

Schwanger? So arbeiten Sie weiter – Mutterschutz neu gedacht!

Dr. med. Julia Gump¹

PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser²

Dr. med. Maya Niethard^{3,4}

¹ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Neumarkt

² Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinik Freiburg

³ Klinik für Tumororthopädie, Helios Klinikum Berlin-Buch

⁴ Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

Dr. med. Julia Gump ist Oberärztin Viszeralchirurgie im Klinikum Neumarkt. In ihrer Funktion als Vizepräsidentin der „Chirurginnen e.V.“ engagiert sie sich für einen modernen Mutterschutz ohne Diskriminierungen.

PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser ist Fachärztin für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Freiburg. Als Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes setzt sie sich dafür ein, dass Ärztinnen trotz Schwangerschaft sicher weiteroperieren können.

Dr. med. Maya Niethard ist Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie und leitende Oberärztin in der Klinik für Tumororthopädie im Helios Klinikum Berlin-Buch. Als Leiterin der Initiative Operieren in der Schwangerschaft (OPidS) und Mitglied im Expert:innenausschuss für Mutterschutz kämpft sie für eine medizinisch evidenzbasierte Beurteilung der Mutterschutzkriterien.

„Die Diskriminierung von schwangeren Frauen im ärztlichen Beruf muss enden!“ – so ein Apell, der im August von einer gemeinsamen Initiative des Deutschen Ärztinnenbunds (DÄB), der Initiative „Operieren in der Schwangerschaft“ (OpidS) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und dem Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (VLK) in einem Brief an alle Chefärztinnen und Chefärzte gerichtet wurde. Aber was sind die Hintergründe? Nach wie vor ist die Bekanntgabe einer Schwangerschaft gleichbedeutend mit einer sofortigen Umstrukturierung des Arbeitsplatzes, häufiger noch einem unmittelbaren Beschäftigungsverbot. Dabei ist laut einer Umfrage des BDC und der Initiative OPidS 2020 unter fast 2300 Chirurginnen die Hauptmotivation von Schwangeren ihre Tätigkeit fortzuführen mit über 90% die Freude am Operieren. [1]

„Hier arbeiten sie adäquat ärztlich weiter“ – ein Label des Deutschen Ärztinnenbunds.

Laut DÄB sehen sich hier 43% der Ärztinnen und Medizinstudentinnen in ihrer beruflichen Entwicklung behindert [2]. Um dies zu ändern, setzt der DÄB auf Positivbeispiele und erstellt seit Februar eine Liste von Praxen, Krankenhäusern und Kliniken, in denen schwangere Frauen ohne zeitliche Nachteile während ihrer Schwangerschaft weiterarbeiten können. Gemeldet werden die Einrichtungen von Mitarbeitenden, der DÄB überprüft die Übernahme auf die Positivliste in Bezug auf mögliches Weiterarbeiten aufgrund des Mutterschutzgesetzes einerseits sowie aufgrund der aktuellen Coronapandemie andererseits. „Diese Vorbilder im Medizinbereich möchten wir gerne weiter unterstützen und stellen ihnen einen Button zur Online-Verwendung zur Verfügung, mit dem sie auf ihre besondere Leistung für Vereinbarkeit hinweisen können“, sagt PD Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser, Vizepräsidentin des DÄB und Beauftragte des DÄB-Vorstands für das Thema.

Die Initiative OpidS – seit 2015 aktiv

Dabei wünschen sich viele Ärztinnen, während der Schwangerschaft patientennah und auch operativ zu arbeiten; dieser Wunsch ist alles andere als neu: Bereits 2015 wurde von der Initiative OPidS ein Positionspapier erarbeitet und auf <http://www.opids.de> veröffentlicht, in dem konkret auf potenzielle Gefährdungen im OP, namentlich Infektionen, Strahlenschutz und Röntgenstrahlung, eingegangen wird und in dem Lösungen, z.B. durch Umgestaltung von Arbeitsplätzen vorgestellt wurden. [3] Bereits damals wurde klar gezeigt, dass ein aktives und patientennahes Weiterarbeiten auch ohne Gefährdung der Mutter und des Kindes möglich ist. Das Positionspapier und die Initiatorinnen fanden bei der Neufassung des Mutterschutzgesetzes von 2018 Gehör: Eine individuelle Gefährdungsbeurteilung rückte statt generellen Beschäftigungsverboten in den Fokus:

Grundsätzlich lässt sich die Frage, ob eine sichere Weiterbeschäftigung, auch aktiv im OP, während einer Schwangerschaft möglich ist, mit einem klaren „Ja“ beantworten, sagt Dr. Maya Niethard, Leiterin der Initiative OPidS sowie der gleichnamigen AG im Verein „Die Chirurginnen e.V.“: Laut §10 Mutterschutzgesetz (MuSchG) ist der Arbeitgeber mit Mitteilung der Schwangerschaft verpflichtet, den Arbeitsplatz der Schwangeren **individuell** zu prüfen und ggf. anzupassen. Dabei ist nach §13 MuSchG folgende Rangfolge der Anpassungen des Arbeitsumfeldes einzuhalten: 1. Umgestaltung durch Schutzmaßnahmen 2. Einsatz an einem anderen geeigneten, zumutbaren Arbeitsplatz 3. betriebliches Beschäftigungsverbot. Und: Eine Umgestaltung wie unter 1. gefordert bedeutet übrigens nicht die automatische Versetzung z. B. in die Ambulanzprechstunde, sondern das kluge Reflektieren, inwiefern die Schwangere weiter an ihrem eigentlichen Arbeitsplatz eingesetzt werden kann, z.B. bei elektiven Eingriffen ohne Gasnarkose, ionisierende Strahlung, oder Infektionsgefährdung. [4]

Betriebliches vs. Ärztliches Beschäftigungsverbot

Tatsächlich darf das betriebliche Beschäftigungsverbot nur ausgesprochen werden, wenn der Arbeitsplatz nicht angepasst werden kann und eine „unverantwortbare Gefährdung“ vorliegt. Die Schwangere selbst hat zudem nach §14 Abs. 2 einen Informationsanspruch auf die Ergebnisse der mutterschutzspezifischen Gefährdungsbeurteilung für ihren Arbeitsplatz. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese gesetzlich vorgeschriebene Reihenfolge in den meisten Fällen nicht eingehalten wird- und häufig den Verantwortlichen gar nicht bekannt ist. Häufig bedeutet schwanger gleichzeitig Beschäftigungsverbot – so hat es sich in den Köpfen aller Beteiligten festgesetzt. Mögliche Ursache ist die Scheu vor dem bürokratischen Aufwand einer individuellen Gefährdungsprüfung. Dabei sind von den Aufsichtsbehörden und auf www.opids.de Arbeitshilfen verfügbar, [3] die die Beurteilung vereinfachen. Diese Beurteilungen sind gesetzlich sogar anlasslos vorgeschrieben, also noch bevor eine Mitarbeiterin überhaupt schwanger ist. Zu beachten ist: Die Gefährdungsprüfung seitens des Arbeitgebers ist nach §10 MuSchG gesetzlich zwingend und „pauschale Angaben zur Vermeidung generalisierender Risiken“ verbieten sich. [5,6] Der Aufwand ist überschaubar, insbesondere wenn für die jeweilige Abteilung bereits eine anlasslose Analyse vorliegt.

Zu unterscheiden sind das **betriebliche** Beschäftigungsverbot, das auf organisatorische und betriebliche Fragen fokussiert und das **ärztliche** Beschäftigungsverbot, welches beispielsweise bei problematischer Schwangerschaft physischer oder psychischer Natur ausgesprochen werden kann und muss (§16 Abs. 1 MuSchG). Diese beiden Beschäftigungsverbote unterscheiden sich nicht in ihrer Wirkung: die arbeitsvertraglichen Hauptpflichten ruhen, das Arbeitsverhältnis endet jedoch nicht.

Ein weiterer Faktor, der im Gesundheitswesen die Aussprache eines pauschalen betrieblichen Beschäftigungsverbot befördert sind der allgegenwärtige Fachkräftemangel und die dünnen Personaldecken. Durch die vollständige Kostenerstattung durch die Krankenkassen bei ausgesprochenem Beschäftigungsverbot für eine Schwangere wird die Möglichkeit einer sinnvollen

Weiterbeschäftigung teilweise unzulänglich geprüft, da dadurch aus Sicht der Arbeitgeber eine „minderwertige“ Arbeitskraft weiterbeschäftigt wird, die z.B. nicht am Dienstsysteem teilnehmen darf. [4] Dabei können gerade aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels frei werdende Stellen zur Zeit nicht adhoc nachbesetzt werden und die Weiterbeschäftigung einer eingearbeiteten Schwangeren unter Schutzmaßnahmen erscheint die einzig sinnvolle und juristisch korrekte Lösung. Hier ist eine politische Lösung gefragt, die dem Fachkräftemangel entgegenwirkt und so ein Arbeitsumfeld schafft, der die gefähderungsfreie Weiterbeschäftigung einer Schwangeren ermöglicht. [7]

Schutz der Mutter und des Kindes

Dass die Schutzmaßnahmen des MuSchG sinnvoll sind, zeigt eine aktuell im JAMA of Surgery publizierte Studie, [8] die in den USA bei schwangeren Chirurgen eine erhöhte Komplikationsrate für Schwangerschaft und Geburt beschreibt. Allerdings hinkt ein Vergleich mit dem deutschen Arbeitsplatz Chirurgie: Arbeitsschutzrechtliche Vorgaben, wie sie in Deutschland im Mutterschutzgesetz verankert sind, gelten in den USA nicht. Die in der Studie identifizierten Risikofaktoren (erhöhte Dienstbelastung, überlange OP-Zeiten) werden in Deutschland durch das geltende MuSchG vollständig vermieden und sind auch Bestandteil der individuellen Gefährdungsbeurteilung. Allerdings zeigt die Studie, dass der Umgang mit dem Mutterschutzgesetz so verbessert werden muss, dass Schwangere die Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft nicht aus Angst vor Benachteiligung hinauszögern, sondern früh von den sinnvollen Maßnahmen des Mutterschutzes profitieren, ohne dadurch Diskriminierung zu erfahren.

Rolle der Aufsichtsbehörden

Ein Problem leitender Ärztinnen und Ärzte ist die oft restriktive Haltung der Aufsichtsbehörden (i.d.R. Gewerbeaufsichtsamter), bei denen häufig die Expertise für den Arbeitsplatz der „Chirurgin“ fehlt. Umso wichtiger ist daher die individuelle Gefährdungsprüfung durch die Abteilung selbst, in Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst, jedoch auch nicht durch diesen allein. Wichtig: Die Aufsichtsbehörden haben eine beratende Funktion und dürfen kein betriebliches Beschäftigungsverbot aussprechen, auch wenn es in der Vergangenheit Berichte gegeben hat, in denen Aufsichtsbehörden dieses getan haben. Weisungskompetenz gegenüber den Arbeitgebern haben die Behörden nicht, genau hier liegt die Handhabe der leitenden Chirurgen und Chirurgen in Zusammenarbeit mit ihren schwangeren Mitarbeiterinnen.

Covid 19

Die Änderung des Mutterschutzgesetzes 2018 hat durch die Fokussierung auf die individuelle Arbeitsplatzsituation eigentlich Besserung entsprechend der Risikoeinschätzung für Schwangere erhoffen lassen. Doch die flächendeckende Umsetzung blieb aus: Mit Einsetzen der Covid-19-Pandemie kam eine ganz neue Gefährdung hinzu, aufgrund derer regelmäßig ein unmittelbares pauschales Beschäftigungsverbot für schwangere Ärztinnen und Pflegekräfte ausgesprochen wurde. Zu Beginn der Pandemie war dieses Vorgehen sicherlich richtig. Seit der flächendeckenden Impfmaßnahmen wurden seit Frühjahr 2022 in den meisten Bereichen Infektionsschutzmaßnahmen weitreichend gelockert. Hiervon blieb das „Quasi-Beschäftigungsverbot“ für Ärztinnen jedoch unberührt- mit gravierenden Konsequenzen für deren Aus- und Weiterbildung. Dabei sind flächendeckende Testungen etabliert: Patienten gehen ohne aktuellen PCR-Test in der Regel nicht in den OP-Saal, es besteht eine Impfpflicht für medizinisches Personal, das Risiko einer

Tröpfcheninfektion wird durch das obligate Tragen von Masken, durch Laminar-Air-Flow und geschlossene Beatmungssysteme minimiert, so dass der Arbeitsplatz im OP-Saal in Bezug auf eine Ansteckung mit Covid-19 zu den sichersten überhaupt gezählt werden kann. [9] Diese Einschätzung wird durch die 09/2022 aktualisierte Empfehlung zur mutterschutzrechtlichen Bewertung von Gefährdungen durch SARS-CoV-2 des Expert:innen -Ausschuss für Mutterschutz unterstützt. [10]

Zusammenfassend ist eine Weiterbeschäftigung von Schwangeren in der Chirurgie ohne Gefährdung von Mutter und Kind definitiv möglich und zwar patientennah und im OP! Daran hat auch die Corona-Pandemie nichts geändert, im Gegenteil: Eine chirurgische Abteilung zählt derzeit diesbezüglich zu den sichersten Arbeitsplätzen. Aufsichtsbehörden dürfen kein betriebliches Beschäftigungsverbot aussprechen. Wir empfehlen eine – auch anlasslose – Gefährdungsprüfung mit Hilfe der verfügbaren Handreichungen für die eigene Abteilung durchzuführen, die dann die gesetzlich vorgeschriebene individuelle Prüfung im konkreten Fall einer Schwangerschaft erleichtert. Massive Umgestaltungen der Arbeitsplätze sind in aller Regel nicht erforderlich. In der AG OPidS der Chirurgeninnen e.V. organisieren sich Chirurgeninnen aller Fachdisziplinen um gemeinsam mit ihren Fachgesellschaften offizielle Positionspapiere/Kataloge zu erarbeiten. Analog zum Positionspapier OPidS der DGOU können diese als Grundlage für die Gefährdungsbeurteilung fachbereichsspezifischer Eingriffe herangezogen werden können. Weit vorangeschritten sind hier z. B. die Urologie [11] und Thoraxchirurgie [12] weitere werden folgen. Denn wer sollte die Beurteilung eines Arbeitsplatzes in Bezug auf Gefährdungen besser beurteilen können als die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte?

Initiativen wie OPidS oder auch der DÄB stehen mit ausführlichen Materialien und beratend zur Verfügung. Zur Unterstützung bei der Suche nach Abteilungen, die Ärztinnen trotz Schwangerschaft patientennahes Weiterarbeiten ermöglichen, können sich Ärztinnen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung am Button des DÄB orientieren. Dieser wurde vor Kurzem erstmalig an diverse Abteilungen verliehen und wird regelmäßig auf dessen Aktualität und Richtigkeit überprüft.

„Bei einer korrekt erfolgten individuellen Gefährdungsbeurteilung gehören pauschale betriebliche Beschäftigungsverbote bald der Vergangenheit an“ – hoffen die Autorinnen...

Weitere ausführliche Informationen unter: <http://www.opids.de> und beim DÄB (https://www.aerztinnenbund.de/Schwangerschaft_und_Mutterschutzgesetz.0.375.1.html)



DÄB-Siegel, mit freundlicher Genehmigung des Ärztinnenbunds. <http://www.aerztinnenbund.de>

DGOJ
Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

B Operieren in der
Schwangerschaft
www.OPidS.de

mit freundlicher Genehmigung der DGOU und OPidS

Literaturverzeichnis

- [1] Fritze-Büttner F, Toth B, Bühren A, Schlosser K, Schierholz S, Rumpel B et al. Surgery during pregnancy - results of a German questionnaire. *Innovative surgical sciences* 2020;5(1-2):21–6.
- [2] B. Puhahn-Schmeiser B., E. Hennel, C. Gross, H. Raestrup, A. Bühren, M. Mangler. Female physician and pregnancy- Effect of the amended German Maternity Protection Act on female doctors' careers: in review.
- [3] Niethard M., Donner S. Positionspapier "Operieren in der Schwangerschaft" www.opids.de.
- [4] Matthiessen-Kreuder U. Das betriebliche Beschäftigungsverbot für schwangere Ärztinnen - ein kritischer Bericht aus der anwaltlichen Praxis. *djbZ* 2022(3):123–6.
- [5] Kreuder T., Matthiessen-Kreuder U. HK-ArbR. In: Rdnr. 169 zu §§611, 611a BGB.
- [6] Nebe K. Betrieblicher Mutterschutz ohne Diskriminierungen: Die RL 92/85 und ihre Konsequenzen für das deutsche Mutterschutzrecht. 1st ed. Baden-Baden: Nomos; 2006.
- [7] Svenja Krück PF. Der schmale Grat: Ist ärztliches Arbeiten mit dem Mutterschutzgesetz vereinbar? *Hessisches Ärzteblatt* 2022;11.
- [8] Rangel EL, Castillo-Angeles M, Easter SR, Atkinson RB, Gosain A, Hu Y-Y et al. Incidence of Infertility and Pregnancy Complications in US Female Surgeons. *JAMA surgery* 2021;156(10):905–15.
- [9] Ochmann U, Wicker S, Michels G. Schwangere Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen: Schutz durch Impfen gegen SARS-CoV-2 und Tragen von FFP2-Masken. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2021;116(6):527–9.
- [10] Ausschuss für Mutterschutz beim BMFSFJ. Empfehlung zur mutterschutzrechtlichen Bewertung von Gefährdungen durch SARS-CoV-2.
- [11] Arnold H, Beck A, Mattigk A, Himmler M, Harke NN, Ostau N von et al. Schwanger in der Urologie! Einschätzungen von Chefärzt*innen und Darlegung haftungsrechtlicher Risiken. *Der Urologe. Ausg. A* 2021;60(6):746–52.
- [12] Klotz L., Metelmann I. et al. Operieren in der Schwangerschaft und Stillzeit (Opids) in der Thoraxchirurgie – ein interdisziplinäres Konsensuspapier. *Zentralblatt Chirurgie* 2022(10):eingereicht.