

Urologe

<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01504-w>

Angenommen: 28. Februar 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



H Arnold¹ · A Beck² · A Mattigk³ · M Himmler⁴ · N. N. Harke⁵ · N. von Ostau⁶ · U. H. Necknig⁷

¹ Urologie Arnold, Urologische Facharztpraxis, Senden, Deutschland

² Klinik für Urologie, Katholisches Marienkrankenhaus, Hamburg, Deutschland

³ Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

⁴ Klinik für Urologie und Urochirurgie, Universitätsklinikum Mannheim, Mannheim, Deutschland

⁵ Klinik für Urologie und Urologische Onkologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

⁶ Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Uroonkologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

⁷ Abteilung für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH, Garmisch-Partenkirchen, Deutschland

Schwanger in der Urologie!

Einschätzungen von Chefärzt*innen und Darlegung haftungsrechtlicher Risiken

Einleitung

Das deutsche Mutterschutzgesetz (MuSchG) schützt die Gesundheit der Frau und ihres Kindes während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit [9]. Es wurde nach mehr als 60 Jahren überarbeitet und trat 2018 reformiert in Kraft. Als es 1952 in der BRD niedergeschrieben wurde, mussten Frauen ihre Ehemänner noch um Erlaubnis bitten, einer Lohnarbeit nachzugehen zu dürfen. Heutzutage sind Urolog*innen eine Selbstverständlichkeit mit stetig steigendem Frauenanteil [13]. War 1994 jede*r fünfte Urolog*in in Weiterbildung weiblich (69/355), ist 2017 bereits fast jeder Dritte (31%) Weiterbildungsassistent*in eine Frau (304/982; [4]). Die Bundesärztekammer registrierte einen Anstieg der urologischen Fachärztinnen von 4,5% (162/3471) im Jahr 1991 auf 16,8% (1374/6779) im Jahr 2019 [3]. In einer 2015 durchgeführten Weiterbildungsumfrage unter urologischen Assistent*innen der GeSRU (German Society of Residents in Urology e.V.) waren 55% Frauen (260/472). 76% dieser Befragten gaben an, dass sie theoretisch als Schwangere weiterhin im OP arbeiten und operieren möchten [1]. Auch in Befragungen anderer chirurgischen Disziplinen würden sich fast 80% der befragten Chirurginnen/

Gynäkologinnen (wieder) für eine operative Tätigkeit in der Schwangerschaft entscheiden [2, 5, 6]. Dieser Wunsch der Schwangeren, operativ tätig zu sein, steht (sofern der Schutz von Mutter und Kind gegeben ist) im Einklang mit dem MuSchG. Frauen sollen durch Schwangerschaft und Stillzeit keine Nachteile im Beruf erleiden und die selbstbestimmte Entscheidung über ihre Erwerbstätigkeit darf nicht verletzt werden [7, 9].

Neuregelung des Mutterschutzgesetzes

Die Neuregelung des MuSchG schließt das Arbeiten und Operieren von schwangeren Urologinnen grundsätzlich nicht aus, sondern hält den Arbeitgeber vielmehr dazu an, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen. Es steht nun verstärkt der Arbeitsschutz im Vordergrund, indem Arbeitsverbote gegen den Willen der Schwangeren vermieden werden sollen. Ziel des Gesetzgebers ist es, die weitere Beschäftigung einer schwangeren Frau bis zur Entbindung zu ermöglichen und somit die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf zu fördern.

Verpflichtung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber wird künftig zu einer verantwortungsvollen Abwägung verpflichtet, die sich einerseits aus dem Gesundheitsschutz der stillenden/schwangeren Frau und ihrem (ungeborenen) Kind und andererseits aus der selbstbestimmten Entscheidung über ihre Erwerbstätigkeit ergibt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu klären, wie urologische Chefärzt*innen die aktuelle Situation einschätzen. Darüber hinaus wollen wir durch ein juristisches Gutachten haftungsrechtliche Risiken vs. Gesundheitsrisiken darstellen.

Material und Methode

Von Juli bis Oktober 2019 wurde von der Task Force Familie und Beruf der Arbeitsgemeinschaft Junge Urologen der deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) ein anonymer Online-Fragebogen über den Emailverteiler der DGU an alle urologischen Chefärzt*innen in Deutschland versendet. Der Bogen umfasste organisatorische Fragen zum Vorliegen einer Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes in den jeweiligen Kliniken und der Bekanntgabe des Zeitpunkts einer Schwangerschaft sowie zu den Einsatzmöglichkeiten und Tätigkeitsfeldern

Tab. 1 Einschätzung der Einsatzmöglichkeiten schwangerer Ärztinnen in den Abteilungen durch die Chefärzt*innen^a

Bereiche	Antworten (n [%])
Station	57 (91,9)
Administration (Briefe, Entlassungsgespräche)	60 (96,8)
Schnitt-OP	23 (37,1)
Endourologischer OP	23 (37,1)
Notaufnahme	17 (27,4)
Ambulanz	45 (72,6)
Röntgen	0
Sonstiges (Freitexteingabe)	13 (21,0)
Patientenaufnahme (prästationär, stationär)	
Urodynamik, Spezialsprechstunden	
Laparoskopische und roboterassistierte Eingriffe	
Strukturiertes roboterassistiertes Simulatortraining (modulare OP-Ausbildung)	
Berücksichtigung individueller Gefährdungsbeurteilung	
Berücksichtigung individueller Entscheidung/Vorstellung der Schwangeren	

^an = 62, Mehrfachnennungen möglich**Tab. 2** Unterstützungswünsche der 62 Chefärzt*innen vom Arbeitgeber für einen reibungsloseren Ablauf bei ggf. eingeschränkter Einsatzmöglichkeit der schwangeren Mitarbeiterin

Unterstützungswünsche der Chefärzt*innen von Arbeitgeberseite	Antworten (n [%]) ^a
Stellenausgleich überlappend	51 (82,3)
Informationsschulung der Mitarbeiter*innen über Einsatzmöglichkeiten und Risiken vor Eintritt einer Schwangerschaft	36 (58,1)
Unterstützung der Personalabteilung bei Umsetzung von Teilzeitmodellen bei Wiedereinstieg der Mitarbeiterinnen nach Elternzeit	44 (71,0)
Sonstiges	6 (9,7)
Euro- statt VK-Personalbudgets zur flexibleren Planung, klare Beschreibung des Einsatzes, klare rechtliche Beurteilung, da derzeit durch den Betriebsarzt faktisch ein partielles Berufsverbot erfolgt, Umsetzung der Wünsche der Schwangeren in Eigenregie, Wille der Mitarbeiterinnen Schwangerschaft nicht als Krankheit zu sehen	

^an = 62, Mehrfachnennungen möglich

von schwangeren Mitarbeiterinnen in der Urologie. Zusätzlich wurde die Kanzlei Mohr mit der Erstellung eines juristischen Kurzgutachtens zu folgendem Thema beauftragt: „Das ärztliche Arbeiten und Operieren in der Schwangerschaft unter konkreter Bezugnahme auf das Fach Urologie einschließlich etwaiger Haftungsrisiken“. Die Finanzierung des Gutachtens erfolgte von Juni bis Oktober 2020 mit einer Crowdfunding-Kampagne [11] durch Spenden von 69 Privatpersonen und mit Unterstützung der GeSRU.

Ergebnisse

Einschätzung der Chefärzt*innen

An der Umfrage nahmen 62 von 340 angeschriebenen Chefärzt*innen teil (18,2%). 93,5% der Chefärzt*innen erachteten eine vorausschauende Gefährdungsbeurteilung für Schwangere für sinnvoll und in 72,6% der Abteilungen war eine solche bereits etabliert. Laut Einschätzung der Teilnehmer geben 67,8% der Mitarbeiterinnen ihre Schwangerschaft vor Vollendung der 12. Schwangerschaftswoche (SSW) bekannt. Knapp ein Drittel der leitenden Ärzt*innen (30,6%) registrieren, dass die Mitarbeiterinnen eine Schwangerschaft

bewusst verspätet bekannt geben, um ohne Einschränkung weiterarbeiten zu können bzw. um die Weiterbildungszeit nicht zu verlängern. Die Einsatzmöglichkeiten wegen der Gefährdungen in der Schwangerschaft wurden von den meisten urologischen Chefs (62,9%) relativ restriktiv angegeben; nur 37,1% der Befragten können sich einen Einsatz der Schwangeren bei endourologischen oder offenchirurgischen Operationen vorstellen (■ Tab. 1). Zwei Chefärzt*innen wiesen im Freitext auf Einsatzmöglichkeiten bei laparoskopischen/roboterassistierten Eingriffen/bzw. Simulatortrainings an. In den freien Kommentaren wurde von den Vorgesetzten mehrfach auf die individuelle Gefährdungsbeurteilung bzw. die individuelle Entscheidung/Vorstellung der Schwangeren bezüglich ihres Tätigkeitsfeldes verwiesen.

Als Unterstützung vom Arbeitgeber/Verwaltung wünschen sich 82,3% der befragten Chefs einen überlappenden Stellenausgleich, 71,0% wünschen sich Unterstützung von der Personalabteilung bei der Umsetzung von Teilzeitmodellen beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit und 58,1% befürworten eine Informationsschulung der Mitarbeiter*innen über Einsatzmöglichkeiten und Risiken am Arbeitsplatz bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft. In den freien Kommentaren zur Frage nach Unterstützung vom Arbeitgeber wurden von den Chefärzt*innen zudem ein flexibleres Personalbudget und eine klare, rechtlich abgesicherte Einsatzbeschreibung von Schwangeren gewünscht (■ Tab. 2).

Darlegung haftungsrechtlicher Risiken

Das juristische Fachgutachten von Mohr (2020) stellt folgende Sachlage fest: „Unter Berücksichtigung der Vorschriften des Mutterschutzgesetzes übersteigt das Haftungsrisiko nicht jenes, welches der Arbeitgeber im Allgemeinen zu tragen hat“ [8]. Der Arbeitsschutz steht im Vordergrund, indem Arbeitsverbote gegen den Willen der Schwangeren vermieden werden sollen. „In den gängigen Rechtsdatenbanken lässt sich keine Rechtsprechung für den Fall finden, dass ein Arbeitgeber bei fortgeführter opera-

Urologe <https://doi.org/10.1007/s00120-021-01504-w>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

H. Arnold · A. Beck · A. Mattigk · M. Himmler · N. N. Harke · N. von Ostau · U. H. Necknig

Schwanger in der Urologie! Einschätzungen von Chefärzt*innen und Darlegung haftungsrechtlicher Risiken

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung. In Deutschland werden jedes Jahr ca. 1500 Ärztinnen schwanger. Dies betrifft auch das Fach Urologie. Die Bekanntgabe einer Schwangerschaft trifft bei Chefärzt*innen und Kolleg*innen oftmals auf Unkenntnis und offene Fragen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu klären, wie urologische Chefärzt*innen die aktuelle Situation einschätzen sowie haftungsrechtliche Risiken vs. Gesundheitsrisiken darzustellen. **Material und Methode.** Von Juli bis Oktober 2019 wurde von der Arbeitsgemeinschaft Junge Urolog*innen der deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) ein anonymer Online Fragebogen an 340 Chefärzt*innen via E-Mail versendet. Gefragt wurde zur Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes, zum Zeitpunkt einer Schwangerschaftsbekanntgabe sowie zu

den Einsatzmöglichkeiten von schwangeren Mitarbeiter*innen in der Urologie. Zudem beauftragten wir eine Kanzlei mit der Erstellung eines juristischen Kurzgutachtens zum Thema: Das ärztliche Arbeiten und Operieren in der Schwangerschaft unter konkreter Bezugnahme auf das Fach Urologie einschließlich etwaiger Haftungsrisiken. **Ergebnisse.** An der Umfrage nahmen 62 Chefärzt*innen teil (18,2%). 93,5% der Befragten erachteten eine vorausschauende Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes für Schwangere für sinnvoll; 82,3% wünschen sich als Unterstützung vom Arbeitgeber einen überlappenden Stellenausgleich. Den Einsatz im Operationssaal schätzen die Teilnehmenden restriktiv (62,9%) ein. Unter Berücksichtigung der Vorschriften

des Mutterschutzgesetzes übersteigt das Haftungsrisiko nicht jenes, welches der Arbeitgeber i. Allg. zu tragen hat. **Schlussfolgerung.** Durch die Novellierung des Mutterschutzgesetzes (MuSchuG) hat sich die Realität für Urolog*innen nicht grundlegend verändert. Die individuelle Gefährdungsbeurteilung gibt jedoch Gelegenheit, konkrete Schutzmaßnahmen – auch für den Operationssaal – mit dem Arbeitgeber zu entwickeln. Ziel muss es sein, schwangere Frauen künftig bei der Geltendmachung ihrer Rechte stärker zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Mutterschutzgesetz · Nachwuchsmangel · Arbeitsschutz · Operative Tätigkeit · Gefährdungsbeurteilung Arbeitsplatz

Working pregnant in urology! Assessments by chief physicians and presentation of liability risks

Abstract

Background and objectives. In Germany, approximately 1500 female physicians become pregnant each year. This also applies to urologists. The announcement of a pregnancy is often met with ignorance and unanswered questions by chief physicians and colleagues. The aim of this study is to clarify how urological chief physicians assess the current situation and to present liability risks versus health risks. **Materials and methods.** From July to October 2019, an anonymous online questionnaire was sent to 340 chief physicians by the Working Group Young Urologists of the German Society of Urology (DGU). The questionnaire asked about the risk assessment of the workplace, the timing of a pregnancy announcement,

and the employment possibilities of pregnant employees in urology. In addition, a law firm was commissioned to prepare a brief legal opinion on the topic of medical work and surgery during pregnancy with specific reference to the field of urology, including any liability risks. **Results.** In all, 62 chief physicians participated in the survey (18.2%): 93.5% of the respondents considered an anticipatory risk assessment of the workplace for pregnant women to be useful; 82.3% would appreciate an overlapping recruitment by the employer. Respondents (62.9%) were skeptical of pregnant employees operating. Taking into account the regulations of the Maternity Protection Act, the liability risk does not

exceed that which the employer generally has to bear. **Conclusion.** The amendment of the Maternity Protection Act has not fundamentally changed the reality for female urologists. However, the individual risk assessment provides an opportunity to develop concrete protective measures—also for the operating room—with the employer. The aim must be to provide pregnant women with greater support in asserting their rights in the future.

Keywords

Maternity Protection Act · Shortage of junior staff · Occupational health and safety · Operational activity · Risk assessment workplace

tiver Beschäftigung einer schwangeren Ärztin für einen Schaden haften musste“ [8].

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, eine generelle sowie konkrete Gefährdungsbeurteilung zu erstellen. Fehlt diese, stellt es eine Ordnungswidrigkeit dar und wird mit einem Bußgeld geahndet [8, 10].

Die schwangere Arbeitnehmerin ist persönlich für die Einhaltung der – aufgrund der Gefährdungsbeurteilung – ergangenen Schutzmaßnahmen verant-

wortlich. Im Falle der Nichteinhaltung haftet die werdende Mutter gegenüber dem Arbeitgeber, sofern er von Dritten aufgrund eines Schadens in Anspruch genommen wird. Entsteht ein Schaden bei der Mutter oder dem ungeborenen Kind trotz Befolgung der Schutzmaßnahmen, hat der Arbeitgeber diesen zu verantworten. Ordnungswidrigkeiten bzw. Straftaten verjähren je nach Paragraph nach 6–36 Monaten [10].

Diskussion

In Deutschland werden jedes Jahr ca. 1500 Ärztinnen schwanger. Die Bekanntgabe einer Schwangerschaft löst bei Chef*in und Kolleg*innen selten Jubelschreie aus. Oftmals trifft sie auf Unkenntnis und offene Fragen. Meist folgt ein Beschäftigungsverbot im Operationssaal. Mohr schreibt „Ersatzweise werden Aufgaben zugeteilt, die nicht nur zu einem dauerhaft hektischen Kran-

Tab. 3 Immunitätsempfehlungen ^a	
Impfempfehlungen STIKO für Chirurgie ^a	Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen (TORCH) ^b
Masern ^c	Toxoplasmose
Mumps ^c	Others (Parvovirus B 19,
Röteln ^c	Chlamydien, Streptokok-
Varizellen	ken B, Hepatitis, HIV, Coxa-
(Windpocken) ^c	ckie-Virus, Lues, Listeriose,
Pertussis (Keuch-	Masern, Mumps, Gono-
husten)	kokken, Mykoplasmen,
Tetanus	Trichomonaden)
Diphtherie	Röteln
Poliomyelitis	Zytomegalie
(Kinderlähmung)	Herpesviren (Herpes sim-
Influenza	plex, Varizellen)
Hepatitis A	
Hepatitis B ^c	

STIKO ständige Impfkommission
^aOffizielle SARS-CoV-2-Empfehlung („severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“) noch ausstehend
^bS2k-Leitlinien 093-001
^cLebendimpfungen

kenhausalltag führen, sondern teilweise sogar körperlich belastender sind als die geregelte Tätigkeit im Operationssaal. Damit die Ärztinnen trotzdem die für den Facharzt katalog erforderlichen Eingriffe tätigen können, kommt es weiterhin zur Verheimlichung der Schwangerschaft vor dem Arbeitgeber“ [5, 8]. Auch 30,6% der Chefärzt*innen hatten der Eindruck, dass die Mitarbeiterinnen eine Schwangerschaft verspätet bekannt geben, um ohne Einschränkung weiterarbeiten zu können bzw. um die Weiterbildungszeit nicht zu verlängern. Laut Einschätzung der Befragten geben die meisten Mitarbeiterinnen (67,8%) ihre Schwangerschaft vor Beginn der 13. SSW dem Vorgesetzten bekannt. Diese Einschätzung widerspricht der Erhebung von Knieper et al. [5]. An deren Studie beteiligten sich 164 Ärztinnen, davon 136 operativ tätige Gynäkologinnen und 28 Chirurginnen. Die Schwangerschaft wurde laut deren Ergebnissen im Mittel später – in der 14. (13,8 ± 5,5) SSW bekanntgegeben.

Die Sorge vor eventueller Inanspruchnahme von Haftungsansprüchen sowie einer Strafbarkeit lässt Arbeitgeber*innen das Operieren durch eine werdende Mutter regelmäßig untersagen. Die Einsatzmöglichkeiten bzw. Gefährdungen in der Schwangerschaft

wurden von den urologischen Chefs erwartungsgemäß restriktiv angegeben. Nur 37,1% der Chefärzt*innen sehen für Schwangere operative Einsatzmöglichkeiten. Nach Mohr (2020) „stehen dem Arbeitgeber Schutzmaßnahmen, die die Einschränkungen der ärztlichen Tätigkeiten und der Weiterbildung zur Fachärztin für Urologie so gering wie möglich halten, durchaus zur Verfügung. Beispielweise gilt eine unverantwortbare Gefährdung nach § 11 Abs. 2 MuSchG als ausgeschlossen, wenn die Schwangere über einen ausreichenden Immunschutz verfügt“ [8] und der Infektionsstatus des jeweiligen Patienten vorliegt (Tab. 3 und 4). Die entsprechende HIV- und Hepatitis-C-Serologie können klinikintern verrechnet werden. Falls externe Labore beauftragt werden, entstünden Kosten in Höhe von 46,92€ bei 1,15-fachem Satz nach GOÄ (Ziffer 4395 20,11€; Ziffer 4406 26,81€).

Der Arbeitgeber ist verpflichtet der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich die Beschäftigung einer schwangeren Frau mitzuteilen. Im juristischen Gutachten stellt Mohr 2020 zudem fest: „Das zuständige Gewerbeaufsichtsamt kann ... ebenfalls Schutzmaßnahmen anordnen und ein Beschäftigungsverbot aussprechen. ... Die zuständigen Ämter sind durch keine Frist gebunden über die Erlaubnis einer Tätigkeit im Operationssaal zu bescheiden, so dass schwangeren Frauen oftmals zu einem Abwarten gezwungen sind“ teilweise bis nach der Entbindung. „Ohne Bescheid ist das Ergreifen von Rechtsmitteln nahezu ausgeschlossen. Den Schwangeren wird in der Folge ein effektiver Rechtsschutz verwehrt. Zudem kommt es aufgrund der föderalen Zuständigkeit der Gewerbeaufsichtsämter zu unterschiedlichen Entscheidungen bei nahezu gleichen Sachverhalten. Oftmals mangelt es den ... Sachbearbeitern an Kenntnissen darüber, welche Gefahren tatsächlich im Operationssaal für schwangere Frauen bestehen. Die Entscheidungen des Gewerbeaufsichtsamts stehen häufig nicht im Einklang mit dem Sinn und Zweck des neuen Mutterschutzgesetzes. Nicht selten fehlt die erforderliche Objektivität, so dass Verfügungen häufig auf der Meinung beruhen, ein

Operieren während einer Schwangerschaft sei nicht möglich. Außer Acht wird dabei gelassen, dass sich die Bedingungen im Operationssaal in den letzten Jahrzehnten verändert haben und somit viele Gefahrenquellen nicht mehr bestehen oder vermieden werden können. Beispielsweise können nicht nur verletzungssichere Instrumente und präoperative Patientenscreenings auf Infektionen genutzt werden, sondern auch die Schwangerschaft gefährdende Narkosegase durch intravenöse und regionale Anästhesieverfahren ersetzt werden. Mangels Kenntnis der Sachbearbeiter werden konkrete Schutzmaßnahmen selten in Betracht gezogen. Daher dürfte es unumgänglich sein, Sachbearbeiter, die über die Zulassung von schwangeren Frauen im Operationssaal entscheiden, regelmäßig zu schulen. Die Nachweispflicht von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen darf nicht auf der schwangeren Arbeitnehmerin lasten, sondern sollte Sache der zuständigen Behörden sein. Nur so kann dem Sinn und Zweck des neuen Mutterschutzgesetzes Rechnung getragen und schnellstmöglich über die Berufsausübung der werdenden Mutter entschieden werden. Des Weiteren ist ein *ämterübergreifender Austausch unerlässlich, damit auf Grundlage des Mutterschutzgesetzes einheitliche Regelungen ergehen und keine zusätzliche Diskriminierung der Schwangeren erfolgt*“ [8].

Was sollten Chefärzt*innen und schwangere Mitarbeiterinnen vor diesem Hintergrund wissen, um das neue Mutterschutzgesetzes sinnvoll umzusetzen?

Vor der Schwangerschaft

Idealerweise erfolgt bereits bei Einstellung einer Ärztin im Rahmen der Erstuntersuchung beim Betriebsarzt eine Beratung hinsichtlich der Möglichkeiten und Risiken am Arbeitsplatz bei Eintreten einer Schwangerschaft. Insbesondere sollte gleich zum Arbeitsstart der Impfstatus überprüft und ggf. die fehlenden Impfungen für Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Varizellen, Hepatitis A und B (sowie zukünftig SARS-CoV-2, „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“) ergänzt werden (Tab. 3). Auf

Tab. 4 Erforderlicher Immunstatus in Schwangerschaft (Statusnachweis in Klammern)

Erwachsenenurologie	Kinderurologie
Hepatitis A + B (Impfung)	Hepatitis A + B (Impfung)
CMV (Antikörpertiter)	CMV (Antikörpertiter)
Varizellen (Antikörpertiter)	Varizellen (Antikörpertiter)
Röteln (Antikörpertiter) oder MMR (Impfung)	Parvo-B-19 (Antikörpertiter)
Influenza empfohlen (Impfung)	MMR (2 × Impfung)
SARS-CoV-2 ^a empfohlen (Impfung)	Pertussis (Impfung)
	Influenza empfohlen (Impfung)
	SARS-CoV-2 ^a empfohlen (Impfung)

CMV Zytomegalievirus, MMR Mumps-Masern-Röteln (ggf. Zweitimpfung nachzuholen), SARS-CoV-2 „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“
^aAbhängig von zukünftigen Empfehlungen/Impfstatusverlässlichkeit

Wunsch der Mitarbeiterin kann eine Ti-
 terbestimmung der nichtimpfpräventablen
 und potenziell fruchtschädigenden
 Erkrankungen CMV (Zytomegalievirus)
 und Parvo-B-19 (Ringelröteln) erfolgen.
 Idealerweise sollte die Abteilungslei-
 tung die Ärztin beim ersten Mitarbeiter-
 gespräch darüber informieren, dass in
 der Klinik, in der sie arbeiten wird, eine
 vorausschauende Gefährdungsbeurteilung
 und Tätigkeitsempfehlungen für
 schwangere Ärztinnen vorliegen. In der
 vorliegenden Umfrage erachteten 93,5%
 der Chefärzt*innen eine vorausschauende
 Gefährdungsbeurteilung für Schwangere
 für sinnvoll und in 72,6% der Abteilun-
 gen war eine solche bereits etabliert.
 Die Mitarbeiterin sollte ermuntert werden,
 eine Schwangerschaft mitzuteilen, sobald
 sie ihr bekannt ist, damit Mutter und
 Kind den frühest- und somit bestmöglichen
 Schutz erhalten. Nach der Bekanntgabe
 der Schwangerschaft wird ihr individueller
 Arbeitsplatz entsprechend beurteilt und
 angepasst. Das Mitteilen einer Schwangerschaft
 sollte nicht mit der Angst verbunden sein,
 dass sich die (operative) Weiterbildung
 verschlechtert oder dass automatisch ein
 generelles Beschäftigungsverbot ausgesprochen
 wird.

Bei Eintritt einer Schwangerschaft

Die Mitteilung der Schwangerschaft erfolgt
 an den/die Fachvorgesetzt*en und die
 Personalabteilung der Klinik, welche
 die Aufsichtsbehörde über die Schwangerschaft
 informiert. Daraufhin muss eine
 Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes
 gemeinsam durch den/die Fachvorgesetzt*en,
 der schwangeren Ärztin und ggf. mit der/m
 Betriebsarzt/-ärztin erfolgen. Für die
 Gefährdungsbeurteilung

bedarf es keiner Zustimmung durch
 die Aufsichtsbehörde. Es werden die
 notwendigen Schutzmaßnahmen und
 Anpassungen des Arbeitsplatzes umgesetzt.
 Deren Rangfolge ist im MuSchG § 13
 eindeutig geregelt: Die Umgestaltung der
 Arbeitsbedingungen hat Priorität vor dem
 Arbeitsplatzwechsel und dem Beschäftigungsverbot
 [7, 9]. Bei Bekanntgabe der Schwangerschaft
 soll die Mitarbeiterin entscheiden, ob
 momentan eine Fortsetzung der Tätigkeit
 im Operationsaal von ihr gewünscht wird.
 Selbstverständlich besteht keine Pflicht,
 schwanger zu operieren.

Während einer Schwangerschaft

Die Arbeitszeiten von stillenden oder
 schwangeren Frauen dürfen 8,5 h täglich
 oder 90 h in der Doppelwoche nicht überschreiten.
 Nach der täglichen Arbeitszeit muss
 eine ununterbrochene Ruhezeit von
 mindestens 11 h gewährt werden.
 Der Arbeitgeber darf eine schwangere
 oder stillende Frau nicht zwischen 20
 Uhr und 6 Uhr beschäftigen. Nach
 einem behördlichen Genehmigungsverfahren
 darf die Beschäftigung bis 22 Uhr
 erfolgen, wenn die Frau sich dazu
 ausdrücklich bereit erklärt. Der Arbeitgeber
 darf eine schwangere oder stillende
 Frau an Sonn- und Feiertagen beschäftigen,
 wenn sich die Frau dazu ausdrücklich
 bereit erklärt und insbesondere eine
 unverantwortbare Gefährdung für die
 schwangere Frau oder ihr Kind durch
 Alleinarbeit ausgeschlossen ist [7, 9].
 „Für die bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 erforderlichen Untersuchungen hat der
 Arbeitgeber die Frau freizustellen“
 (§ 7, Abs. 1, MuSchG).

Tab. 5 Positivliste Urologie^a

Gespräche, Anamnese, Visiten, Dokumentation,
 diagnostische Anforderungen, Therapiepläne erstellen

Körperliche Untersuchung^b

Blut abnehmen, Urinkulturen anlegen,
 Spermioogramme anfertigen^b

Sonographie, Urodynamik, Prostatastanzbiopsie,
 Zystoskopie^b

Anlage/Wechsel von Infusionen (außer
 Chemotherapien)^b

Transfusion von Blut- und
 Anlage/Wechsel von Kathetern und
 Drainagen^b

Durchführung von Konsiliaruntersuchungen
 Durchführung von elektiven Interventionen/
 Operationen abhängig vom Ausbildungsgrad
 (s. Tab. 6^b)

Transurethrale Resektionen/Enukleationen
 der Blase/Prostata inkl. Steinentfernung
 ESWL (sonographische Steineinstellung)
 Operationen am äußeren Genitale
 Lasertherapie
 Inguinale Operation
 Einlage/Wechsel von Harnleiterschienen/
 Nephrostomien (bevorzugt sonographisch
 geführt)
 Endourologische Steintherapie und Diagnostik
 Roboterassistierte Eingriffe
 Laparoskopie

ESWL extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
^aDiese Positivliste ist beispielhaft für Interventionen,
 die nach Erachten der Autor*innen sicher in der
 Schwangerschaft durchgeführt werden können.
 Wir empfehlen, dass jede Klinik diese Vorlage
 an ihre individuellen Gegebenheiten anpasst
^bUnter Einhaltung der obligaten Schutzmaßnahmen
 sowie laut Tab. 6

Wenn der für den jeweiligen Patientenkontakt
 notwendige Immunstatus nicht vorliegt,
 ist eine Beschäftigung mit diesen Patienten
 nicht möglich (Tab. 4).

Ist der Immunstatus vollständig, kann die
 Mitarbeiterin gemäß einer Positivliste
 eingesetzt werden (Tab. 5 und 6). Es muss
 dabei gewährleistet sein, dass die Schwangere
 von ihren Kolleg*innen unterstützt wird
 und sich Hilfe holen kann, bzw. stets die
 Möglichkeit hat, ihren Arbeitsplatz auch
 kurzfristig zu verlassen und vertreten zu
 werden. Eine Alleinarbeit ist nicht erlaubt.
 „Der Arbeitgeber hat sicherzustellen, dass
 die schwangere oder stillende Frau ihre
 Tätigkeit am Arbeitsplatz, soweit es für
 sie erforderlich ist, kurz unterbrechen
 kann. Er hat

Tab. 6 Voraussetzungen für Interventionen/Operationen, die Schwangere durchführen/assistieren (in Anlehnung an § 9 und § 11 des MuSchG)

Keine stehenden Tätigkeiten über 4 h nach Ablauf des 5. Schwangerschaftsmonats
Bereitstellung einer Sitzgelegenheit
Die Patientennarkose muss total intravenös (total intravenöse Anästhesie, TIVA) oder in Regionalanästhesie erfolgen ^a
Back-up-Operateur*in, damit die schwangere Operateurin den Arbeitsplatz (wenn nötig) verlassen kann
Kein regelmäßiges Anheben von Lasten >5 kg oder gelegentliches Anheben >10 kg, z. B. bei der Patientenlagerung oder Mobilisation
Eigenschutz zur Infektionsprophylaxe beachten: Tragen von geeigneten Schutzhandschuhen (z. B. doppelte Indikatorhandschuhe), Schutzbrillen (Visier)
Verpflichtendes präoperatives Patientenscreening für HCV und HIV (ggf. SARS-CoV-2 ^b)
Keine Tätigkeit in beengtem Operationssitus
Keine OP-Tätigkeit mit unterbrochener Sichtkontrolle
Einsatz stichsicherer Instrumentarien sofern operationstechnisch möglich
Die Röntgenstrahlenexposition des ungeborenen Kindes darf 1 mSv vom Zeitpunkt der Mitteilung der Schwangerschaft bis zu deren Ende nicht überschreiten. Die Messung erfolgt durch ein Zweitdosimeters in Gebärmutterhöhe. Die Strahlenexposition der werdenden Mutter ist arbeitswöchentlich zu ermitteln und ihr mitzuteilen [12]
SARS-CoV-2 „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“, HCV Hepatitis-C-Virus, HIV humaner Immundefizienzvirus
^a Die Wahl des Narkoseverfahrens obliegt der Anästhesie. Bei der Risikoabwägung steht das Patientenwohl im Vordergrund
^b Abhängig von zukünftigen Empfehlungen/Impfstatusverlässlichkeit

darüber hinaus sicherzustellen, dass sich die schwangere oder stillende Frau während der Pausen und Arbeitsunterbrechungen unter geeigneten Bedingungen hinlegen, hinsetzen und ausruhen kann“ (§ 9, Abs. 3, MuSchG; [9]).

In **Tab. 5 und 6** sind die wesentlichen Voraussetzungen für Untersuchungen/Therapiemaßnahmen/Interventionen/Operationen, die Schwangere durchführen/assistieren können in Anlehnung an § 9 und § 11 des MuSchG zusammengefasst [9]. Diese Positivliste in **Tab. 5** ist beispielhaft für Interventionen, die nach

Erachten der Autor*innen sicher in der Schwangerschaft durchgeführt werden können. Dennoch ist den Autor*innen bewusst, dass oftmals durch Vorgaben der Betriebsärzt*innen und Arbeitsschutzbeauftragten in den jeweiligen Arbeitsstätten trotz vorhandener Möglichkeiten defensiver entschieden wird. Im Zweifelsfall obliegt die Entscheidung welche Tätigkeit die schwangere Ärztin ausüben darf nach § 2 Abs. 5 MuSchG der Aufsichtsbehörde. Wir empfehlen, dass jede Klinik die Vorlage an ihre individuellen Gegebenheiten anpasst. Die Empfehlungen basieren auf strikter Einhaltung der obligaten Schutzmaßnahmen auf den in **Tab. 6** zusammengefassten Voraussetzungen.

Bei Auftreten von akuten Noro- oder Rota-Virus-Infektionen, Tuberkulose, Influenza, SARS-CoV-2 etc. auf Station ist eine sofortige Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz oder der Einsatz im Homeoffice erforderlich und ggf. ein kurzfristiges Beschäftigungsverbot auszusprechen. Dies gilt auch für Parvo-Virus-IgG-seronegative Frauen bei Auftreten von Ringelröteln bei Erwachsenen.

Sollte sich die physische oder psychische Verfassung der Mitarbeiterin im Verlauf der Schwangerschaft verändern, sind der Arbeitsplatz und das Tätigkeitsfeld daran anzupassen, um damit (wann immer möglich) ein generelles Beschäftigungsverbot zu vermeiden.

Schwangerschaft als Chance begreifen

Im Laufe der Schwangerschaft sollten im Mitarbeiterinnengespräch die Wünsche, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten des Wiedereinstiegs nach dem Mutterschutz und der Elternzeit sowie die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie besprochen werden.

Die Einschränkung der ärztlichen Tätigkeit und der Weiterbildung zur Fachärztin für Urologie sollte so gering wie möglich ausfallen. Damit kann sichergestellt werden, dass sich die Weiterbildungszeit nicht mehr als notwendig verlängert und Mitarbeiterinnen, die im urologischen Klinikablauf ohnehin integriert und etabliert sind, den Betrieb auch weiterhin mit aufrechterhalten. Nicht nur

– aber auch – wegen des zunehmenden Fachkräfte- und Nachwuchsmangels ist es wichtig, dass gut ausgebildete Urologinnen auch schwanger wertvolle Arbeit in der Patientenversorgung leisten können, dürfen und wollen.

Einschränkend muss man zu dieser Umfrage anmerken, dass von 340 angeschriebenen urologischen Chefärzt*innen in Deutschland nur 18,2% geantwortet haben. Inwieweit die verbleibenden 81,8% der Chefärzt*innen die Relevanz des Themas für sich anders bewertet haben oder keine Zeit für den Fragebogen hatten, bleibt offen. Somit konnte lediglich ein Meinungsbild eingeholt werden, es liegt jedoch keine repräsentative Stichprobe vor. Ebenso wurde nicht erfragt, wie die Geschlechterverteilung unter den Antwortenden ausfiel oder inwieweit sich Mitarbeiterinnen insbesondere im letzten Trimenon in der Lage sehen, eine weitere Tätigkeit auszuüben. Folgestudien, die der Frage nach genderspezifischen Aspekten in den Entscheidungspfaden und der Mitarbeitersicht nachgehen, sind hierzu erforderlich.

Zudem besteht derzeit kein bundesweit einheitliches Vorgehen. Die endgültige Handlungsentscheidung obliegt den jeweiligen Arbeitgebern und Aufsichtsbehörden. Dennoch sollte es unser Ziel sein, schwangere Frauen bei der Geltendmachung ihrer Rechte stärker zu unterstützen. Eine Empfehlung der Fachgesellschaft zu den Einsatzmöglichkeiten von schwangeren Mitarbeiterinnen wäre eine sinnvolle Maßnahme (**Tab. 5 und 6**).

Tab. 5 stellt Tätigkeiten als Positivliste für beispielhafte für Interventionen dar, die nach Erachten der Autor*innen sicher in der Schwangerschaft durchgeführt werden können. Diese Empfehlungen können der Mitarbeiterin und der Klinikleitung als Vorlage dienen, und muss jeweils an individuellen Gegebenheiten und Vorstellungen angepasst werden müssen. Auch wäre es hilfreich, eine bundesweit einheitliche gesetzliche Verpflichtung der jeweiligen Stelle zum zeitnahen Erlass einer schriftlichen Entscheidung zu erreichen. Nur dann wäre die Novellierung des Mutterschutzgesetzes ein wirklicher Erfolg.

Fazit für die Praxis

- Das Mutterschutzgesetz (MuSchuG) schließt weder eine ärztliche noch eine operative Tätigkeit aus und soll vor einer Benachteiligung schützen.
- 30,6 % der Chefärzt*innen registrieren, dass Schwangerschaften verzögert mitgeteilt werden. Damit tritt der Mutterschutz für die Schwangere und das ungeborene Kind verspätet in Kraft.
- Die obligate, individuelle Gefährdungsbeurteilung stellt den Schutz der Schwangeren am Arbeitsplatz sicher. Die Novellierung des Mutterschutzgesetzes brachte im Arbeitsalltag jedoch trotzdem nicht die gewünschten Verbesserungen, obwohl konkrete Schutzmaßnahmen – auch für den Operationssaal – mit dem Arbeitgeber entwickelt werden sollen.
- 37,1 % der befragten Chefärzt*innen befinden, dass ausgewählte endourologische und chirurgische Operationen auch schwanger durchführbar sind. Zwei Chefärzt*innen (0,3 %) würden auch laparoskopischen bzw. roboterassistierten Eingriffen/Simulatortraining zustimmen.
- Schwangere sollten ein Mitspracherecht über den Umfang der Erwerbstätigkeit haben und ihre Rechte geltend machen können (z. B. sich gegen ein Beschäftigungsverbot zu wehren).
- 76 % der urologischen Ärztinnen möchten während einer Schwangerschaft weiter operieren.

Korrespondenzadresse

Dr. U. H. Necknig, FEBU, FEAPU
Abteilung für Urologie und Kinderurologie,
Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH
Auenstr. 6, 82467 Garmisch-Partenkirchen,
Deutschland
ulrike.necknig@klinikum-gap.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Arnold, A. Beck, A. Mattigk, M. Himmeler, N. N. Harke, N. von Ostau und U. H. Necknig geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Literatur

1. Arnold H, Meyer CP, Salem J, Raspe M, Struck JP, Borgmann H (2017) Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen urologischer Assistenzärzte in Deutschland: Ergebnisse einer GeSRU-Umfrage von 2015. *Urologe* 56(10):1311–1319
2. Fritze-Büttner F, Dittmar R, Niethard M (2017) Operieren während der Schwangerschaft – Regelungen und Bedarfe. *Zentralbl Chir* 142(6):575–580
3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020) Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung. https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=79485844&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=%C3%A4rzte%20urologie. Zugegriffen: 28. Dez. 2020
4. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020) Ärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Funktionale Stellung, Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung, Einrichtungsmerkmale. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=79485844&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=537&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=. Zugegriffen: 29. Dez. 2020
5. Knieper C, Ramsauer B, Hancke K, Woeckel A, Ismail L, Bühren A, Toth B (2014) „Schwanger und Operieren“: Auswertung einer deutschlandweiten Erhebung unter Frauenärztinnen und Chirurginnen. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 74(9):875–880
6. Mayer KL, Ho HS, Goodnight JE Jr (2001) Childbearing and child care in surgery. *Arch Surg* 136:649–655
7. Medizinkanzlei Mohr (2020) Operieren in der Schwangerschaft (OPIDS). <https://www.opids.de/recht/>. Zugegriffen: 11. Dez. 2020
8. Mohr R (2020) Juristisches Kurzgutachten: Das ärztliche Arbeiten und Operieren in der Schwangerschaft unter konkreter Bezugnahme auf das Fach Urologie einschließlich etwaiger Haftungsrisiken. Medizinkanzlei Mohr, Berlin. <https://fut-uro.de/articles/schwanger-im-op-geht-das>. Zugegriffen: 15. März 2021
9. Bundesamt für Justiz (2018) Mutterschutzgesetz: Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium. https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/. Zugegriffen: 2. Dez. 2020
10. Bundesamt für Justiz (2018) Mutterschutzgesetz §32–33, MuSchG. https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/_32.html. Zugegriffen: 11. März 2020
11. Betterplace (2020) Operieren in der Schwangerschaft. <https://www.betterplace.me/operieren-in-der-schwangerschaft>. Zugegriffen: 27. Dez. 2020
12. Bundesamt für Justiz (200) Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) §78 (4). https://www.gesetze-im-internet.de/strlshg/_78.html. Zugegriffen: 11. März 2020
13. Wishahi M, Mattigk A, Siech C, Fassbach M, Aeishen S, Bellut L, Arnold H (2020) Die Urologie wird Weiblich. *Urologe A* 59(5):647–648