

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-026-01733-6>
Eingegangen: 29. Dezember 2025
Angenommen: 25. Februar 2026

© The Author(s) 2026



Positionspapier: Sicheres Arbeiten für schwangere Ärztinnen in der Notaufnahme

DGINA-Empfehlungen zur Weiterbeschäftigung durch strukturierte Gefährdungsbeurteilung

J. Lorenz¹ · A. Binter² · K. Deslogis³ · D. Riedlinger⁴ · N. Spitznagel⁵ · C. Hidas⁶ · S. Wicker⁷ · S. Schacher⁸

¹ Universitätsklinikum, Universitäres Herz- und Gefäßzentrum, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ² Zentrale Notaufnahme, Uniklinik Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ³ Nardini Klinikum St. Johannis, Landstuhl, Deutschland; ⁴ Notfall- und Akutmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ⁵ Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland; ⁶ Notfallzentrum, Klinikum Darmstadt, Darmstadt, Deutschland;

⁷ Universitätsklinikum, Betriebsärztlicher Dienst, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁸ GFO Klinik Engelskirchen, Zentrale Notaufnahme, Engelskirchen, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Notaufnahme gilt als dynamischer Arbeitsplatz mit besonderen Belastungen. Bisher führte dies oft zu pauschalen Beschäftigungsverboten bei schwangeren Ärztinnen, obwohl das novellierte Mutterschutzgesetz (MuSchG) die berufliche Teilhabe stärken sollte.

Ziel der Arbeit: Durch die Erstellung eines „Ampelsystems“ mit zulässigen Tätigkeiten werden die Einsatzmöglichkeiten von Schwangeren in der Notaufnahme bewertet, analog zu bereits existierenden Listen anderer – überwiegend chirurgischer – Fachrichtungen. Diese folgen sowohl dem Schutz der Gesundheit der Frau und des Kindes als auch dem Recht auf berufliche Teilhabe nach § 1 MuSchG. Eine differenzierte, arbeitsplatzspezifische Risikobewertung ist essenziell, Beschäftigungsverbote, die nicht dem Wunsch der Schwangeren entsprechen und für die keine Evidenz vorliegt, sollen vermieden werden.

Ergebnisse: Zentrale Risiken in der Notaufnahme (z. B. Alleinarbeit, Infektionen, Aggressionen) können oft durch gezielte Schutzmaßnahmen ausgeschlossen werden. Ein Ampelsystem erleichtert die Kategorisierung der Tätigkeiten. Vielfach vorhandene Bedenken bezüglich Infektionsrisiken (Biostoffe) und Arbeitgeberhaftung sind i. d. R. unbegründet. Differenzierte Gefährdungsbeurteilungen können eine sichere Weiterarbeit der Schwangeren ermöglichen.

Diskussion: Die pauschale Ablehnung basiert oft auf der generalisierten Einordnung der Notfallmedizin als Hochrisikobereich. Der evidenzbasierte Umgang mit Risiken und die individuelle Belastbarkeit der einzelnen Schwangeren sind bestimmend für eine berufliche Teilhabe. Übervorsichtige Auslegungen wirken sich negativ auf Motivation und Gleichstellung aus.

Schlüsselwörter

Mutterschutz · Gefährdungsbeurteilung · Personalplanung · Weiterbildung · Beschäftigungsverbot

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s10049-026-01733-6>) enthält das im Text genannte Zusatzmaterial. Bitte scannen Sie den QR-Code.

S. Wicker und S. Schacher teilen sich die Letztautorinnenschaft.



Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Hinführung zum Thema

Dieses Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) behandelt die sichere Weiterbeschäftigung schwangerer Ärztinnen in der Notaufnahme und stellt ein Ampelsystem zur Gefährdungsbeurteilung vor. Die Empfehlungen sollen Gesundheitsschutz für Mutter und Kind und berufliche Teilhabe nach Mutterschutzgesetz (MuSchG) ermöglichen und pauschale Beschäftigungsverbote vermeiden. Es wird gezeigt, dass viele Risiken durch geeignete Schutzmaßnahmen minimiert werden können und eine sichere Weiterbeschäftigung, abgestimmt auf die persönliche Situation der Schwangeren, möglich ist.

Einleitung

Die Frage nach der Vereinbarkeit von Schwangerschaft und ärztlicher Tätigkeit rückt mit dem kontinuierlich steigenden Anteil weiblicher Fachkräfte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin zunehmend in den Fokus arbeitsmedizinischer, rechtlicher und organisationaler Betrachtungen. Der interdisziplinäre Arbeitsplatz Notaufnahme ist durch hohe Dynamik, fehlende Planbarkeit und eine besondere Expositionslage gegenüber physischen, infektiologischen und psychischen Belastungen gekennzeichnet.

Abkürzungen

<i>ArbSchG</i>	Arbeitsschutzgesetz
<i>CMV</i>	Zytomegalievirus
<i>CT</i>	Computertomographie
<i>DIVI</i>	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
<i>FFP2</i>	„Filtering face piece“, Klasse 2 (Atemschutzmaske)
<i>GBU</i>	Gefährdungsbeurteilung
<i>HIV</i>	Humanes Immundefizienzvirus
<i>KHK</i>	Koronare Herzkrankheit
<i>MMR</i>	Masern-Mumps-Röteln-Impfung
<i>MRGN (3/4)</i>	Multiresistente gramnegative Erreger (3-fach oder 4-fach resistent)
<i>MRSA</i>	Methicillinresistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
<i>MuSchG</i>	Mutterschutz-Regel (AfMu-Regel)
<i>MRT</i>	Magnetresonanztomographie
<i>Pat.</i>	Patient:innen
<i>PSA</i>	Persönliche Schutzausrüstung
<i>SGB VII</i>	Siebttes Buch Sozialgesetzbuch
<i>VRE</i>	Vancomycin-resistente Enterokokken

Schwangere Ärztinnen in der Notaufnahme stehen exemplarisch für das Spannungsfeld zwischen arbeitsmedizinischem Schutzauftrag und dem Anspruch auf berufliche Teilhabe. Das ausdrücklich formulierte Ziel der MuSchG-Novelle von 2018 war eine verbesserte Teilhabe und ein erweitertes Mitspracherecht der Schwangeren [18]. Die Coronapandemie führte dazu, dass die beabsichtigten Verbesserungen und die Reduktion betrieblicher Beschäftigungsverbote durch die Novelle des MuSchG 2018 bei Schwangeren einen deutlichen Rückschlag erlebten [14]. Im Positionspapier der Ärztekammer Nordrhein, das in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachgesellschaften zum Arbeiten in der Schwangerschaft entstand, wird betont, dass schwangere und stillende Mitarbeiterinnen keine Belastung, sondern eine wertvolle Ressource darstellen [2]. Ihre Weiterbeschäftigung stärkt nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die Diversität, Expertise und Resilienz interprofessioneller Teams [2].

Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Notaufnahmen variieren deutlich: In der Notaufnahme eines Maximalversorgers, in der rund um die Uhr eigene Ärzt:innen der Notaufnahme anwesend sind und eine Beobachtungsstation betreuen, auf der häufig überwachungsspflichtige Patient:innen versorgt werden, gibt es andere Bedürfnisse und Risiken als in der Notaufnahme eines Basisversorgers. Dort umfasst die ärztliche Besetzung häufig nur ein bis zwei Ärzt:innen während der Kernarbeitszeit, außerhalb dieser Zeiten übernehmen in der Regel Assistenzärzt:innen der Fachabteilungen (z.T. auf Abruf) die Versorgung. Zudem bestimmen die Größe der Klinik und ihre Standortbedingungen, etwa die Lage in einer Großstadt oder im ländlichen Raum, maßgeblich den Handlungsspielraum für Personalumsetzungen, alternative Einsatzmöglichkeiten und Nachbesetzungen bei Beschäftigungsverboten. Diese Rahmenbedingungen wirken unmittelbar auf die Bereitschaft und Motivation der Chefärzt:innen, individuelle Lösungen zur Weiterbeschäftigung schwangerer Ärztinnen zu ermöglichen.

Für die Notaufnahme/innerklinische Notfallmedizin wurde Weiterarbeiten bisher meist pauschal für schwangere Ärzt-

innen als nicht vertretbar angesehen [22], wobei in Positionspapieren anderer Fachgebiete spezifische Tätigkeiten der Notaufnahme als möglich und machbar beschrieben sind [1, 10]. Daher bedarf es einer differenzierten, arbeitsplatzspezifischen Bewertung der tatsächlichen Expositionen und Risiken.

Evidenzbasierte Erfahrungen aus operativen und intensivmedizinischen Disziplinen – insbesondere die DIVI-Empfehlungen zum Arbeiten in der Schwangerschaft auf der Intensivstation – zeigen, dass eine Weiterbeschäftigung schwangerer Ärztinnen unter klar definierten Voraussetzungen und Mitwirkung der Mitarbeiterin möglich ist [1, 10, 11, 15, 22]. Die Grundlage bildet eine strukturierte Gefährdungsbeurteilung (GBU), ergänzt durch eine lösungsorientierte Führungskultur sowie technische, organisatorische und personenbezogene Schutzmaßnahmen. Risiken wie ionisierende Strahlung, Exposition gegenüber Infektionen oder physische Belastungen lassen sich in vielen Fällen durch gezielte Maßnahmen deutlich reduzieren. Ein Ampelmodell zur Kategorisierung von Tätigkeiten und Maßnahmen – wie es bspw. in den DIVI-Empfehlungen für die Intensivmedizin systematisch dargestellt wurde – hat sich als praktisches Instrument zur differenzierten Risikobewertung und Festlegung geeigneter Bereiche gezeigt [10].

Angesichts der besonderen Expositionslage in der Notfallmedizin wäre eine frühzeitige Mitteilung der Schwangerschaft wünschenswert, um adäquate Schutzmaßnahmen und Einsatzplanungen früh zu ermöglichen. Gleichzeitig führt die Sorge vor Beschäftigungsverboten, Weiterbildungs- und Karriereverzögerungen sowie Stigmatisierung nach wie vor dazu, dass Ärztinnen ihre Schwangerschaft oft spät offenlegen [14]. Neben der verlängerten Ausbildungszeit fürchten sie den Verlust praktischer Fertigkeiten, fehlende Unterstützung, Nichtberücksichtigung bei der Besetzung von Führungspositionen (Oberarztstellen) und Stellenreduktion nach der Elternzeit. Die Schaffung eines Rahmens, der die Weiterarbeit und den Schutz von Mutter und Kind ermöglicht, würde diese Bedenken beseitigen.

Tab. 1 Einleitung der Schutzmaßnahmen nach dem STOP-Prinzip		
Schutzmaßnahme		Beispiel
S	Substitution	Ersatz eines Gefahrstoffs durch einen weniger gefährlichen Stoff
T	Technische Maßnahmen	Lärmreduktion durch Abschirmung/Kapselung von Maschinen
O	Organisatorische Maßnahmen	Verteilung von Tätigkeiten auf mehrere Personen
P	Personenbezogene Maßnahmen	Persönliche Schutzausrüstung (PSA), Einweisung, arbeitsmedizinische Vorsorge

Rechtlicher Rahmen – Mutterschutzgesetz

Das MuSchG zielt nicht auf eine pauschale Ausgrenzung Schwangerer aus dem Arbeitsalltag, sondern auf die Gestaltung eines diskriminierungsfreien Arbeitsumfelds, das den Gesundheitsschutz von Mutter und Kind mit dem Recht auf berufliche Teilhabe in Einklang bringt. Es regelt unter anderem

- den Kündigungsschutz (§ 17 MuSchG),
- die unzulässigen Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen (§§ 11–12 MuSchG),
- spezifische arbeitszeitliche Schutzvorgaben (§§ 4–6 MuSchG) sowie
- die verpflichtende individuelle GBU (§§ 10–14 MuSchG).

Zusätzlich konkretisierte der Ausschuss für Mutterschutz (AfMu) im Jahr 2023 die Vorgaben mit einer gesonderten AfMu-Regel: Ziel der Schutzmaßnahmen soll es sein, die schwangere oder stillende Frau an der Ausbildung und am Erwerbsleben teilhaben zu lassen [7].

Gefährdungsbeurteilung

Grundsätzlich muss für alle Bereiche und Tätigkeitsgruppen des Krankenhauses bereits eine anlassunabhängige GBU des Arbeitgebers vorliegen. Diese erfolgt tätigkeitsbezogen – innerhalb einer Abteilung wie der Notaufnahme können daher je nach Berufsgruppe (z.B. Pflegekraft, Ärzt:in, Verwaltung) unterschiedliche Gefährdungsprofile bestehen.

Sobald eine Schwangerschaft gemeldet wird, ist der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, eine anlassbezogene GBU durchzuführen (§ 10 MuSchG). In der Praxis zeigt sich jedoch ein deutlicher Umsetzungsrückstand: Umfragen zeigen, dass ein Drittel der schwangeren Ärztinnen keine individuelle GBU erhält [14].

Die individuelle GBU sollte sämtliche relevanten arbeitsplatzspezifischen Belas-

tungen einbeziehen – etwa körperliche Beanspruchung, Exposition gegenüber Gefahrstoffen oder ionisierender Strahlung, Arbeitszeitgestaltung, psychische und emotionale Belastungen sowie infektiologische Risiken. Betriebsärzte haben nach Arbeitssicherheitsgesetz hierbei eine beratende Funktion.

Die Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass unverantwortbare Gefährdungen für die Schwangere oder das Kind vermieden werden. Dabei muss klar sein, dass es im Leben kein Null-Risiko gibt. Das Risiko für gesundheitliche Schäden durch die berufliche Tätigkeit soll jedoch nicht höher sein als das Risiko im täglichen Leben außerhalb der Arbeit.

Für die Bewertung, wann ein Risiko als unverantwortbar gilt, dient das Bezugsmaß der sogenannten „allgegenwärtigen Gefährdungen“. Im Leitfadens zum Mutterschutz (S. 29) heißt es hierzu:

„Dies setzt voraus, dass bei Frauen, die unter bestimmten Arbeitsbedingungen arbeiten, im Vergleich zu Frauen, die den betreffenden Arbeitsbedingungen nicht ausgesetzt sind, eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer gesundheitlichen Beeinträchtigung besteht. Gefährdungen, die außerhalb des Arbeitsumfelds und unabhängig von den beruflichen Tätigkeiten in gleicher Weise bestehen (allgegenwärtige Gefährdungen), werden nicht erfasst“ [8].

Liegt das ermittelte Restrisiko oberhalb des allgemeinen Lebensrisikos, bedeutet dies nicht automatisch, dass eine Tätigkeit für Schwangere oder Stillende unzulässig ist. Zunächst sind zusätzliche Schutzmaßnahmen festzulegen, um das Risiko auf ein vertretbares Maß zu reduzieren. Erst wenn keine wirksamen Maßnahmen existieren und das verbleibende Risiko als unverantwortbar eingestuft wird, ist die Tätigkeit auszuschließen [20].

Maßgeblich ist nicht das abstrakte Berufsbild, sondern die reale Exposition im individuellen Arbeitsumfeld und die bishe-

rige Tätigkeit der Mitarbeiterin bis zur Bekanntgabe der Schwangerschaft/Stillzeit.

Liegen unverantwortbare Gefährdungen vor, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsbedingungen zunächst anzupassen (§ 13 MuSchG), abgestuft nach dem STOP-Prinzip (■ Tab. 1). Ist dies nicht möglich oder zumutbar, ist eine Umsetzung an einen anderen geeigneten Arbeitsplatz zu prüfen. Erst wenn auch dies nicht realisierbar ist, darf ein betriebliches Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden. Alle Maßnahmen sind zu dokumentieren (§ 14 MuSchG).

Praxisbeispiele zeigen, dass mit klar definierten Abläufen, enger Abstimmung mit der Betriebsmedizin und einer lösungsorientierten Führungskultur bereits innerhalb kürzester Zeit nach Bekanntgabe der Schwangerschaft eine passgenaue Tätigkeit ermöglicht werden kann. Die verantwortliche Führungskraft ist verpflichtet, die getroffenen Schutzmaßnahmen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und bei Änderungen oder Abweichungen unverzüglich anzupassen.

Das zuständige Gewerbeaufsichtsamt/ Behörde erhält eine nichtnamentliche Schwangerschaftsmeldung (§ 27 (1) MuSchG). Je nach Bundesland sind u.U. sogar mehrere Behörden zuständig. Die GBU selbst muss nur auf Verlangen der Aufsichtsbehörde vorgelegt werden (§ 27 (3) MuSchG). Da Aufsichtsbehörden aufgrund fehlender Expertise u.U. eine eher restriktive Haltung einnehmen, ist eine gute Zusammenarbeit mit dem Betriebsärztlichen Dienst wichtig, um den Kontakt zum zuständigen Sachbearbeiter zu suchen und gemeinsam die GBU einzureichen bzw. eine gemeinsame Arbeitsplatzbegehung vor Ort anzubieten [19, 22].

In Deutschland existiert zwar eine Regel zur Erstellung der GBU, die eine diskriminierungsfreie Behandlung von schwangeren Mitarbeiterinnen gewährleisten soll [7], aber für viele medizinische Fachrichtungen fehlt zur Umsetzung der gesetz-

Infobox 1

Alleinarbeit

Im novellierten MuSchG wurde der Begriff *Alleinarbeit* (§ 2 MuSchG) eingeführt: Der Arbeitgeber darf eine Schwangere nicht beschäftigen, ohne zu gewährleisten, dass sie jederzeit den Arbeitsplatz verlassen oder Hilfe erreichen kann.

lichen Vorgaben bisher eine eindeutige bundeseinheitliche Auslegung [5]. Die zuständigen Aufsichtsbehörden treffen ihre Entscheidungen zur Notwendigkeit eines betrieblichen Beschäftigungsverbots oftmals inkonsistent, selbst innerhalb desselben Bundeslands. Dadurch variiert die Risikoeinschätzung für Schwangere an vergleichbaren Arbeitsplätzen – sogar innerhalb der gleichen Klinik oder Berufsgruppe – teilweise erheblich. Die Entscheidung der Behörde über die Weiterbeschäftigung einer schwangeren Ärztin ist dabei rechtsverbindlich [17, 22].

In der GBU werden folgende Bereiche auf unzumutbare Gefährdungen betrachtet [4, 12]:

1. Arbeitszeit und -bedingungen
2. Körperliche Belastungen und mechanische Einwirkungen
3. Tätigkeiten mit Gefahrstoffen
4. Umgang mit Biostoffen (Infektionsgefährdung)
5. Physikalische Einwirkungen
6. Sonstige belastende Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen

Außerdem wird die Unterweisung auf Vorsorgemaßnahmen sowie die Festlegung der Schutzmaßnahmen in der GBU festgehalten. Eine Muster-GBU ist im Online-Zusatzmaterial angehängt [4].

Für die Notaufnahme sind folgende Tätigkeitsmerkmale von besonderer Bedeutung:

- Arbeitszeit vor 6 Uhr oder nach 20 Uhr, Tätigkeit an Sonn- und Feiertagen, Überstunden
- Ionisierende Strahlung/elektromagnetische Felder (MRT)
- Heben von Lasten 5 kg/10 kg
- Umgang mit Personen, die durch potenziell aggressives Verhalten eine Gefahr darstellen können (alkoholisierte/intoxikierte Personen, Delir/psychische Ausnahmezustände)

- Gefährdung durch belastende Schutzausrüstung
- Gefährdung durch Biostoffe – hier Infektionsrisiko und Vorhandensein einer Immunität, beruflicher Umgang mit Kindern

Die Antwort auf Fragen zu diesen Tätigkeitsmerkmalen wird in der Notaufnahme häufig „Ja“ sein. Das bedeutet, dass diesen Gefährdungen durch geeignete Schutzmaßnahmen zu begegnen ist und wahrscheinlich der Ausschluss einiger Tätigkeiten festgelegt wird, damit eine Weiterbeschäftigung der Schwangeren möglich ist. Manche Kliniken haben bereits in ihren Fragebögen markiert, welche Antworten Schutzmaßnahmen erforderlich machen.

Ein zentraler Punkt ist, dass eine Alleinarbeit einer schwangeren Ärztin in der Notaufnahme automatisch als unverantwortbare Gefährdung gesehen wird (siehe Infobox 1). Daher ist die Anwesenheit einer weiteren ärztlichen Fachkraft in der Notaufnahme bei Einsatz einer schwangeren/stillenden Ärztin unabdingbar und daher nur in Notaufnahmen mit einer gewissen Personalstärke darstellbar.

Die Unsicherheit über mögliche Schutzmaßnahmen, fehlende Kenntnis über Haftungsrisiken und der häufig überschätzte Aufwand bei Etablierung der Schutzmaßnahmen führen oft zu der Einschätzung, dass eine schwangere Ärztin nicht in der Notaufnahme arbeiten kann, und einem reflexhaften Beschäftigungsverbot.

Hier können konsentierende Leitfäden mit einem „Ampelsystem“, in dem typische notfallmedizinische Tätigkeiten anhand ihrer Zumutbarkeit während der Schwangerschaft kategorisiert werden, helfen. Sie teilen Aufgaben in drei Kategorien ein: grün (unbedenklich), gelb (mit Einschränkungen möglich) und rot (nicht erlaubt, s. **Abb. 1**). Die Einstufung basiert auf arbeitsmedizinischen Erkenntnissen, gesetzlichen Vorgaben (z. B. MuSchG, ArbSchG) und dem individuellen Gesundheitsstatus der Schwangeren.

Unterschieden wird in arbeitszeitlichen Gesundheitsschutz, betrieblichen Gesundheitsschutz und ärztlichen/medizinischen Gesundheitsschutz, das teilweise oder vollständige Beschäftigungsverbot aus medizinischen Gründen [22].

Die arbeitszeitlichen Vorgaben des Mutterschutzes lassen sich, wie im Bereich anderer medizinischer Fachrichtungen, in Abhängigkeit von der Personalstärke relativ unproblematisch umsetzen. Eine Herausforderung, besonders in kleineren Notaufnahmen, kann das Alleinarbeitsverbot der Schwangeren darstellen.

Wie eine Umsetzung des Ampelsystems auf typische Tätigkeiten von Ärztinnen in der innerklinischen Notfallmedizin aussehen kann sowie Praxisbeispiele für den Einsatz schwangerer Ärztinnen finden sich in der Tabelle im Online-Zusatzmaterial.

Infektionen/Gefahr durch Biostoffe

Die Gefährdung durch Infektionserreger steht in der Praxis häufig im Mittelpunkt der Beurteilung und wird von Vorgesetzten oftmals als Hauptargument gegen eine Weiterbeschäftigung schwangerer Ärztinnen in der Notaufnahme angeführt. Dabei gilt eine unverantwortbare Gefährdung nach § 11 Abs. 2 MuSchG als ausgeschlossen, wenn die Schwangere über einen ausreichenden Immunschutz verfügt [17].

Zusätzlich bieten Impfungen und das Tragen von FFP2-Masken schwangeren Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen Schutz [21]. Aus arbeitsmedizinischer Sicht ist das Tragen einer FFP2-Maske auch für schwangere Mitarbeiterinnen grundsätzlich zumutbar und unbedenklich, während Tätigkeiten ohne geeignete Schutzkleidung oder Atemschutz potenziell riskanter sind [21]. Für blutübertragene Biostoffe wie Hepatitis-B-, Hepatitis-C- und humane Immundefizienzviren (HIV) gilt, dass bei Einhaltung der erforderlichen Schutzmaßnahmen das berufliche Infektionsrisiko sehr gering ist und nicht über das allgemeine Infektionsrisiko in der Bevölkerung hinausgeht [6].

Schwangerschaftsrelevante Infektionserkrankungen

- Masern, Röteln und Varizellen
- Parvovirus B19 und CMV
- Hepatitis B, C und HIV
- Influenza und COVID-19
- Pertussis

Bei Nachweis von zwei dokumentierten Varizellen- oder MMR-Impfungen kann von

Zulässig/vertretbar	Mit Einschränkungen möglich	Nicht zulässig
1. Arbeitszeitlicher Gesundheitsschutz		
Arbeitszeit 6 – 20 Uhr Montag – Samstag Maximal 8,5 h/d oder 90 h in der Doppelwoche Ruhezeit mindestens 11 h Individuelle Pausen und Arbeitsunterbrechungen, Sitz- und Liege-Möglichkeit	Arbeit zwischen 20 und 22 Uhr (nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Schwangeren) siehe § 28 MuSchG Behördliches Genehmigungsverfahren für die Beschäftigung zwischen 20 und 22 Uhr) Sonn- und Feiertagsarbeit (nach Zustimmung der Mitarbeiterin möglich, siehe § 6 MuSchG)	Alleinarbeit Nachtarbeit 22 – 6 Uhr (Ausnahmegenehm. im Einzelfall nach § 29.3 (1) MuSchG möglich, keine Alleinarbeit) Überstunden
2. Betrieblicher Gesundheitsschutz		
a) Tätigkeit mit Gefahrstoffen		
	Narkosegase – siehe hierzu AfMu-Regel 11.1.01 [8]	Kontakt Zytostatika, auch in Urin/Drainage-Flüssigkeit
Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel in der Endverdünnung		
b) Tätigkeit mit Biostoffen (Infektionsrisiko)		
Nachweis ausreichender Immunität beim Umgang mit Infektionserregern Eine unverantwortbare Gefährdung kann ggf. ausgeschlossen sein, wenn die Frau über einen ausreichenden Immunstatus verfügt. Die Feststellung erfolgt üblicherweise über den Betriebsarzt, die Kosten zur Bestimmung der Immunität hat der Arbeitgeber zu tragen	Durchführung von Blutentnahmen, Legen von Venenverweilkanülen und Injektionen bei ausnahmsloser Verwendung stichsicherer Systeme	
	Biostoffe Risikogruppe 2 und 3 nach Immunstatus und mit Persönlicher Schutzausrüstung (PSA)	Kontakt mit Biostoffen Risikogruppe 4 (Ebola etc.)
	Versorgung von Pat. mit MRSA, VRE, 3 MRGN, 4 MRGN (Risikogruppe 2) mit PSA	

Abb. 1 ▲ Ampelsystem zur Risikobewertung für schwangere Ärztinnen in der innerklinischen Notfallmedizin

Immunität ausgegangen werden. Auch die meisten anderen genannten Infektionen sind impfpräventabel.

Unter den nicht impfpräventablen Virusinfektionen in Deutschland ist die nicht meldepflichtige CMV-Primärinfektion das Hauptproblem, daneben die Exposition seronegativer Schwangerer mit Parvovirus B19. Diese beiden Biostoffe werden vor allem durch Kontakte zu Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter übertragen. Der Großteil dieser Infektionen entsteht jedoch außerhalb des beruflichen Umfelds [6]. Für beide Erreger kann durch Labordiagno-

stik der Immunstatus der Schwangeren festgestellt werden. Für CMV besteht eine 42- bis 60-prozentige Durchseuchung der Schwangeren, für Parvovirus B19 liegt die Durchseuchung bei Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 69 und 72% [3].

Um das individuelle Risiko der Schwangeren einschätzen zu können, sollte der Impfstatus sowie der Immunstatus bekannt sein. So können zum Beispiel Gefährdungen durch Masern, Röteln, Windpocken, Hepatitis B und Parvovirus B19 bei erfolgten Impfungen bzw. positiven IgG-Werten vermieden werden. Wenngleich

CMV die häufigste intrauterin übertragene Infektion und die häufigste Ursache von angeborenen Langzeitschäden ist, gibt es keine Evidenz für eine erhöhte Infektionsgefährdung des medizinischen Personals. Dies ist in erster Linie den etablierten Hygiene- und Arbeitsschutzmaßnahmen zuzuschreiben, die eine effektive Expositionsreduktion gewährleisten [23].

Haftung

Ein Punkt, der in Gesprächen mit den Vorgesetzten immer wieder erwähnt wird und diese sehr beschäftigt, ist die Frage: „Wer haftet im Schadensfall?“

Grundsätzlich ist der Arbeitgeber verpflichtet, die in der individuellen GBU festgelegten Schutzmaßnahmen bereitzustellen, deren Umsetzung zu kontrollieren und ggf. zu delegieren. Dadurch kann er sich gegenüber Dritten (z. B. Patient:innen) entlasten. Die Schwangere wiederum ist persönlich verantwortlich, dass sie die vorgegebenen Schutzmaßnahmen einhält. Sollte sie eigenmächtig die Maßnahmen nicht einhalten und dadurch ein Schaden entstehen, ist sie gegenüber dem Arbeitgeber haftbar. In der Praxis ist dieses Risiko allerdings gering, da die Haftung von Arbeitnehmer:innen gegenüber Arbeitgeber:innen in Deutschland durch die Grundsätze des Arbeitsrechts deutlich eingeschränkt ist. Eine Regressforderung setzt in der Regel grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz voraus.

Gelegentlich wird angenommen, dass der Arbeitgeber haftet, wenn bei Einhaltung aller Schutzvorschriften dennoch ein Schaden an der Schwangeren oder dem ungeborenen Kind entsteht. Diese Einschätzung ist nicht zutreffend: In einem solchen Fall fehlt das für eine Haftung erforderliche Verschulden, zudem greift der Haftungsausschluss nach § 104 SGB VII [13].

Verstößt hingegen der Arbeitgeber selbst gegen die Vorgaben des Mutterschutzgesetzes, können nach § 21 MuSchG Bußgelder oder bei Vorsatz sogar Freiheitsstrafen drohen. Insgesamt gilt jedoch: „Unter Berücksichtigung der Vorschriften des Mutterschutzgesetzes übersteigt das Haftungsrisiko nicht jenes, welches der Arbeitgeber im Allgemeinen zu tragen hat“ [9].

c) Physikalische Einwirkungen		
		Elektromagnetische Felder in unmittelbarer Umgebung MRT
	Tätigkeiten im Überwachungs- und Kontrollbereich mit wöchentl. Ermittlung der berufl. Exposition (Grenzwert 1 mSv gesamte Schwangerschaft)	Tätigkeit im Sperrbereich nach StrlSchV Umgang mit radioaktiven Stoffen (z. B. nach Szintigramm)
d) Arbeitsbedingungen/belastende Arbeitsumgebung		
	Heben, Halten und Tragen von Lasten von > 5 kg bei Verwendung von Hilfsmitteln Einzelheiten siehe § 11 (5) MuSchG [23]	Heben, Halten und Tragen von Lasten von > 5 kg ohne Hilfsmittel Dauerhaftes Bücken, Hocken, erhebliches Strecken, Zwangshaltungen, ständiges Stehen nach dem 5. SS-Monat Einzelheiten siehe § 11 (5) MuSchG [23]
	Tätigkeiten mit Atemschutz und Schutzkleidung	Tätigkeiten mit hohem Verletzungsrisiko durch aggressive oder verwirrte Personen
e) Sonstige belastende Arbeitsumgebungen, psychische Belastungen		
		Passivrauch
3. Medizinischer Gesundheitsschutz		
	Aufgabenbezogenes/zeitlich befristetes ärztliches Beschäftigungsverbot aus medizinischen Gründen	Vollumfängliches ärztliches Beschäftigungsverbot aus medizinischen Gründen (§ 16 MuSchG)

Abb. 1 ▲ (Fortsetzung)

Ein juristisches Gutachten zum Operieren in der Schwangerschaft betont, dass sich in den gängigen Rechtsdatenbanken keine Rechtsprechung finden lässt, in der sich ein Arbeitgeber bei fortgeführter operativer Tätigkeit einer schwangeren Arbeitnehmerin/Ärztin für einen Schaden verantworten musste [17, 19].

Um Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen, sollte ein arbeits-/medizinrechtliches Gutachten zur Beschäftigung von Schwangeren in der Notaufnahme, analog zum Operieren in der Schwangerschaft, z.B. über die Fachgesellschaften, erstellt werden.

Diskussion

Arbeiten in der Notaufnahme wird bisher automatisch mit der Versorgung von instabilen, zeitkritischen Patient:innen und der Exposition gegenüber Blut, Sekreten und Infektionserregern und psychischem Druck gleichgesetzt – wie z.B. bei Polytrauma- oder Reanimationspatient:innen.

Bei reflektierter Analyse des Patient:innenguts der Notaufnahme sind

auch in Maximalversorgern diese Patient:innen in der Minderzahl. Nicht jede Patient:in in der Notaufnahme ist eine zeitkritische Patient:in – nur etwa 10–15% erhalten die Triagestufe rot und orange (je nach Notfallversorgungsstufe), circa 50% der Patient:innen werden in die Triagestufen grün und blau eingeschätzt [16]. Die Mehrheit der Behandlungsfälle entspricht somit einer Situation, die in ihrer Risikokonstellation häufig mit einer ambulanten oder praxisähnlichen Versorgung vergleichbar ist. Dies spiegelt sich auch in den zunehmend etablierten Fast-Track-Strukturen für weniger dringliche Patient:innen wider.

Gerade Patient:innen mit unfallbedingten, unfallchirurgisch-orthopädischen Krankheitsbildern stellen sich häufig im Krankenhaus vor, da es im niedergelassenen Bereich wenige Strukturen gibt, in denen diese Erkrankungen versorgt werden können. Unfallchirurgische Patient:innen mit stumpfem Trauma wie Distorsionen oder Patient:innen mit Rückenschmerzen stellen im Allgemeinen ein geringes Infektionsrisiko dar.

Ein evidenzbasierter Umgang mit Risiken, eine enge interdisziplinäre Kommunikation und klare innerbetriebliche Prozesse sind Schlüsselfaktoren, um eine Weiterarbeit unter Einhaltung des MuSchG zu ermöglichen. Grundlage ist dabei die strukturierte GBU, bei der nicht das Berufsbild, sondern die konkrete Arbeitsplatzexposition bewertet wird. Dabei sollten medizinisch begründete Kontraindikationen wie ionisierende Strahlung, infektiöse Hochrisikosituationen, mutagene, kanzerogene oder teratogene Gefahrstoffe, Nachtdienste oder psychisch belastende Ausnahmesituationen klar benannt werden.

Ebenso ist die individuelle Belastbarkeit der Schwangeren zu berücksichtigen. Nicht alle Schwangerschaften sind gleich: Eine gesunde Schwangere ohne Komplikationen kann unter regulierten Bedingungen weiterhin arbeiten. Im Sinne des MuSchG ist dabei die Selbstbestimmung und Partizipation der Schwangeren zu wahren: Schwangere Ärztinnen sollten das Recht haben, selbst zu entscheiden, ob sie weiterhin in der Notfallmedizin tätig sein möchten – sofern keine Kontraindikationen bestehen, Tandearbeit ermöglicht wird und Alleinarbeit ausgeschlossen ist.

Historische und kulturell geprägte Argumentationsmuster, die den Schwangeren pauschal weitreichende Schutzbedürftigkeit zuschreiben und ihnen berufliche Autonomie absprechen, müssen reflektiert werden. Das MuSchG sieht ausdrücklich die selbstbestimmte Entscheidung der Schwangeren über ihre berufliche Tätigkeit vor (§ 1 MuSchG) – ein Aspekt, der in der Praxis zu oft ignoriert wird (§ 1 MuSchG). Übervorsichtige Auslegungen, motiviert durch Rechtsunsicherheit oder Organisationsdruck, führen regelhaft zu pauschalen Beschäftigungsverboten. Dies beeinträchtigt nicht nur die berufliche Entwicklung von Frauen, sondern wirkt sich negativ auf Motivation, Identifikation und Gleichstellung aus. Hier bieten Positivlisten bzw. ein Ampelsystem möglicher Tätigkeiten eine Hilfestellung für Schwangere und Vorgesetzte bei der Erstellung der individuellen GBU.

Fazit

Die Tätigkeit schwangerer Ärztinnen in der Notfallmedizin stellt eine komplexe Herausforderung dar, in der arbeitsrechtlicher Schutz und berufliche Weiterentwicklung in Einklang gebracht werden müssen. Pauschale Beschäftigungsverbote werden dieser Realität nicht gerecht und sollten einer differenzierten, einzelfallbezogenen Betrachtung weichen. Grundlage einer sicheren und fachlich sinnvollen Weiterbeschäftigung ist eine strukturierte, evidenzbasierte Gefährdungsbeurteilung, die individuelle Belastungen systematisch erfasst und generalisierende Verbote vermeidet.

Erforderlich sind hierfür sowohl die Sensibilisierung von Führungskräften als auch die Implementierung unterstützender Maßnahmen, angepasster Einsatzmodelle und einer regelmäßigen Reevaluation. Notwendig ist ein Paradigmenwechsel: weg von einer entmündigenden Fürsorgeglogik hin zu einer professionsgerechten, evidenzbasierten und selbstbestimmten Teilhabe schwangerer Ärztinnen in der Notfallmedizin.

Ausblick

Dieses Positionspapier konzentriert sich auf die Weiterbeschäftigung schwangerer Ärztinnen in der Notaufnahme. Der DGINA als interprofessioneller Fachgesellschaft ist die Einbeziehung der anderen Berufsgruppen in der Notaufnahme wichtig. Diese, insbesondere die Pflegekräfte, benötigen ebenfalls maßgeschneiderte Schutzmaßnahmen zur sicheren Umsetzung des MuSchG. Daher ist ein weiteres Positionspapier, das modular auf diesem Manuskript aufbaut, in Planung.

Kernaussagen.

- Schwangerschaft muss für Ärztinnen in der Notaufnahme nicht automatisch ein Beschäftigungsverbot bedeuten.
- Jeder Fall muss individuell beurteilt werden, unter Berücksichtigung der Schwangerschaftsphase, eventueller Vorerkrankungen und des Immunstatus der Schwangeren.
- Das Arbeitsumfeld muss bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden, insbesondere die personelle Ausstattung, Versorgungsaufgaben

und das Patientenspektrum der jeweiligen Notaufnahme.

- Eine differenzierte individuelle Gefährdungsbeurteilung auf Grundlage des Mutterschutzgesetzes und der entsprechenden Regeln und Verordnungen in Abstimmung mit der Betriebsärzt:in ist die Grundlage für eine sichere Weiterbeschäftigung.

Korrespondenzadresse

J. Lorenz

Universitätsklinikum, Universitäres Herz- und Gefäßzentrum, Goethe-Universität Frankfurt Frankfurt am Main, Deutschland
ju.lorenz@med.uni-frankfurt.de

S. Schacher

GFO Klinik Engelskirchen, Zentrale Notaufnahme
Engelskirchen, Deutschland
sylvia.schacher@k-k-o.de

Förderung. Keine.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Lorenz, A. Binter, K. Deslogis, D. Riedlinger, N. Spitznagel, C. Hidas und S. Schacher sind Mitglieder der DGINA. S. Wicker gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Arnold H, Beck A, Mattigk A et al (2021) Schwanger in der Urologie! Urologe 60:746–752. <https://doi.org/10.1007/s00120-021-01504-w>
2. Ärztekammer Nordrhein (2023) Arbeiten in der Schwangerschaft (und Stillzeit) - Forderungen zur Verbesserung der Lage von Ärztinnen.
3. AWMF (2021) Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Viruserkrankungen S2kLeitlinie.
4. Bezirksregierung Düsseldorf (2017) Gefährdungsbeurteilung nach der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV) unter Berücksichtigung des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) und anderer Rechtsvorschriften in Verbindung mit § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). <https://baz-bl.de/wp-content/uploads/Dokumentation-Gefahrungsbeurteilung-Mutterschutz-1.pdf>
5. Bosten J, Schöpfel A, Messroghli L, Wulf H, Meybohm P (2022) Weiterbeschäftigung der schwangeren Anästhesistin nach Mutterschutzrichtlinien. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 57:372–379. <https://doi.org/10.1055/a-1744-3560>
6. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2022) Information zur Relevanz von Infektionserregern in Deutschland aus Sicht des Mutterschutzes - Grundlagendokument, Information des Ausschusses für Mutterschutz, Nr. MuSchInfo 11.2.01.
7. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023) AfMu-Regel (MuSchR) Gefährdungsbeurteilung.
8. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024) Leitfaden zum Mutterschutz - Informationen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber.
9. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024) Tätigkeiten von schwangeren Frauen mit Isofluran, Desfluran und Sevofluran in der humanmedizinischen Versorgung, Regel des Ausschusses für Mutterschutz, Nr. MuSchR 11.1.01, 2025.
10. Cornelius C, Deffner T, Hill A et al (2024) Positionspapier zum Arbeiten in der Schwangerschaft auf der Intensivstation. Med Klin Intensivmed Notfmed 119:364–372. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01122-2>
11. Dengler S, Kofler K, Kofler L et al (2024) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie – Dermatochirurgische Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 22:1056–1059. https://doi.org/10.1111/ddg.15500_g
12. DGUV Arbeitshilfe zur Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Gesetz zum Schutze von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG).
13. Diller M (2025) Arbeitgeber-Haftung bei Beschäftigung schwangerer Frauen in der Notaufnahme – persönliche Mitteilung.
14. Fortmann C, Johna S, Groß C et al (2024) Obstacles during training of pregnant doctors in Germany before and after COVID-19: is there a need for change? Innovative Surgical Sciences. <https://doi.org/10.1515/iss-2024-0021>
15. Kreuder A, Niethard M, Richardt D et al (2024) Fächerübergreifender Konsens in der Chirurgie Operative Tätigkeiten in der Schwangerschaft und Stillzeit. <https://dgou.de/aktuelles/detail/operative-taetigkeiten-in-schwangerschaft-und-stillzeit->

- faecheruebergreifendes-konsensuspapier-ab-sofort-erhaeltlich
16. Mayerhofer C, Rettl H, Graziadei I, Stummer H (2022) Validierungsstudie des deutschsprachigen Manchester Triage Systems. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 117:283–288. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00813-4>
 17. Mohr R (2020) Kurzgutachten zum urologischen Arbeiten und Operieren in der Schwangerschaft. https://www.urologenportal.de/fileadmin/MDb/Images/AG_Urologinnen/OpIdS/Rechtliches/Juristisches_Kurzgutachten_zum_urologischen_Arbeiten_in_der_Schwangerschaft.pdf
 18. MuSchG - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis. https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/. Zugegriffen: 11. Februar 2025
 19. Niethard M, Donner S (2015) Positionspapier Operieren in der Schwangerschaft (OPidS). https://dog.org/wp-content/uploads/sites/11/2024/09/Positionspapier_OPidS_FINAL.pdf
 20. Ochmann U, Wicker S (2025) Mutterschutz in der Zahnmedizin. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* in press
 21. Ochmann U, Wicker S, Michels G (2021) Schwangere Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen: Schutz durch Impfen gegen SARS-CoV-2 und Tragen von FFP2-Masken. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116:527–529. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00832-1>
 22. Weis E, Beck G, Becke-Jakob K et al. (2020) Arbeitsplatz für schwangere/stillende Ärztinnen in der Anästhesiologie, Schmerztherapie, Intensiv- und Palliativmedizin. *Anästh Intensivmed*
 23. Wicker S, Friedrichs I, Rabenau HF (2012) Seroprävalenz von Antikörpern gegen schwangerschaftsrelevante virale Infektionserreger bei Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55:923–931. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1509-0>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Position paper: work protection for pregnant physicians in the emergency department. DGINA recommendations for continued employment based on structured risk assessment

Background: The emergency department (ED) is considered a dynamic workplace with particular stresses. Until now, this has often led to general employment bans for pregnant physicians, even though the amended Maternity Protection Act (MuSchG) was intended to strengthen professional participation.

Objective: By creating a “traffic light system” with permissible activities, the possible roles for pregnant women in the ED are evaluated. This is done in line with existing lists for other—predominantly surgical—specialties. These lists are based on both the protection of the health of the woman and the child and the right to participate in working life according to MuSchG § 1. A differentiated, workplace-specific risk assessment is essential; employment bans that do not correspond to the wishes of the pregnant woman and for which there is no evidence should be avoided.

Results: Key risks in the ED (e.g., working alone, infections, aggression) can often be eliminated through targeted protective measures. A traffic light system facilitates the categorization of activities. Frequently expressed concerns about infection risks (biological substances) and employer liability are generally unfounded. Differentiated risk assessments can enable pregnant women to continue working safely.

Conclusion: Categorical rejection is often based on a generalized view (emergency medicine = high risk). Evidence-based risk management and the individual resilience of each pregnant woman are decisive factors in determining their ability to participate in the workforce in compliance with the MuSchG. Overly cautious interpretations have a negative impact on motivation and equity.

Keywords

Maternity protection · Risk assessment · Human resource management · Specialty training · Work ban