerschaft gefährdet wird.

Nachfolgend möchten wir aus unserer Erfahrung heraus Hinweise geben und beziehen uns dabei auf den Referentenentwurf zum Gesetz zum Schutz von Müttern am Arbeitsplatz mit Bearbeitungsstand 3.3.2016, 17.28 Uhr:

### **§ 1 S.7**

„Dieses Gesetz schützt die physische und psychische Gesundheit der Frau...“ Diese konkrete und wichtige Nennung an prominenter Stelle trägt der Realität Rechnung, dass auch die psychische Gesundheit durch viele Maßnahmen beeinträchtigt wird, die sich sowohl während der Schwangerschaft (z.B. Risiko einer Frühgeburt) als auch nach der Geburt (Erziehung und seelische Gesundheit) negativ auf ein Kind auswirken kann.

### **§ 4 (1) S. 9**

Die strikte Zeitbeschränkung auf 20.00 Uhr – gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse, warum die Arbeitszeit gerade um 20.00 Uhr enden sollte? - kann sich nachteilig auf weibliche Pflegekräfte und auf Ärztinnen auswirken: Sie passen so in keine Spätschichtdienstregelung hinein, die oft bis 21.15 Uhr angesetzt ist.

Nachteile: 1. Psychische Belastung durch „Herausfallen aus dem Team“ bei Sondereinteilung 2. wäre ihnen dadurch erschwert, z.B. bei schwangerschaftsbedingter morgendlicher Übelkeit auf die Spätschicht auszuweichen.

(3) Es ist zu hinterfragen, wieso die Begrenzung konkret bei vier Monaten angegeben ist, erfahrungsgemäß fühlen sich viele Schwangere im 5. und 6. Monat sogar besser als zu Beginn der Schwangerschaft.

(4) Was ist mit Krankenpflegeanstalten gemeint? Der allgemeine Begriff Gesundheitswesen würde alles umfassen, es könnte aber auch spezifiziert werden z.B. in Krankenhäuser, Arzt-, Physiotherapie-, Ergotherapie-Praxen und Altenpflegeeinrichtungen.

Auch eine Ärztin (oder Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Medizinische Fachangestellte oder Physio- und Ergotherapeutin) kann unter bestimmten Voraussetzungen durchaus an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden. Voraussetzung ist, dass sie nicht alleine für eine Klinik oder eine Abteilung verantwortlich ist, sondern vor Ort ein Back-Up hat, d.h. eine andere Person mit einer entsprechenden Qualifikation, die sie ersetzen kann, wenn es ihr spontan nicht gut geht bzw. für sie selbst oder ihr Kind gesundheitlich gefährliche Situationen auftreten.

So könnte sie auch feiertags z.B. auf einer ärztlich gut besetzten Intensivstation im Rahmen der normalen Diensterteilung tätig sein, würde ggf. ihre Facharztweiterbildung fortsetzen können und wäre nicht durch den (evtl. nachvollziehbaren) Unmut der Kolleginnen und Kollegen belastet.

Es geht nicht eindeutig hervor, worin die Abweichungen bestehen sollen: Auch Sonn- und Feiertage oder auch die gesamte Nachtzeit von 22.00 bis 6.00? Nacharbeit nach 22.00 Uhr ist weiterhin grundsätzlich abzulehnen. Nur in begründeten Einzelfällen – auf ausdrücklichen Wunsch der Schwangeren und unter der Voraussetzung, dass sie nicht alleine für eine Klinik oder eine Abteilung verantwortlich ist. Angestellten schwangeren Ärztinnen in einer Praxis sollte Bereitschafts- oder Notarztdienst keinesfalls zugemutet werden.

### **§ 7 (1) bis (4) S. 10f**

(1) Positiv: Hier wird auch die psychische Gesundheit ausdrücklich genannt. ...

„Nachteile aufgrund der Schwangerschaft, der Entbindung oder der Stillzeit sollen vermieden oder ausgeglichen werden.“ Dies ist eine sehr wichtige Festlegung, allerdings wird nicht konkretisiert, welche Nachteile gemeint sind.

Aufgrund der diversen Möglichkeiten struktureller Benachteiligung von Ärztinnen in fortgeschrittener Berufstätigkeit und höheren Positionen vorwiegend an Universitäten und in großen Abteilungen während und nach einer Schwangerschaft – z.B. unterlassene Einbindung in wissenschaftliche Arbeitsgruppen, unterlassene Beförderung trotz vorheriger Versprechungen oder sogar Rückstufung aus der Oberärztin-Position in die einer Assistenzärztin nach Rückkehr aus dem Mutterschutz - wäre es aus unserer Sicht wesentlich zu prüfen, ob wirksame Sanktionsbewehrungen ins Gesetz aufgenommen werden könnten.

In der Begründung zu Absatz 2 ist die Rede auch davon, dass die Autonomie der schwangeren Frau ...in angemessener Weise zu gewährleisten ist und die gesellschaftliche Akzeptanz ... sicherzustellen sei. Dies ist ganz wesentlich und könnte verhindern, dass weiterhin viele Ärztinnen erst spät ihre Schwangerschaft bekannt geben, um eben nicht die Autonomie zu verlieren!

(2) Eine Gefährdung ist unverantwortbar, wenn sie nach Abwägung zwischen Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung und der Schwere des möglichen Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff (un)verantwortbare Gefährdung wäre zur Konkretisierung dann wohl ein Thema für den Mutterschutz-Ausschuss. Dieser erarbeitet ggf. eine bundesweite Umsetzungsleitlinie für das Mutterschutzgesetz, damit dieser Begriff, der prinzipiell zu begrüßen ist, nicht zu einer Verunsicherung aller Beteiligten (Schwangere, Betriebsarzt/ärztin, Arbeitgeber) und zu einer konsequent unterschiedlichen Auslegung führt.

Das sich aus dieser Abwägung ergebende Risiko sollte auch in Relation zum allgemeinen Lebensrisiko während der erheblich umfangreicheren Freizeit oder auch der An- und Abfahrt zum Arbeitsplatz gesehen werden.

### **§ 8 (1) bis (3)**

(1) Die grundsätzliche Gefährdungsermittlung für jeden Arbeitsplatz ist zu begrüßen, insbesondere im Gesundheitswesen, in dem zu 76 Prozent Frauen tätig sind. Allerdings sollten auch Männer (oft auch Väter) möglichst an einem gefahrlosen Platz arbeiten.

(2) Sobald eine Frau dem Arbeitgeber mitgeteilt hat, dass sie schwanger ist oder stillt, hat er die Gefährdungsbeurteilung und die Festlegung der Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 für alle Tätigkeiten, die die betreffende Frau ausführt und für alle Arbeitsbedingungen unter denen die betreffende Frau arbeitet unter Hinzuziehung der schwangeren oder stillenden Frau neu schriftlich durchzuführen und zu konkretisieren.

Zu fordern ist hierbei allerdings, dass ein knapper Zeitkorridor benannt wird, in dem das zu erfolgen hat. Bisherige Versuche z.B. an Unikliniken haben mehrfach dazu geführt, dass nach endlich erfolgtem Abschluss der Gefährdungsbeurteilung die Chirurgin bereits im Mutterschutz und es nun zu spät für sie war, da sich die Zeit ihrer Facharztweiterbildung dadurch benachteiligend verlängerte, weil sie monatelang keine Operationen hatte durchführen dürfen.

### **§ 9 (1) S.11**

Diese Formulierung wird der Realität gerechter als bisher. Eine operative Tätigkeit bei einem Wahleingriff nach vorheriger negativer Testung des Patienten/ der Patientin auf nicht impfpräventable Infektionen - HCV (Hepatitis C -Virus) und HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) - wäre dann verantwortbar und vom Arbeitgeber auch zu fordern, ohne die Kosten für die Tests als Hindernis ins Feld führen zu dürfen.

Andererseits fehlt hier im Gesetzentwurf die Einbeziehung der Schwangeren selbst in die Entscheidung des Arbeitgebers.

(5) 7. Sie eine Schutzausrüstung tragen muss, die durch eine hohe körperliche Belastung zu einer Gefährdung der Schwangeren oder des Kindes führen kann.

Bei dieser Beurteilung ist die schwangere oder stillende Frau hinzuzuziehen. Viele Ärztinnen erleben die Zeit am OP-Tisch als deutlich weniger belastend als alternative Tätigkeiten mit Pieper-Rufbereitschaft und Springertätigkeit. Andererseits ist z.B. das Tragen einer Bleischürze nicht erforderlich, wenn die Schwangere – die nicht alleine am Tisch steht – bei evtl. Durchleuchtung während einer orthopädischen OP den Saal verlässt, um die ionisierenden Strahlen zu meiden.

### **§ 11 (1) S. 14**

Auch hier sollte aufgrund unserer Erfahrungen sinnvoller Weise ein Zeitkorridor für die Umsetzung festgelegt sein:

1. Der Arbeitgeber hat die Arbeitsbedingungen durch Schutzmaßnahmen nach Maßgabe des §7 Absatz 2 spätestens innerhalb von 2 Wochen (oder innerhalb eines anderen kurzen Zeitraums) so umzugestalten, dass die unverantwortbare Gefährdung abgewendet wird. Die 2-Wochen-Frist wird

unseres Wissens an der Uniklinik Tübingen bereits eingehalten.

2. Können unverantwortbare Gefährdungen nicht durch die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen nach Nummer 1 ausgeschlossen werden oder ist dies wegen des nachweislich unverhältnismäßigen Aufwandes – wem gegenüber ist das nachzuweisen? - nicht zumutbar, hat der Arbeitgeber einen Arbeitsplatzwechsel vorzunehmen, wenn er einen geeigneten Arbeitsplatz zur Verfügung stellen kann und dieser Arbeitsplatz der schwangeren und stillenden Frau zumutbar ist.

Hier wäre es aus unserer Sicht wünschenswert, hinzuzufügen, dass die Zuweisung einer anderen Tätigkeit unter Einbeziehung der Schwangeren oder Stillenden vorzunehmen ist.

(3) Im Interesse der Autonomie der betroffenen Frau wäre im Gesetzestext zu formulieren, dass der Arbeitgeber der schwangeren oder stillenden Frau die konkretisierte Gefährdungsbeurteilung mit den für sie getroffenen Schutzmaßnahmen nach §8 Absatz 2 schriftlich vorzulegen hat. Das Dokument sollte möglichst sowohl vom Arbeitgeber als auch von der schwangeren oder stillenden Frau zu unterzeichnen sein.

Weiterhin förderlich ist, wenn kompetente Betriebsärztinnen oder –ärzte konstruktiv mit der Schwangeren zusammenarbeiten.

#### **§ 14**

(1) „Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau nicht mit Tätigkeiten oder unter Arbeitsbedingungen beschäftigen, soweit nach ärztlichem Zeugnis ihre Gesundheit oder die ihres Kindes bei Fortdauer dieser Tätigkeiten oder Arbeitsbedingungen gefährdet ist. “Im ärztlichen Zeugnis sollten diese gefährdenden Tätigkeiten oder Arbeitsbedingungen so konkret wie möglich benannt werden. Um zu dokumentieren, dass der Gesetzgeber den Arbeitgeber in die Pflicht nehmen möchte, könnte noch formuliert werden: „Der Arbeitgeber bemüht sich, die benannten Gefährdungen durch Zuweisung geeigneter und zumutbarer Tätigkeiten abzuwenden. “

#### **§ 15 (2)**

Wie kann hier Missbrauch verhindert werden? Wann wäre eine Kündigung trotzdem zulässig?

#### **§ 17 (2)**

Es wäre eine konkrete finanzielle Gegenüberstellung erforderlich z.B. für zwei Ärztinnen mit gleicher Gehaltsstufe bspw. als Oberärztin, von denen eine im GKV- und eine im PKV-System versichert ist. Erst dann könnte Stellung bezogen werden, ob hier eine Benachteiligung vorliegt

#### **§ 25**

Die Einrichtung eines Ausschusses für Mutterschutz ist ein wichtiges Instrument zur kontinuierlichen Anpassung und Aktualisierung.

Gerade für die vielen angestellten Frauen im Gesundheitswesen wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein „Runder Tisch für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie „eingerrichtet - nach den Festlegungen im Koalitionsvertrag II von 2009

9. Gesundheit und Pflege „... Die in den Gesundheits- und Pflegeberufen Tätigen leisten einen wichtigen Beitrag für unser Gemeinwesen. Sie verdienen unseren Respekt und unsere Anerkennung. “

Die Attraktivität dieser Berufe muss auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden.

Zu den Aufgaben des Ausschusses für Mutterschutz soll es laut 5. auf S. 35 der Begründungen auch gehören, berufsgruppenbezogene Ausarbeitungen ... zu erstellen.

Gerade in der Krankenversorgung – im Umgang mit kranken Menschen - können Schwangere im Gegensatz zu anderen Berufen gleichzeitig mit diversen Stoffen in Kontakt kommen: Strahlen, Krankheitserregern, Biostoffe ... s. § 9

Deshalb ist es erforderlich, dass unter den „weiteren geeigneten Personen“ im Ausschuss z.B. neben WissenschaftlerInnen auch Ärztinnen und Pflegekräfte mit praktischem Bezug stimmberechtigt beteiligt sind. Es gilt, den weiblichen Nachwuchs im ärztlichen und pflegerischen Beruf zu halten.

So wurden in den vergangenen Jahren auf Initiativen von engagierten Ärztinnen - u.a. neben Gynäkologinnen und Chirurginnen z.B. auch Betriebsärztinnen - bereits Konzepte entwickelt, damit schwangere Ärztinnen in operativen Fächern unter bestimmten Bedingungen geplante chirurgische Eingriffe durchführen können, die auch aus arbeitsmedizinischer Sicht grundsätzlich zu vertreten sind.

## **VII Gesetzesfolgen - 2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Sowohl die Bedeutung der Managementregel 9 und die Indikatoren 16a und 18 sind am Beispiel von Ärztinnen besonders offensichtlich. Sie nicht während Schwangerschaft und Stillzeit so zu „vergraulen“, dass sie chirurgischen Fachgebieten den Rücken kehren und sie hinsichtlich ihrer Karriereplanung z.B. der späteren Übernahme einer Leitungsfunktion nicht zu demotivieren ist sehr essentiell für den Erhalt des heutigen Standards der Medizin in Deutschland angesichts bereits derzeit mehr als 60 Prozent weiblicher Berufseinsteiger. Auch würde dies den Verdienstabstand zwischen Frauen und Männern keinesfalls reduzieren.

S. 87 Hier wird zu §26 formuliert, dass Liegeräume für Stillende entbehrlich seien, ... Einen Stillraum braucht die Schwangere, wenn das Kind an ihren Arbeitsplatz gebracht wird. In der Realität gibt es oft auch entweder eine Krippe nahe am Arbeitsplatz, eine Kinderfrau zuhause oder als Tagesmutter oder einen Partner, der Elternzeit nimmt, um das gemeinsame Kind zu versorgen. Dann könnte es auch besser geeignet sein, dass die Stillende zum Stillen dorthin geht bzw. fährt mit entsprechendem zeitlichen Freiraum.

## **Fragen zum Referentenentwurf**

Wir möchten auch Fragen stellen und beziehen uns dabei ebenfalls auf den Referentenentwurf zum Gesetz zum Schutz von Müttern am Arbeitsplatz mit Bearbeitungsstand 3.3.2016, 17.28 Uhr.

### **1.**

§1 (2) 7. S. 7 – Wer ist als arbeitnehmerähnliche Person z.B. im medizinischen Sektor anzusehen? Wie ist dies im Zusammenhang mit der Richtlinie 2010/41/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07. Juli 2010 zu sehen, die unseres Wissens in der Bundesrepublik nicht bis 2012 umgesetzt wurde. Diese Richtlinie ist sehr relevant für niedergelassene Ärztinnen und die finanziell existentielle Bedrohung durch Schwangerschaft und Mutterschutz, da dies u.a. eine Ursache für den Nachwuchsmangel z.B. bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen ist.

Für uns nicht arbeitsrechtlich geschulte Ärztinnen ist auch nicht klar ersichtlich, was auf S.31 unter 2. gemeint ist: „Unter Beachtung ...“Danosa-Urteil“ ...werden auch Frauen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind, grundsätzlich vom Anwendungsbereich erfasst, da der notwendige Schutz für Schwangere unabhängig von der Frage, ob es sich bei der schwangeren Person um eine Arbeitnehmerin oder eine selbständig Erwerbstätige handelt, unter Berufung auf das Diskriminierungsverbot der Gleichstellungsrichtlinie (76/207/EWG) zu gewähren ist. Aus unserer Sicht trifft das doch dann auch auf niedergelassene Ärztinnen in eigener Praxis zu, dass sie selbständig Erwerbstätige sind!

### **2.**

Auf S. 30 wird in Bezug auf (76/207/EWG) betont: Das Diskriminierungsverbot sollte „... zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben. Sind die neuen Regelungen grundsätzlich mit den folgenden Passagen aus dem AGG – Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz in Einklang zu bringen?

§ 1 Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen ... des Geschlechts ... zu beseitigen.

§ 2 (1) Benachteiligungen in Bezug auf: 1. ... Auswahlkriterien und Einstellungsbedingungen ...

3. den Zugang zu ... der beruflichen Weiterbildung ... sowie der praktischen Berufserfahrung.

#### § 3 (1) Begriffsbestimmung

Eine unmittelbare Benachteiligung wegen des Geschlechts liegt in Bezug auf §2 Abs.1 Nr. 1 bis 4 auch im Falle einer ungünstigeren Behandlung einer Frau wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft vor.

#### 3.

Sind die Regelungen grundsätzlich mit Artikel 6 Grundgesetz in Einklang zu bringen?

„Jede Mutter hat Anspruch auf die Fürsorge der Gemeinschaft, und den Schutz vor Gefahren, Gesundheitsschutz, finanzielle Einbußen, und Verlust des Arbeitsplatzes.“

Wenn jede Mutter Anspruch auf die Fürsorge hat, warum dann aber in diesem Gesetz nur angestellte Beschäftigte, aber nicht Selbständige? Was ist mit Hausfrauen / Müttern, die für diese Familienarbeit kein Einkommen beziehen?

Seite 53, 5. Absatz

Unklar ist, warum hier im Zusammenhang mit §7 das Urteil aus 1993 bezüglich einer Zahnärztin im Allgäu zitiert wird. Mit genau diesem Urteil begannen aus unserer Sicht doch die undifferenzierten Restriktionen, insbesondere gegen operativ oder interventionell tätige Ärztinnen – und ohne Rücksicht auf neue Verfahren und Narkotika auch gegen Anästhesistinnen etc.

#### FAZIT

Es ist sehr positiv, dass eine Aktualisierung des MuSchG tatsächlich umgesetzt werden soll.

#### 1.

Grundsätzlich ist es aber aus Ärztinnensicht wert, dass politisch darüber nachgedacht wird, ob die derzeitige Realität mit der Daseinsvorsorge-Verantwortung des Staates, mit dem AGG und dem Artikel 6 GG vereinbar ist:

Obwohl es Mutterschutz-Gesetz heißt, gibt es in Deutschland Mütter, die mit ihrem Ungeborenen geschützt werden und viele andere Mütter und ihr Ungeborenes, die nicht geschützt werden.

Laut § 1 (1) schützt dieses Gesetz die Gesundheit der Frau und ihres Kindes am Arbeitsplatz, während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit.

Allerdings wird dies sofort in (2) eingeschränkt: Dieses Gesetz gilt für Frauen in einer Beschäftigung im Sinne von § 7 Absatz 1 des SGB IV mit den Unterpunkten 1. bis 7.

Das heißt also, dass eine Schwangere, die ihren Lebensunterhalt am Arbeitsplatz als Selbständige verdient (s. auch Richtlinie 2010/41/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07. Juli 2010, mit der mehr Geschlechtergerechtigkeit eingeführt werden sollte) keinen entsprechenden Mutterschutz bekommt.

#### 2.

Wie aus dem Referentenentwurf zu ersehen ist, betreffen die Regelungen sehr unterschiedliche Berufsrealitäten. Aus unserer Sicht ist die Situation im Gesundheitswesen sehr spezifisch, und die von Ärztinnen insbesondere. Beispielsweise hat eine Frauenärztin kompetent und verantwortlich über die Behandlung einer Schwangeren und Stillenden zu entscheiden, z.B. ob ein Beschäftigungsverbot indiziert ist oder nicht.

Ist sie selbst schwanger so wird bisher und laut diesem Gesetzentwurf ohne ihre Einbeziehung über ihren Kopf hinweg entschieden, welche Tätigkeiten sie an welchem Arbeitsplatz noch ausüben darf. Ihre Kompetenz und ihr berufliches Selbstverständnis werden negiert – das erzeugt psychosozialen Distress und belastet ihre psychische Gesundheit mit allen bekannten diesbezüglichen Risiken für sie selbst und ihr ungeborenes Kind.

Grundsätzlich sollten die betroffenen schwangeren Frauen in den gesamten Entscheidungsprozess vollumfänglich und maßgeblich eingebunden werden.

In der Begründung zu § 7 Absatz 2 wird gefordert, dass die Autonomie der schwangeren Frau ... in angemessener Weise zu gewährleisten ist - das ist ganz wesentlich!

Deshalb sehen wir Sätze wie "Im Regelfall sind die mutterschutzrechtlichen Bestimmungen

unabdingbar und gelten unabhängig von der Einwilligung der Frauen (Seite 31, 2. Absatz) "als recht problematisch an. Damit werden Schwangere für unmündig erklärt. Das empfinden insbesondere Ärztinnen mit ihrem Fachwissen als diskriminierend, zumal der Gesetzgeber auch keinen Einfluss darauf nimmt, ob es sich ihre niedergelassene Kollegin aus existentiellen Gründen leisten kann, ihre ärztliche Erwerbstätigkeit entsprechend einzuschränken.

Wichtig: Ärztinnen, die jegliches - psychisch und/oder physisch verursachtes - Schwangerschaftsrisiko auch während ihrer Berufstätigkeit so weit wie möglich meiden wollen und sich deshalb auf Bürokratie und bestimmte diagnostische und therapeutische Tätigkeiten konzentrieren wollen, sollte / muss dieses gewährt werden. Sie sollten seitens des Arbeitgebers nicht unter Druck gesetzt werden oder sich dafür rechtfertigen müssen. Eine Schwangerschaft kann nicht nur durch Biostoffe, ionisierende Strahlen etc. gefährdet werden, sondern auch durch psychosoziale, psychische und resultierende psychosomatische Faktoren.

### 3.

Auf S. 32 wird unter „Schutz vor Diskriminierung“ auf Artikel 6 Absatz 4 GG Bezug genommen. Zu begrüßen ist, dass die Gefährdungsanalyse grundsätzlich für jeden Arbeitsplatz vorzuliegen hat und u.a. dadurch nach Bekanntgabe einer Schwangerschaft zeitnah die weiteren Schritte eingeleitet werden können. Dies müsste allerdings unverzüglich innerhalb der nächsten 1-2 Wochen erfolgen. Und es sollte bei zeitlichen Verzögerungen (bisher teilweise bis zum gesetzlichen Mutterschutz) bzw. bei Verhinderung ohne unzumutbare Umstellung der Arbeitsabläufe „es ist zu teuer, vor Operationen / Wahleingriffen schwangerer Ärztinnen den/ die Pat. mit deren Einverständnis z.B. auf HCV (Hepatitis C -Virus) und HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) zu testen“ im Gesetz verankerte Sanktionen für / gegen den Arbeitgeber auslösen. Insbesondere darf die Möglichkeit des U2-Umlageverfahrens nicht dazu führen, dass z.B. ein Praxisinhaber seine angestellte chirurgische Weiterbildungs-Assistenzärztin massiv in ein komplettes Beschäftigungsverbot drängt und sich die arbeitswillige Ärztin diese Zeit dann nicht für die Weiterbildung anrechnen lassen kann und ihre Zeit bis zur Fachärztin dadurch deutlich verlängert, u.a. mit allen finanziellen Auswirkungen.

### 4.

Die Einrichtung eines Mutterschutz-Ausschusses ist sehr zu begrüßen. Der Deutsche Ärztinnenbund möchte für die spezifische Situation im Gesundheitswesen aktiv und ehrenamtlich in diesem Gremium mitwirken.

Insbesondere die noch zu treffende klare Unterscheidung, was im Unterschied zur bisherigen Vorgehensweise aus Sicht des betrieblichen Gesundheitsschutzes verantwortlich / hinnehmbar ist, wird ein wesentlicher Faktor sein, an dem sich entscheidet, ob das neue Gesetz dem selbst gesteckten Ziel „Schutz vor Diskriminierung“ gerecht wird.

Mit Bestürzung haben wir auf S. 53 zur Kenntnis genommen, dass Sie sich in der Begründung auf das Urteil vom 27.5. 1993 5C 42/89, NJW 1994, 402 beziehen. Dieses Urteil aus der Zahnmedizin gilt unter uns juristischen Laien als das maßgebliche Urteil für die derzeitige berufliche Behinderung von Ärztinnen.

Zu den Aufgaben des Ausschusses für Mutterschutz soll es laut 5. Auf S. 35 der Begründungen auch gehören, berufsgruppenbezogene Ausarbeitungen ... zu erstellen. Als Deutscher Ärztinnenbund mit einem jahrelangen Engagement für die Aktualisierung des MuSchG sehen wir uns als kompetent, im Hinblick auf die Berufsgruppe der Ärztinnen im Ausschuss Stellung zu beziehen. In Zusammenarbeit mit und teilweise als Vertreterinnen in den Kassenärztlichen Vereinigungen sehen wir auch die wichtige Herausforderung, der auf S. 35 unter Punkt 5. genannten „Möglichkeit, den gesetzlich vorgegebenen Ausgleich zwischen dem Gesundheitsschutz und der selbstbestimmten Fortführung der Beschäftigung der Frau insbesondere im Hinblick auf mutterschutzrechtlich gefahrgeneigte Tätigkeitsbereiche zu konturieren, in denen besondere Rechtsunsicherheiten im Hinblick auf die praxisgerechte Umsetzung von Mutterschutzstandards bestehen.“

Wir möchten auch aktiv weiterhin dazu beitragen, dass Frauen nicht über das zum Schutz gebotene Maß hinaus in ihrem beruflichen Werdegang beeinträchtigt werden. Deshalb ist die

Initiative der Chirurgen, unter bestimmten Bedingungen und Vorsichtsmaßnahmen geplante chirurgische Eingriffe durchzuführen, aus unserer Sicht sehr zu begrüßen. Dort, wo dies bereits strukturiert praktiziert wurde, ist es aus arbeitsmedizinischer Sicht grundsätzlich zu vertreten gewesen. Der neu zu wählende Ausschuss sollte anfangs darüber entscheiden, ob er eine Evaluation des Ausschusses für förderlich erachtet.

**5.**

Sehr wesentlich wäre auch, dass die Umsetzung des neuen Gesetzes anders als bisher bundeseinheitlich erfolgt. Dies soll laut S. 85 für die Länder dadurch vereinfacht werden, dass sie die Erkenntnisse des Ausschusses für Mutterschutz durch deren Veröffentlichung – z.B. einer bundesweiten Umsetzungsleitlinie für das Mutterschutzgesetz - direkt übernehmen und verwenden können. Dies kann dann unterschiedliche Auslegungen seitens der Betriebsärztin/ des Betriebsarztes, des Arbeitgebers und der Schwangeren zumindest reduzieren.

**6.**

Die explizite Einbeziehung auch der psychischen Gesundheit bzw. der Vermeidung von psychischen Gefährdungen ist sehr zu begrüßen. Ernsthaft zu berücksichtigen ist aus unserer Sicht auch, dass die Behinderung der umfänglichen kompetenten Berufsausübung – oftmals verbunden mit einem Karrierestopp oder sogar Degradierung – häufig zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Schwangeren mit nachfolgenden psychosomatischen Beschwerden und geburtshilflichen Komplikationen führen kann.

*Dr. med. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes*

*Dr. med. Christiane Groß, M.A. Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes*

---

Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. (DÄB) wurde im Jahr 1924 gegründet und ist ein Netzwerk von Ärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder sowie von Zahnärztinnen und Medizinstudentinnen. Der Deutsche Ärztinnenbund [www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de) ist Mitglied im Weltärztinnenbund, der Medical Women's International Association (MWIA) [www.mwia.net](http://www.mwia.net)  
Deutscher Ärztinnenbund e.V., Präsidentin: Dr. med. Christiane Groß, M.A., Bundesgeschäftsstelle, Rhinstraße 84, 12681 Berlin, Tel.: 030 54 70 86 35, Fax: 030 54 70 86 36 Email: [gsdaeb@aerztinnenbund.de](mailto:gsdaeb@aerztinnenbund.de)  
Geschäftsstelle des Deutschen Ärztinnenbundes: Rhinstr. 84, 12681 Berlin, Tel.: 030 54708635, Fax: 030 54708636 Bankverbindung: Deutscher Ärztinnenbund e.V., apoBank Berlin: Konto-Nr. 010 157 5309, BLZ 300 606 01, IBAN: DE35 3006 0601 0101 5753 09, BIC: DAAEDEDXXX, Vereinsregisternummer: VR 25601 Nz beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg