

BDAktuell

**Aus der Kommission des BDA
Gesundheitsschutz am
anästhesiologischen Arbeitsplatz**

Im Jahr 2000 wurde der Bundesarbeitsminister Walter Riester seitens der Ärzteschaft gebeten, die recht restriktive Handhabung der Mutterschutzrichtlinien zu lockern, um sie den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. Nachdem sich auch der DÄB (Deutsche Ärztenbund) konsequent für eine Verbesserung des Schwangerenschutzes ohne schnelles Arbeitsverbot eingesetzt hatte, kamen auch aus dem Ministerium kritische Töne. Enge Auslegung führt zu schnell zum Tätigkeitsverbot, mit zumeist negativen Auswirkungen auf die berufliche Aus- und Weiterbildung schwangerer Ärztinnen.

Die Fortschritte innerhalb der Anästhesiologie und Intensivmedizin haben manche Gefährdungspotenziale und -orte längst relativiert (u.a. effiziente Absaugsysteme für volatile Anästhetika, Einsatz der TIVA, stichsichere Punktionskanülen, verbesserte Hygienemaßnahmen). Möglichkeiten der Arbeitsplatzverbesserung nach einer Gefährdungsbeurteilung stehen heute zur Verfügung, um den vielerorts spürbaren ÄrztInnen-Mangel nicht auch noch über Mutterschutzbestimmungen zu verschärfen.

Obwohl das Familienministerium im Jahr 2012 eine Reform des Mutterschutzgesetzes ankündigte, ist diese bislang nicht umgesetzt.

Die eingesetzte Kommission ist der Ansicht, dass mit den bisherigen gesetzlichen Auflagen ein ausreichender Schutz für werdende Mütter und Stillende gegeben ist. Deshalb ist es unser Ziel, organisatorische Möglichkeiten aufzuzeigen, wie und wo im Kontext der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Mutterschutz in Anästhesiologie und Intensivmedizin

EINFÜHRUNG

schwangere Anästhesistinnen weiterhin eingesetzt werden könnten. Die erarbeitete „Positivliste“ soll einerseits dazu dienen, den Arbeitsplatz der Schwangeren in Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie entsprechend optimalen Arbeitsschutzbedingungen sicher zu gestalten und damit der betroffenen Ärztin die Möglichkeit zu geben, trotz ihrer Schwangerschaft ihre Aus- und Weiterbildung fortzusetzen. Soweit möglich und dem Wunsch der Schwangeren entsprechend sollte dies auch im vertrauten Arbeitsumfeld stattfinden. Auf der anderen Seite gibt die Publikation auch Vorgesetzten und den Krankenhausärztern Hinweise, wie nach entsprechender Gefährdungsanalyse der Arbeitsplatz einer Schwangeren erhalten werden kann.

Roter Faden zur schnellen Orientierung:

1) Der Beitrag von BÜHREN zeigt auf, dass man trotz aller Auflagen generell in Zukunft formulieren kann: Mutterschutz ist unbedingt erforderlich, ein faktisches Berufsverbot aber sicherlich nicht. Entscheidend ist, welche Tätigkeiten die betroffene Anästhesistin ausüben möchte.

2) Die rechtlichen Rahmenbedingungen enthalten im Wesentlichen Warnungen/Verbote zum Einsatz der schwangeren/stillenden Anästhesistin, wie der Beitrag von WEIS deutlich macht.

3) Im Beitrag von POTHMANN werden Möglichkeiten der Weiterbeschäftigung und/oder des Wiedereinsatzes in den „präpartum“ verlassenen Arbeitsbereich diskutiert. Die Ausführungen basieren auf Erfahrungen zur Umsetzung des Mutterschutzes bei Anästhesistinnen in Form einer Betriebsanweisung in einem

Universitätsklinikum und bieten beispielhaft mögliche Vorgehensweisen.

4) Die „Positivliste“ der Kommission (unter Mitarbeit von Becke, Bremerich, Gogarten) – orientiert an der Musterweiterbildungsordnung – zeigt Möglichkeiten auf, wo Schwangere ohne und/oder mit den entsprechenden Auflagen eingesetzt werden können.

Auf Initiative der Kommission wurde bereits im vergangenen Jahr eine umfangreiche Materialsammlung zum Thema Mutterschutz (gesetzliche Vorgaben/Informationsbroschüren) auf der BDA-Homepage implementiert (www.bda.de/80_0_1mutterschutz-in-der-anesthesiologie-links.htm).

Auch wenn die zuständigen Aufsichtsbehörden das Letztentscheidungsrecht haben, kann die obige „Positivliste“ als Orientierungs- und vor allem Argumentationshilfe gegenüber Arbeitgeber/Behörden dienen. Wenn die Vorgaben unserer Empfehlung beachtet werden, dürften auch die zuständigen Aufsichtsbehörden keine Bedenken gegen den weiteren Einsatz der schwangeren Anästhesistin haben.

Primäres Ziel der Publikation ist, den Verantwortlichen für den Bereich Mutterschutz und den Betroffenen möglichst knapp praxisgerecht darzustellen, wie im Rahmen der „gesetzlichen“ Möglichkeiten die Arbeitsplätze in der Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie für die schwangere Anästhesistin gestaltet und erhalten werden können.

Prof. Dr. med. Hartmut Hagemann

E-Mail: hagemann.hartmut@mh-hannover.de

Umgang mit der Mutterschutzgesetzgebung in der Anästhesie und Intensivmedizin

Einleitung

A) Eine Assistenzärztin in der Anästhesie (Klinik der Maximalversorgung) soll entgegen ursprünglichen Abmachungen nach Mitteilung ihrer Schwangerschaft den Rest der Zeit bis zum Beginn der gesetzlichen Mutterschutzfrist in der Prämedikation verbringen. Sie findet aber die Arbeit in der Prämedikations-Ambulanz wesentlich anstrengender als im OP-Bereich. Mit bisher sechsmonatiger Berufserfahrung jetzt über 6 Monate nur außerhalb des OP-Bereichs arbeiten zu müssen, erlebt sie zudem als „kaltgestellt“ und fürchtet um ihre Aus- und Weiterbildung.

B) Sofort nach der Bekanntgabe der Schwangerschaft an den Chefarzt erteilt die Betriebsärztin einer chirurgisch tätigen Ärztin generelles OP- und Intensivstations-Verbot. So wurde der Ärztin während der Arbeitszeit die fachliche Kompetenz und Eigenverantwortung für sich und ihr ungeborenes Kind abgesprochen. Monatelange unbeliebte Bürokratie- und Stationsarbeit bedeuteten de facto einen Stopp in der Weiterbildung. Seit Rückkehr aus dem Mutterschutz in eine Teilzeitstelle wird sie weiterhin zu Routinetätigkeiten und nur ganz selten für eine OP eingeteilt. Ihre Motivation für eine Weiterbildung zur Chirurgin ist gefährdet.

C) Für eine andere Kollegin war es, gestützt durch die strengen Auflagen der Betriebsärztin, aufgrund der schlechten Stellenbesetzung einfacher, sich gegen die Forderungen ihres Chefs und die der Verwaltung zu wehren und weiterhin Bereitschaftsdienste zu machen und im OP für Narkosen zu Verfügung zu stehen.

Nachwuchsmangel, der Kampf um die „besten Köpfe“, ein deutlich überwiegender Anteil an weiblichen Ärzten bei den Berufseinstiegern und eine insgesamt familien- und freizeitorientiertere junge Generation sind inzwischen grundsätzliche Themen in der ärztlichen Selbstverwaltung [1,2]. Der im Bundesgesund-

heitsministerium 2010 etablierte Runde Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ befasst sich schwerpunktmäßig mit den Themen Weiterbildung und Mutterschutz. Deshalb soll hier die für Weiterbildung und Karriereplanung zentrale Thematik Erhalt der Tätigkeit und konkrete Lösungsvorschläge dargestellt werden [3]. Eine Schwangerschaft stellt auch im 21. Jahrhundert eine Herausforderung für Frauen in der Weiterbildung zur Fachärztin und für ihren weiteren Karriereverlauf dar. Sobald sie Vorgesetzte in Kenntnis gesetzt haben, erfahren viele Kolleginnen die unterschiedlich rigide Auslegung der Mutterschutzgesetzgebung. Sie werden vielfach nicht mehr für weiterbildungsrelevante (operative) Eingriffe, sondern nur noch für stationsbezogene und verwaltungstechnische Routinetätigkeiten eingeteilt. Hier drohen eine Verlängerung der sowieso langen fachärztlichen Weiterbildungszeit und sogar der Abbruch des eigentlichen Berufsziels.

Als Konsequenz verheimlichen viele Ärztinnen ihre Schwangerschaft, was prinzipiell ein höheres Gesundheitsrisiko für sie selbst und das Ungeborene bedeuten kann.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf galt in der Anästhesiologie schon immer als relativ günstig, aber auch hier gibt es noch zu wenig Standards, wie in den verschiedenen Phasen der Aus- und Weiterbildung, der fachärztlichen Tätigkeit oder in leitender Position die gesetzlichen Anforderungen mit den Interessen der schwangeren und stillenden Ärztinnen und des Arbeitgebers in Einklang zu bringen sind. Hier sehen auch mit Gesetzgebungsverfahren vertraute Juristinnen Entscheidungsnotwendigkeit, damit (werdende) Mutter und (erwartetes) Kind bestmöglich geschützt, aber Mütter nicht unnötig beruflich diskriminiert werden [4].

Medizinstudentinnen (speziell im Praktischen Jahr) und Ärztinnen in selbst-

ständiger Niederlassung sind in die Mutterschutzgesetzgebung bisher gar nicht einbezogen [5]. Sie sind also damit konfrontiert, dass für sie das Mutterschutzgesetz – und damit im Prinzip auch Art. 6 Abs. 1 GG „Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung“ und Art. 6 Abs. 4 GG „Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft“ – nicht greift und entsprechend keine ausreichenden finanziellen Unterstützungen während der Mutterschutzfristen für sie zugänglich sind. Dies widerspricht auch der Richtlinie 2010/41/EU, die die Gleichstellung von selbständigen Erwerbstägigen und eine Verbesserung der finanziellen Mutterschutzleistungen bis August 2012 vorgesehen hatte [6]. Gleichfalls wird dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz nicht Rechnung getragen, laut dem eine Frau nicht wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft benachteiligt werden darf. Eine grundlegende Aktualisierung der Mutterschutzgesetzgebung wurde bereits 2004 vom Deutschen Ärztetag gefordert [7]. Das 209. Plenum der HRK (Hochschulrektorenkonferenz) am 14.11.2006 enthielt die Empfehlung: „Im Bereich der Professoren gibt es noch zu wenige Frauen: dies bedeutet Effizienz- und Exzellenz-Defizit für den Hochschulbereich ... Gelöst werden müsste der sinnvolle Einsatz auch von Schwangeren in der Medizin und im Labor durch Schaffung besserer Rahmenbedingungen, damit Elternschaft und Karriere vereinbar sind.“

Speziell aus der Sicht der Humanmedizin ist zu fordern, dass die schwangere und stillende Ärztin in alle Festlegungen und Regelungen mitbestimmend einbezogen wird und das Recht hat, ihre Kräfte selbst einzuteilen und gemäß ihren individuellen Voraussetzungen, ihren körperlichen Gegebenheiten und ihren persönlichen Einstellung beruflich aktiv zu sein. Will eine schwangere Ärztin den größtmöglichen Schutz in Anspruch

nehmen, dürfen sich Vorgesetzte oder die Verwaltung aber in keinem Fall – auch nicht, wenn aus ihrer Sicht eine Knappheit an ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen dies erforderlich oder wünschenswert erscheinen lässt – darüber hinwegsetzen oder Konsequenzen androhen. Denn genau diese Befürchtung, dass bei einer Lockerung der gesetzlichen Vorgaben schwangere Ärztinnen einem erheblichen Druck seitens der Vorgesetzten ausgesetzt sein könnten, benennt das zuständige Bundesministerium als einen der Gründe für sein bisheriges Nicht-Handeln.

Zahlen

Wie in fast allen anderen medizinischen Fachgebieten sind auch die Repräsentanten der Anästhesiologie und Intensivmedizin bestrebt, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie keine – oder möglichst wenige – Nachwuchsprobleme haben.

Schwangere Ärztinnen sind in allen chirurgischen Fachgebieten und der Anästhesie ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und während der Stillzeit besonders von der Mutterschutzgesetzgebung betroffen.

Die Anästhesiologie ist nach wie vor und zunehmend ein sehr attraktives Fach, wie die Tabelle im Vergleich der Jahre 2008 und 2011 zeigt [8].

2011	2008
52,2% Assistenzärztinnen	50,0% Assistenzärztinnen
27,4% Oberärztinnen	26,4% Oberärztinnen
9,8% Leitende Ärztinnen	9,2% Leitende Ärztinnen

Vorschläge

1. Neben den somatischen Risikofaktoren für eine Schwangerschaft sind auch die psychischen Stressfaktoren zu berücksichtigen, z.B. Versetzen auf andere Stationen und die „Degradierung“ durch Einteilung ausschließlich zu Routinearbeiten ohne Weiterbildungsrele-

vanz. In den Fachgesellschaften und Berufsverbänden aller Fachrichtungen wird die Muster-Weiterbildungsordnung dahingehend gesichtet, welche Eingriffe ggf. unter Anwendung welcher zusätzlicher Sicherheitsmaßnahmen auch von schwangeren/stillenden Ärztinnen gefahrenarm erbracht werden können. Dafür wäre die möglichst zeitnahe Erarbeitung fachspezifischer Positivkataloge förderlich. Diese könnten z.B. enthalten: eine Auflistung der in diesem Fachgebiet in Frage kommenden geeigneten Prozeduren, anhand deren u.a. der Immunstatus dieser Patientinnen und Patienten im Vorfeld abgeklärt wird. Von der Schwangeren sollten dann selbstverständlich nur die Patienten behandelt werden, die sowohl HIV- als auch Hepatitis-frei sind. Weiterhin sollte es Ärztinnen nach Rückkehr aus der Elternzeit ermöglicht werden, die aufgrund des Mutterschutzgesetzes während der Schwangerschaft nicht erlaubten und entsprechend nicht erlernten Prozeduren möglichst zeitnah nachzuholen, um eine unnötige Verlängerung der Weiterbildungsdauer möglichst zu verhindern.

Die von der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“ erstellte Positivliste (Seite 141 dieser Publikation) zeigt die Möglichkeiten auf, in welchen Bereichen der Anästhesie, Schmerz- und Intensivtherapie die schwangere Ärztin eingesetzt werden kann.

2. Für viele medizinische Prozeduren und Klinikabläufe gibt es strukturierte Ablaufpläne und Zuständigkeiten. Für den nicht seltenen Fall, dass eine ärztliche Mitarbeiterin ihre Schwangerschaft offiziell bekannt gibt, bisher nicht. Aufgrund eigener Erfahrungen [9] hat Prof. Dr. Bettina Toth gemeinsam mit ihrem Kollegen PD Dr. Florian Schütz und der Verwaltung der Universität Heidelberg das Heidelberger Schwangerschafts- und Elternzeitprogramm (HeiSEP) entwickelt [10]. Ziel ist es, junge Kolleginnen während der Schwangerschaft und Elternzeit selbstverständlich und situationsgerecht weiter in die Klinik zu integrieren. Gleichzeitig soll dadurch

verhindert werden, dass Ärztinnen aus Angst vor beruflichen Nachteilen ihre Schwangerschaft erst sehr spät bekannt geben und sinnvolle Schutzmaßnahmen nicht in Anspruch nehmen. Das Anlegen einer Checkliste für jede Abteilung und Kenntnis darüber für alle ärztlichen Mitarbeiterinnen – insbesondere auch für Berufseinsteigerinnen – wird empfohlen. Damit die Entscheidung für ein Kind nicht von der Angst begleitet wird, dass sich daraus eine negative berufliche Entwicklung anschließt, wird die schwangere Ärztin von Beginn an fest in ein Programm zur unkomplizierten Gestaltung von Schwangerschaft/Elternzeit eingebunden. Dieses legt die Rechte und Möglichkeiten einer

- Einbindung in die Klinik,
- Fortführung und Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Tätigkeit,
- Gestaltung der Lehre (HeiCuMed),
- Fachlichen Weiterbildung,
- Wiedereingliederung nach erfolgter Elternzeit bzw. Mutterschutz fest.

Neben der Information über den gesetzlichen Hintergrund sollte ein individuelles berufliches Curriculum für die Zeit der Schwangerschaft erstellt und in einen längerfristigen, individuellen Karriereplan eingefügt werden. Dies würde gleichzeitig die Mitarbeiterin motivieren und ihr eine Perspektive geben, möglichst bald wieder in Voll- bzw. Teilzeit einzusteigen, und darüber hinaus der Abteilung eine höhere Planungssicherheit geben.

Schwangeren, die nach einer individuellen Arbeitsplatzbeurteilung und Gefährdungsanalyse weiterhin invasiv tätig sein wollen, sollte dies unter optimalen Arbeitsschutzbedingungen ermöglicht werden (z.B. durch Verwendung von sicheren Instrumenten, wodurch die Häufigkeit von NSV reduziert werden kann [11]; Tragen von doppelten Handschuhen, wodurch die Rate an Blutkontakte vermindert wird [12]).

Viele Arbeitgeber müssen noch ihre Hausaufgaben machen

Wichtig ist auch die Ausschöpfung der rechtlich vorgesehenen Möglichkeiten, Schwangere und stillende Mütter so zu

beschäftigen, dass sie und das (erwartete) Kind keinen Schaden nehmen:

1. Durch Umgestaltung der Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten kann erreicht werden, dass werdende oder stillende Mütter keiner Gefährdung ausgesetzt sind.

2. Sollte eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes unter Berücksichtigung des Standes von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene oder gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse nicht möglich oder wegen nachweislich unverhältnismäßigen Aufwands nicht zumutbar sein, „trifft der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen für einen Arbeitsplatzwechsel der betroffenen Arbeitnehmerinnen (§ 3 Abs. 2 MuSchArbV).“

3. Erst wenn ein solcher Arbeitsplatzwechsel nicht möglich oder nicht zumutbar ist, dürfen werdende oder stillende Mütter so lange nicht beschäftigt werden, wie dies zum Schutz ihrer Sicherheit und Gesundheit erforderlich ist (§ 3 Abs.3 MuSchArbV).

Die Erfahrungen der Praxis lehren, dass diese Stufenfolge des erforderlichen Vorgehens häufig nicht beachtet wird. Werdende Mütter – gerade junge Ärztinnen während ihrer Facharztreiterbildung – wollen gern weiterarbeiten. Für

viele Arbeitgeber scheint es einfacher zu sein, im Rahmen eines Beschäftigungsverbots für die Schwangere eine ‚Ersatzkraft‘ einzusetzen. Ein Kostenrisiko gibt es wegen des sogenannten U2-Umlageverfahrens nicht, da die anfallenden Kosten auf Antrag erstattet werden. Mit einem sachlich nicht nötigen, vollständigen Beschäftigungsverbot und der damit verbundenen, unnötigen Belastung der U2-Umlage geraten die sehr guten Mutterschutzregelungen in Deutschland ohne Not in Misskredit.

FAZIT

Schwangere, die nach einer individuellen Arbeitsplatzbeurteilung und erforderlicher Gefährdungsanalyse in den Entscheidungsprozess einbezogen worden sind und weiterhin auch im OP und auf der Intensivstation tätig sein wollen, sollten dies unter optimalen Arbeitsschutzbedingungen – ohne Gefährdung der Schwangeren und des ungeborenen Kindes – umsetzen können. Nach bisheriger Kenntnis sind die Voraussetzungen ein suffizienter HBV-Impfstatus, die Beschränkung auf elektive und nicht übertragungsträchtige Eingriffe an präoperativ auf HCV- und HIV-Antikörper getesteten Patientinnen und Patienten. Eine Aktualisierung des MuSchG und

der MuSchArbV ist wünschenswert und erforderlich, damit die erheblichen mutterschutzbezogenen Barrieren im beruflichen Alltag endlich abgebaut werden.

Literatur

auf Anfrage.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Astrid Bühren

E-Mail: abuehren@t-online.de

Fortbildung zum OP-Manager/in

Termine:

26. Fortbildungsreihe

Modul 1-2: (23.) 24. - 27.09.2014

Modul 3: 17. - 18.10.2014

Modul 4-5: 10. - 13.12.2014

Teilnehmerzahl:

max. 18 Personen



Veranstaltungsort:

Nürnberg (alle 5 Module)

Kosten:

3.810,- € für Mitglieder

BDA / BDC / DGAI / VOPM

3.950,- € für Nicht-Mitglieder

(inkl. Seminarunterlagen, Mittag- und Abendessen sowie Tagungsgetränken)

Zertifiziert durch den Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und den Verband für OP-Management (VOPM)

Krankenhäuser und medizinische Abteilungen stehen in Zukunft unter steigendem Qualitäts- und Kostendruck. Insbesondere in den personal- und kostenintensiven Bereichen werden demnächst Ressourcen und Kernprozesse einer kritischen Analyse unterzogen und professionelle Managementstrukturen und -strategien zunehmend von den Akteuren eingefordert.

Erfahrungen zeigen, dass die verbesserte Nutzung der Ressource OP einen der entscheidenden Standortvorteile für Krankenhäuser in der Zukunft darstellen wird. Professionelles OP-Management ist daher erforderlich, um diesen Bereich zu planen, zu entwickeln, zu steuern und letztlich profitabel zu gestalten.

Weitere Informationen und Anmeldung:

Monika Gugel · Tel.: 0911 9337811 · E-Mail: mgugel@bda-ev.de · Fax: 0911 3938195
www.bda.de

Einsatz schwangerer Mitarbeiterinnen in Klinik und Praxis – rechtliche Rahmenbedingungen

Als die EU vor ca. 20 Jahren die „Richtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz“¹ erlassen hat, war der deutsche Gesetzgeber längst aktiv geworden. Bereits 1878 wurde in Deutschland in der Gewerbeordnung erstmals ein Beschäftigungsverbot für Arbeitnehmerinnen für den Ablauf von 3 Wochen nach der Entbindung normiert. In den folgenden Jahrzehnten wurde der Mutterschutz erweitert, und am 06.02.1952 trat das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG) in Kraft, das zuletzt am 23.10.2012² geändert worden ist. Auch wenn bei der Beschäftigung von Schwangeren eine Vielzahl von Gesetzen und Rechtsverordnungen zu beachten sind³, so bildet das Mutterschutzgesetz doch das „Herzstück“.

Geltungsbereich

Das MuSchG gilt für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (§ 1 MuSchG). Ob die Mitarbeiterin aufgrund eines befristeten oder unbefristeten Arbeitsvertrages beschäftigt wird, ist ebenso unerheblich wie ihre Position, der zeitliche Umfang der Tätigkeit, der Familienstand oder der Versichertensatus. Ebenfalls unerheblich ist, ob es sich um einen privaten oder öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber handelt und wie viele Mitarbeiter der Arbeitgeber beschäftigt; es gibt keine Ausnahmeregelung für „Kleinbetriebe“. Das MuSchG ist somit bei dem Einsatz von angestellten

Anästhesiepflegerinnen in der Arztpraxis genauso zu beachten wie bei dem Einsatz von angestellten Chefärztinnen in Kliniken.

Für Selbstständige gilt das Mutterschutzgesetz hingegen nicht. Freiberuflich tätige Vertragsärztinnen können selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang sie weiterhin tätig werden. Gleches gilt für selbstständige Honorarärztinnen/Honorarpflegekräfte; doch Vorsicht: Sollte es sich um ein verdecktes Arbeitsverhältnis handeln, sind die Bestimmungen zum Mutterschutz zu beachten⁴.

Der Mutterschutz für Beamten ist nicht im MuSchG, sondern in den beamtenrechtlichen Mutterschutzverordnungen des Bundes/der Länder abschließend geregelt⁵.

Informations-/Mitteilungspflichten

Nach § 5 Abs.1 MuSchG „sollen“ werdende Mütter dem Arbeitgeber die Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Die Mitteilung ist somit keine zwingende Rechtspflicht für werdende Mütter. Sobald sie ihrem Arbeitgeber die Schwangerschaft mitgeteilt hat, muss dieser „unverzüglich“ die Aufsichtsbehörde benachrichtigen; er darf die Mitteilung der werdenden Mutter nicht unbefugt an Dritte bekanntgeben (§ 5 Abs. 1 S. 2 und 3 MuSchG).

U.U. ist der Arbeitgeber verpflichtet, einen Abdruck des Mutterschutzgesetzes an geeigneter Stelle zur Einsicht auszulegen oder auszuhändigen, andernfalls

droht ihm eine Geldbuße (§§ 18, 21 Abs. 1 Nr. 8 MuSchG).

Die Schwangere ist nicht verpflichtet, im Bewerbungsgespräch die Schwangerschaft mitzuteilen. So hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) entschieden, „dass die Frage nach der Schwangerschaft regelmäßig auch dann unzulässig ist, wenn sich die Bewerberin auf eine unbefristete Stelle bewirbt, die sie zunächst wegen des Eingreifens gesetzlicher Beschäftigungsverbote nicht antreten kann.“⁶. Insofern darf die Bewerberin die Frage wahrheitswidrig beantworten, ohne dass der zukünftige Arbeitgeber den Arbeitsvertrag anfechten kann. Für einen befristeten Vertrag hat das BAG nichts entschieden.

Kündigungsschutz

Nach § 9 Abs. 1 MuSchG ist die arbeitgeberseitige „Kündigung gegenüber einer Frau während der Schwangerschaft und bis Ablauf von 4 Monaten nach der Entbindung... unzulässig, wenn dem Arbeitgeber zur Zeit der Kündigung die Schwangerschaft oder Entbindung bekannt war oder innerhalb zweier Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird; das Überschreiten dieser Frist ist unschädlich, wenn das auf einem von der Frau nicht zu vertretenen Grund beruht und die Mitteilung unverzüglich nachgeholt wird“. Die zuständige oberste Landesbehörde kann „in besonderen Fällen, die nicht mit dem Zustand einer Frau während der Schwangerschaft oder ihrer Lage bis zum Ablauf von vier Monaten nach Entbindung im Zusammenhang stehen, aus-

¹ Richtlinie 92/85 EWG des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 19.10.1992: <http://eur-lex.europa.eu>

² Mutterschutzgesetz im Volltext: www.gesetze-im-internet.de/muschg/

³ Überblick der rechtlichen Rahmenbedingungen und weitergehende Informationen: [> Service und Recht => Mutterschutz in der Anästhesiologie Mutterschutzgesetz im Volltext: \[www.gesetze-im-internet.de/muschg/\]\(http://www.gesetze-im-internet.de/muschg/\)](http://www.bda.de)

⁴ Nähere Informationen zum Problem der Scheinselbstständigkeit von Honorarkräften: BDAktuell Jusletter März 2012, Anästh Intensivmed 2012;53:185-188; BDAktuell Jusletter September 2011, Anästh Intensivmed 2011;52:727-730; BDAktuell Jusletter Juni 2006, Anästh Intensivmed 2006;47:367-370; BDAktuell Jusletter September 2005, Anästh Intensivmed 2005;46:407-410

⁵ Mutterschutz- und Elternzeitverordnung des Bundes (MuSchEltZV): www.gesetze-im-internet.de/muscheltzv/

⁶ BAG, Urteil vom 06.02.2003, Az. 2 AZR 621/01

nahmsweise die Kündigung für zulässig erklären“ (§ 9 Abs. 3 MuSchG).

Während der Schwangerschaft und während der Schutzfrist nach der Entbindung (§ 6 Abs. 1 MuSchG) kann die Arbeitnehmerin das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung kündigen.

Gestaltung des Arbeitsplatzes => Gefährdungsbeurteilung

Der Arbeitgeber hat bei Einrichtung und Unterhaltung des Arbeitsplatzes einschließlich der Maschinen, Werkzeuge und Geräte und bei der Regelung der Beschäftigung die erforderlichen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutz von Leben und Gesundheit der werdenden oder stillenden Mutter zu treffen (§ 2 Abs. 1 MuSchG). So muss er gegebenenfalls Sitzgelegenheiten zum kurzen Ausruhen bereitstellen oder Gelegenheit zu zusätzlichen Pausen geben (§ 2 Abs. 2 und 3 MuSchG). Daneben ist der Arbeitgeber verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes vorzunehmen (§ 2 Abs. 4 in Verbindung mit der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz – MuschArbV)⁷.

Ergibt die Beurteilung der Arbeitsbedingungen, dass die Sicherheit oder Gesundheit der betroffenen Arbeitnehmerin gefährdet ist und dass Auswirkungen auf Schwangerschaft oder Stillzeit möglich sind, so trifft der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen, um durch die einstweilige Umgestaltung der Arbeits-Bedingungen/-Zeiten diese Gefährdung für werdende oder stillende Mütter auszuschließen. Ist die Umgestaltung nicht möglich oder wegen des nachweislich unverhältnismäßigen Aufwandes nicht zumutbar, so trifft der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen für einen Arbeitsplatzwechsel der betroffenen Arbeitnehmerin. Sofern auch ein Arbeitsplatzwechsel nicht möglich oder nicht zumutbar ist, besteht ein Beschäftigungsverbot (§ 3 Abs. 1 MuSchArbV).

Beschäftigungsverbote

Weitere Beschäftigungsverbote ergeben sich aus dem MuSchG: Werdende Mütter dürfen in den letzten 6 Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden, es sei denn, dass sie sich zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklären; die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden (§ 3 Abs. 2 MuSchG). Nach der Entbindung dürfen Mütter bis zum Ablauf von 8 Wochen nicht beschäftigt werden (§ 6 Abs. 1 MuSchG). Des Weiteren dürfen werdende und stillende Mütter nicht mit Mehrarbeit, nicht in der Nacht (zwischen 20 Uhr und 6 Uhr) und nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden; von diesem Verbot kann die Aufsichtsbehörde in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen (§ 8 Abs. 1 und 6 MuSchG). Stillenden Müttern ist auf ihr Verlangen die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal täglich 1 Stunde unter Fortzahlung der Vergütung freizugeben (§ 7 MuSchG).

Individuelle Beschäftigungsverbote

Soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet sind, dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden. Nach Ansicht des BAG⁸ zählt bei diesem Beschäftigungsverbot nicht, „ob vom Arbeitsplatz als solches, also der spezifischen Tätigkeit, Gefahren für die Schwangere ausgehen und ob solche Gefahren auch für andere Schwangere bestünden. Maßgeblich ist allein der individuelle Gesundheitszustand der am konkreten, möglicherweise völlig ungefährlichen Arbeitsplatz beschäftigten Arbeitnehmerinnen. Es genügt, dass die Fortsetzung der Arbeit Gesundheit von Mutter und Kind gefährden. Dabei ist unerheblich, auf welcher genauen Ursache die Gefährdung beruht.... Ausschlaggebend ist, dass die Gefährdung mit der Fortsetzung

der Arbeit verbunden ist. Unter dieser Voraussetzung können auch psychische Belastungen der Arbeitnehmerin ein Beschäftigungsverbot begründen. Das individuelle Beschäftigungsverbot des § 3 Abs. 1 MuSchG greift aber erst ein, wenn der Arzt eine Gefährdung attestiert hat. Das ärztliche Zeugnis ist deshalb für das Beschäftigungsverbot konstitutiv“.

Analog zu den AU-Bescheinigungen gehören nach Ansicht des BAG⁹ in das ärztliche Zeugnis keine Angaben zum Gesundheitszustand, über den Verlauf der Schwangerschaft sowie die medizinische Begründung des Beschäftigungsverbotes. Der Arbeitgeber, der die Bescheinigung nicht gegen sich gelten lassen will, hat vielmehr zunächst Umstände darzulegen, gegebenenfalls zu beweisen, die zu ernsthaften Zweifeln an den Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 MuSchG Anlass geben, ein bloßes Bestreiten genügt nicht¹⁰.

Nach der Entbindung kann sich ebenfalls ein individuelles Beschäftigungsverbot ergeben. Frauen, die in den ersten Monaten nach der Entbindung nach ärztlichem Zeugnis nicht voll leistungsfähig sind, dürfen nicht zu einer ihrer Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit herangezogen werden (§ 6 Abs. 2 MuSchG).

Generelles Beschäftigungsverbot

Werdende Mütter dürfen nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen und Strahlen, von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterung oder Lärm ausgesetzt sind (§ 4 Abs. 1 MuSchG).

So dürfen werdende Mütter vor allem nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen

- regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht oder gelegentlich Lasten von

⁷ Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz, Volltext: www.gesetze-im-internet.de/muscharbv/

⁸ BAG, Urteil vom 21.03.2001, Az. 5 AZR 352/99 = NJW 2002, 235ff.

⁹ BAG, Urteil vom 01.10.1997, Az. 5 AZR 685/96 = NJW 1998, 3439ff.

¹⁰ BAG, Urteil vom 01.10.1997, Az. 5 AZR 685/96 = NJW 1998, 3439ff.

mehr als 10 kg Gewicht ohne mechanische Hilfsmittel von Hand gehoben, bewegt oder befördert werden,

- sie ständig stehen müssen, soweit diese Beschäftigung täglich 4 Stunden überschreitet (gilt erst nach Ablauf des 5. Monats der Schwangerschaft),
- sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder bei dem sie dauernd hockend oder sich gebückt halten müssen,
- sie infolge ihrer Schwangerschaft in besonderem Maße der Gefahr, an einer Berufskrankheit zu erkranken, ausgesetzt sind oder bei denen durch das Risiko der Entstehung einer Berufskrankheit eine erhöhte Gefährdung für die werdende Mutter oder eine Gefahr für die Leibesfrucht besteht,
- sie erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt sind.

In Einzelfällen bestimmt die Aufsichtsbehörde, ob eine Arbeit unter die Beschäftigungsverbote fällt, und kann die Beschäftigung mit bestimmten anderen Arbeiten ebenfalls verbieten (§ 4 Abs. 5 MuSchG).

Die im MuSchG enthaltenen Beschäftigungsverbote sind für den Arbeitgeber zwingend, der Wunsch der Schwangeren legitimiert den Arbeitgeber nicht, von den Vorschriften abzuweichen. Lediglich die Aufsichtsbehörde ist befugt, Ausnahmen von dem Beschäftigungsverbot zuzulassen. Bei Nichtbeachtung der Beschäftigungsverbote handelt der

Arbeitgeber ordnungswidrig und kann strafrechtlich belangt werden (§ 21 MuSchG).

Zumindest muss die Schwangere keine finanziellen Einbußen hinnehmen. Setzt eine Frau wegen eines Beschäftigungsverbotes (§ 3 Abs. 1, §§ 4, 6 Abs. 2 und 3 MuSchG) oder wegen des Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeitsverbotes (§ 8 Abs. 1, 3 oder 5 MuSchG) teilweise oder völlig mit der Arbeit aus, so hat sie Anspruch auf Fortzahlung des Durchschnittsverdienstes. Dies gilt auch, wenn wegen dieser Verbote die Beschäftigung oder die Entlohnungsart wechselt (§ 11 Abs. 1 MuSchG).

Die Lohnfortzahlungspflicht führt gerade in Arztpräaxen zu einer erheblichen finanziellen Belastung, die der Arbeitgeber über die Krankenkasse der werdenden Mutter kompensieren kann (Antrag auf Umlageverfahren, sog. U2-Verfahren).

Fazit

Auch wenn die Intention des Gesetzgebers, die im Arbeitsverhältnis stehende Mutter und das werdende Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz ebenso wie vor finanziellen Einbußen und den Verlust des Arbeitsplatzes zu schützen, durchaus löslich ist, so führt die Umsetzung des MuSchG in der Praxis für die Schwangere häufig zu einem Berufsausübungsverbot.

Denn die im MuSchG oft nur general-klauselartig beschriebenen Ge-/Verbote werden von den nach Landesrecht zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 20 MuSchG, i.d.R. Gewerbeaufsichtsamt bzw. Amt für Arbeitsschutz) sehr unterschiedlich ausgelegt. So gibt es Fälle innerhalb eines Bundeslandes, in denen ein Gewerbeaufsichtsamt die Tätigkeit im OP-Saal weiterhin genehmigt, während ein anderes Gewerbeaufsichtsamt die Tätigkeit untersagt. Es wäre wünschenswert, wenn es zu Beschäftigungsverbeten bundeseinheitliche Ausführungsbestimmungen/Hinweise gäbe, an denen sich die Aufsichtsbehörden vor Ort orientieren könnten, auch wenn der Bundesgesetzgeber keine rechtsverbindlichen Weisungen in dem Bereich erteilen darf.

Korrespondenzadresse

Ass. iur. Evelyn Weis

Juristin und Versicherungsreferentin
des Berufsverbandes Deutscher
Anästhesisten
Roritzerstraße 27 / IV
90419 Nürnberg, Deutschland
Tel.: 0911 93378-17/-19/-27
Fax: 0911 3938195
E-Mail: justitiare@bda-ev.de

Mutterschutz in der Anästhesiologie – praktische Umsetzung

Einleitung

Der Mutterschutz soll sicherstellen, dass berufstätige Mütter und ihre Kinder während der Schwangerschaft und Stillzeit vor Gefahren, Überforderungen und Gesundheitsschädigungen geschützt werden. Zudem sollen berufliche Einschränkungen, finanzielle Einbußen und/oder ein Arbeitsplatzverlust vermieden werden. Gleichwohl grenzen die gesetzlichen Bestimmungen und strengen Auslegungen staatlicher Aufsichtsbehörden die Arbeitsmöglichkeiten schwangerer angestellter Ärztinnen durch Beschäftigungsverbote in nahezu allen Bereichen der Klinik und Praxis zunehmend ein. Faktisch hat das in vielen Bereichen des Gesundheitswesens zu einem Berufsverbot geführt.

Umsetzung des Mutterschutzes

Die Basis für vorbeugende und umfassende Vorkehrungen zum Schutz der Schwangeren und Stillenden ist eine systematische Risikoanalyse von Arbeitsplätzen unter dem Aspekt des Mutterschutzes. Um wesentliche Beeinträchtigungen der Betriebsorganisation zu vermeiden, sollte bereits vor möglichen Schwangerschaften der Mitarbeiterinnen eine Risikoanalyse der Arbeitsplätze erfolgen. Grundsätzlich stellen sich dem Arbeitgeber drei Fragen:

1. Kann der Arbeitsplatz der Schwangeren/Stillenden mutterschutzkonform eingerichtet werden?
2. Ist eine Versetzung in einen anderen Arbeitsbereich notwendig und möglich?
3. Muss ein mutterschutzrechtliches Beschäftigungsverbot erfolgen?

Ergeben sich aus der Arbeitsplatzanalyse Gefährdungen, müssen Schutzmaßnahmen getroffen werden. Durch Präventionsstrategien (Klima-/Absauganlagen, leckagearme/narkosegasfreie Techniken, generelle und persönliche Schutzausrüstungen (z.B. schnitt- und stichsichere Instrumente) und Schutzimpfungen sind mutterschutzkonforme Arbeitsplätze

machbar. Die praktische Umsetzung richtet sich nach den technischen, organisatorischen und personellen Gegebenheiten. Eine wesentliche Voraussetzung für den Einsatz von schwangeren/stillenden Anästhesistinnen ist die Anwesenheit eines weiteren Mitarbeiters in der Arbeitseinheit, der in allen Grenzsituationen – Notfälle, Gefahr von Infektion, Stich- und Schnittverletzungen; physischen und psychischen Belastungen – die Tätigkeiten der Schwangeren sofort übernehmen kann.

Ansonsten bieten sich alternative Beschäftigungsmöglichkeiten an: Prämedikationen, Konsile, wissenschaftliche und administrative Tätigkeiten. Sie müssen vor allem auch dann angeboten werden, wenn eine Schwangere bei anästhesiologischer/intensivmedizinischer Tätigkeit eine Gefährdung für sich und das Kind befürchtet.

Gefährdung durch Narkosegase

Die potenziell schädigenden Effekte der volatilen Anästhetika werden als Gefahrstoffe nach sicherheitsrelevanten (entzündlichen, explosiven, umweltgefährdenden) und toxikologischen Eigenschaften (gesundheitsschädlichen, giftigen, krebserzeugenden, erbgutverändernden) Kriterien unterschieden.

Im Rahmen des Arbeitsschutzes haben die zuständigen Behörden Arbeitplatzgrenzwerte (AGW) für Narkosegaskonzentrationen am Arbeitsplatz festgelegt. Tierexperimentelle und toxikologische Studien zeigen, dass für Schwangere und Stillende keine Gefährdung besteht, sofern bei der Verwendung klinisch üblicher Narkosegase die Grenzwerte eingehalten werden [1-6]. Eine mutagene oder karzinogene Wirkung ist beim Menschen nicht belegt. Lediglich für Halothan wurde in Studien an trächtigen Ratten eine fruchtschädigende Wirkung nachgewiesen [7]; eine Anwendung durch Schwangere ist daher nicht erlaubt.

Der Arbeitgeber (Krankenhausarbeiter, Praxisinhaber) ist verpflichtet, sich an die detaillierten Vorschriften in den technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) zu halten, um Überschreitungen der Grenzwerte am Arbeitsplatz weitgehend auszuschließen. Voraussetzung sind leckagearme Narkosesysteme einschließlich der Schnittstellen zu den tiefen Atemwegen des Patienten. Durch eine intravenöse Narkoseinduktion und den generellen Verzicht auf Maskennarkosen wird das Risiko der Arbeitsplatzkontamination für Schwangere weiter minimiert. Dies gilt aufgrund des ungünstigen Verhältnisses von inspiratorischer Lachgaskonzentration zu seinem AGW auch für den Verzicht von Lachgas [8,9]. In Aufwachräumen mit Klimatisierung besteht bei den modernen volatilen Anästhetika keine Gefahr erhöhter Belastung [10].

Infektionsgefährdung

Schwangere und stillende Mitarbeiterinnen dürfen nicht mit Stoffen, Zubereitungen oder Erzeugnissen, die erfahrungsgemäß Krankheitserreger übertragen können, beschäftigt werden. Diese können in Blut und Blutprodukten, Plasma und Serum, Speichel, Tränenflüssigkeiten, serösen Körperflüssigkeiten, Wundexsudaten (z.B. Eiter), Körperausscheidungen (Urin, Stuhl) und Körpergewebe vorhanden sein [11]. Eine Unterweisung zu Modalitäten der Übertragung ist vorgeschrieben. Die werdende Mutter kann nur mit diesen Stoffen beschäftigt werden, wenn ausreichend sichere Schutz- und Hygiene-Maßnahmen getroffen werden. Als Maßnahmen gelten z.B. persönliche Schutzausrüstungen (Schürzen, Atemschutz, Schutzbrillen, Handschuhe), gefahrlose Abfallentsorgung in bruch- und durchstichsicheren Behältern sowie schnitt- und nadelstichsichere Instrumente.

Infektionsrisiko und Prophylaxe

Eine frühzeitige Prophylaxe vor Infektionskrankheiten ist der beste Schutz

für die Mutter und das ungeborene Kind. Kommt es bei einer Beschäftigten ohne ausreichende Immunität zu einer Schwangerschaft, ist das Beschäftigungsverbot die sichere Lösung. Bei ungenügender Immunität gegenüber relevanten Keimen wird eine Impfung vor der Schwangerschaft empfohlen [11]. Impfungen sollten allen Arbeitnehmerinnen im fortgeschrittenen Alter angeboten werden, von Impfungen in der Schwangerschaft ist generell abzusehen. In Praxen oder Kliniken mit vielfältigem Kinderkontakt muss der Arbeitgeber Impfungen gegen Pertussis, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln und Herpes anbieten [11]. Viele dieser Infektionen können sowohl Mutter als auch Kind gefährden.

Ergebnisse

1999 wurden in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mutterschutzkonforme Arbeitsplätze in Anästhesie und Intensivmedizin erstellt und durch eine Betriebsanweisung dokumentiert. Das Amt für Arbeitssicherheit der Freien und Hansestadt Hamburg hat diese als zuständige Behörde anerkannt und gebilligt.

Die persönliche Beratung der Schwangeren erfolgt immer im Sechs-Augen-Gespräch mit der leitenden Betriebsärztin und dem Oberarzt der Klinik.

Zwischen 1999 und 2011 konnten so 18 Schwangere ohne Unterbrechung ihrer Ausbildung klinisch weiter arbeiten, davon sechs in der Intensivmedizin.

In 13 Fällen wechselten – vor allem auf eigenen Wunsch – Kolleginnen in die Prämedikationsambulanz. In sechs Fällen wurde von niedergelassenen Ärzten ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen.

Schlussfolgerung

Der Schutz von im Gesundheitsdienst arbeitenden Schwangeren und stillenden Müttern kann aufgrund der geltenden Gesetze und Vorschriften bis zu einem vorübergehenden Beschäftigungsverbot führen oder der Regelung, in dieser Zeit Tätigkeiten zu übernehmen, die ihre Berufsausbildung beeinträchtigen. Auf-

grund der Entwicklungen zur Prophylaxe des Infektionsrisikos und dem heutigen Stand der Technik hat der Arbeitgeber genügend Möglichkeiten, mutterschutzkonforme Arbeitsplätze in Anästhesiologie und Intensivmedizin zu schaffen. Die praktische Umsetzung bedingt die konsequente Einhaltung aller vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Maßnahmen zum Schutz der Schwangeren und eine kontinuierliche Schulung des Personals hinsichtlich der Gefährdungspotenziale. Die Schaffung mutterschutzkonformer Arbeitsbereiche wird mit zunehmender Zahl ärztlicher Mitarbeiter weniger problematisch, da ein notwendiges ärztliches "back up" leichter zu ermöglichen ist.

Das eine oder andere bleibt zu bedenken:

- die Erhaltung des Arbeitsplatzes für die Schwangere ist ein hohes Ziel,
- ein Arbeitsplatzwechsel bzw. ein Beschäftigungsverbot sollen mit den Betroffenen einvernehmlich entschieden werden,
- die Furcht der werdenden Mutter vor einer Fruchtschädigung am Arbeitsplatz muss der Arbeitgeber respektieren.

Tätigkeitsverbote durch staatliche Aufsichtsbehörden, Personalabteilungen, Betriebsärzte, Arbeitsmediziner sollten erst nach Arbeitsplatzbesichtigung, Arbeitsbereichsanalyse und Bewertung des allgemeinen und individuellen Risikoprofils ausgesprochen werden, der Maxime folgend:

„Mutterschutz soviel wie möglich, Tätigkeitsverbot so wenig wie unbedingt nötig!“

Literatur

1. Buring JE, Hennekens CH, Mayrent SL, Rosner B, Greenberg ER, Colton T: Health experiences of operating room personnel. *Anesthesiology* 1985;62: 325-30
2. Tannenbaum TN, Goldberg RJ: Exposure to anesthetic gases and reproductive outcome: a review of the epidemiologic literature. *J Occup Med* 1985;27:659-68
3. Guirguis SS, Roy ML, Pelmear PL, Wong I: Health effects associated with exposure to anesthetic gases in Ontario hospital personnel. *Br J Ind Med* 1990;47:490-97
4. Rowland AS, Baird DD, Weinberg CR, Shore DL, Shy CM, Wilcox AJ: Reduced fertility among women employed as dental assistants exposed to high levels of nitrous oxide. *N Engl J Med* 1992;327:993-97
5. Rowland AS, Baird DD, Shore DL, Weinberg CR, Savitz DA, Wilcox AJ: Nitrous oxide and spontaneous abortion in female dental assistants. *Am J Epidemiol* 1995;141:531-38
6. Boivin J: Risk of spontaneous abortion in women occupationally exposed to anesthetic gases: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 1997;54:541-48
7. Coate WB, Kapp RW, Lewis TR: Chronic exposure to low concentrations of halothane/nitrous oxide: Reproductive and cytogenetic effects in the rat. *Anesthesiology* 1979;50:310-18
8. Biermann E, Erb Th, Hack G, Hagemann H, Hobhahn J, Mertens E, Pothmann W, Schäffer R, Wendt M: Umsetzung der Gefahrstoffverordnung. Empfehlung der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“. *Anästh Intensmed* 2003;44:327-333
9. BIA/BG-Empfehlungen zur Überwachung von Arbeitsbereichen Anästhesiearbeitsplätze – Operationsäle. BIA-Arbeitsmappe 24, LFG.III/00
10. BIA/BG-Empfehlungen zur Überwachung von Arbeitsbereichen Anästhesiearbeitsplätze – Aufwachäume. BIA-Arbeitsmappe 17, LFG.X/96
11. Enders G: Infektionsgefährdung: Mutterschutz im Krankenhaus. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2003;38:324-35.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Werner Pothmann

E-Mail: pothmann@uke.de

Arbeitsplatz für schwangere Ärztinnen in der Anästhesiologie und Intensivmedizin

Empfehlung der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“*

Positivliste

Die Empfehlung legt fest, unter welchen Voraussetzungen eine schwangere Ärztin im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin nach Ansicht der BDA-Kommission eingesetzt werden kann. Dabei sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

Die schwangere Anästhesistin sollte die üblichen Schutzmaßnahmen konsequent anwenden. Zusätzliche Schutzmaßnahmen wie das Tragen von doppelten Handschuhen, Schutzbrille und Kittel werden empfohlen und sind bei einigen invasiven Tätigkeiten obligat.

Im Umgang mit Patienten mit unbekanntem Infektionsstatus ist besondere Vorsicht geboten. Bei Maßnahmen mit Infektionsrisiken (Husten, Kontamination mit Blut) sind zusätzliche Schutzmaßnahmen obligat.

Die schwangere Anästhesistin darf bei invasiven Maßnahmen und in Bereichen, wo häufiger Notfall-Situationen (OP, Intensivstation) auftreten können, nur zusammen mit Kollegen oder nicht-schwangeren Kolleginnen eingesetzt werden. Damit wird sichergestellt, dass die schwangere Kollegin jederzeit in Notsituationen und bei bestimmten Maßnahmen (Herz-Druck-Massage) entlastet und abgelöst werden kann.

Werden die Vorgaben der Empfehlung beachtet, dürften auch die zuständigen Aufsichtsbehörden keine Bedenken gegen den weiteren Einsatz der schwangeren Anästhesistin haben.

Innerhalb der üblichen Arbeitszeitmuster sind im Rahmen des MuSchG werktägliche Dienstzeiten zwischen 6.00 und 20.00 Uhr möglich. Zulässig sind Arbeitszeiten von max. 8,5 Stunden pro Tag oder 90 Stunden in der Doppelwoche¹.

Verantwortung/Zuständigkeiten:

Arbeitgeber (Delegation möglich).

Anästhesie und Schmerztherapie – Positivliste

1. Anamnese, Untersuchung und Aufklärung im Rahmen der Prämedikation
2. Indikationsstellung, Festlegung von Therapieplänen und Behandlungsplanung
3. Gespräche mit Angehörigen
4. Teambesprechungen
5. Dokumentation
6. Anforderungen von Untersuchungen und Auswertung der Untersuchungsergebnisse
7. Veranlassung weiterführender Diagnostik
8. Durchführung von postanästhesiologischen Visiten und Visiten im Rahmen der Akutschmerztherapie
9. Sedierung – Einhaltung der TRGS 525
10. Intubation – obligate Schutzmaßnahmen
11. Leitung von Wiederbelebungsmaßnahmen – ohne eigenen körperlichen Einsatz
12. Transfusion von Blut und Blutbestandteilen
13. Durchführung, Überwachung und Dokumentation aller Formen von intravenösen Anästhesien
14. Durchführung, Überwachung und Dokumentation von Inhalationsanästhesien unter kontinuierlicher Leckage-Kontrolle und Beachtung der BG/BIA-Empfehlung 1017
15. Durchführung, Überwachung und Dokumentation von Regionalanästhesien, (Durchführung, soweit diese mit stichsicheren Kanülen möglich sind)
16. Anordnung der Therapie im Aufwachraum und Feststellung der Entlassungsfähigkeit aus dem Aufwachraum unter Beachtung der BG/BIA-Empfehlung 1018
17. Anlage/Wechsel von Kathetern und Drainagen bei Einhaltung der obligaten Schutzmaßnahmen
18. Durchführung von Konsiliaruntersuchungen
19. Punktionen mit stichsicheren Systemen, sofern sichergestellt ist, dass die Schwangere/ Stillende nicht an bekannt oder vermutlich infektiösen Patienten tätig wird sowie generell nicht in Notfallsituationen.

Notfallmedizin

Bei Tätigkeiten in Bereichen mit Nothilfecharakter, z.B. Notaufnahme, Rettungsstelle, Notarztdienst, sind einerseits unerwartete Notfallmaßnahmen überdurchschnittlich häufig durchzuführen, zum anderen Kontakte mit Erregern sowie Blut oder anderen Körperflüssigkeiten generell nicht auszuschließen. In der Zusammenschau erscheint eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes in diesen Bereichen schwierig bis unmöglich, es besteht daher i.d.R. generelles Beschäftigungsverbot für schwangere Ärztinnen.

Intensivmedizin

Die dargestellten Grundsätze gelten auch für den Bereich Intensivmedizin, vorausgesetzt, die Schwangere ist nicht Alleindienstleistende auf der Station (s. S. 142).

Der Einsatz von schwangeren Anästhesistinnen im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung ist sinnvoll, da viele Tätigkeiten bei Anwendung üblicher Schutzmaßnahmen ohne Einschränkung möglich sind.

* Erb, Thomas Dr. med.; Hagemann, Hartmut Prof. Dr. med. (federführend); Mertens, Elmar; Pothmann, Werner Dr. med.; Weis, Evelyn Ass. jur. BDA; unter Mitarbeit von Becke, Karin Dr. med.; Bremerich, Dorothee Prof. Dr. med., und Gogarten, Wiebke Prof. Dr. med.

1 Die Aufsichtsbehörde kann in begründeten Einzelfällen die Ableistung von Nachtarbeit (20 Uhr bis 6 Uhr), Mehrarbeit sowie die Arbeit an Sonn- und Feiertagen genehmigen.

Intensivmedizin – Positivliste

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Kategorien:
• der Versorgung von Funktionsstörungen lebenswichtiger Organsysteme	selbstständige Durchführung / Leitung bzw. Mitwirkung u. Assistenz / Einschränkung / Verbot
• der Intensivbehandlung des akuten Lungen- und Nierenversagens, von akuten Störungen des zentralen Nervensystems, von Schockzuständen, der Sepsis und des Sepsissyndroms sowie des Multiorganversagens	Mitwirkung und Assistenz Ggf. übliche, teilweise obligate Schutzmaßnahmen Einschränkungen bei Infektionsverdacht
• interdisziplinärer Behandlungskoordination	Selbstständige Durchführung
• der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie	Selbstständige Durchführung
• der Anwendung von intensivmedizinischen Score-Systemen	Selbstständige Durchführung
• dem Transport von Intensivpatienten	Leitung, Mitwirkung und Assistenz Kein eigener Körpereinsatz Cave: Lastenheben!
• der Hirntoddiagnostik einschließlich der Organisation von Organpende	Selbstständige Durchführung
• krankenhaushygienischen und organisatorischen Aspekten der Intensivmedizin	Selbstständige Durchführung
Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:	Kategorien:
• Punktions-, Katheterisierungs- und Drainagetechniken einschließlich radiologischer Kontrolle	Mitwirkung und Assistenz Ggf. übliche, teilweise obligate Schutzmaßnahmen Bezüglich der Exposition von ionisierenden Strahlen sind die Vorgaben des Bundesamtes für Strahlenschutz resp. die Länderausführungen zu beachten.
• kardio-pulmonale Wiederbelebung	Leitung, Mitwirkung und Assistenz Kein eigener Körpereinsatz
• Mess- und Überwachungstechniken	Selbstständige Durchführung
• Bronchoskopie	Mitwirkung und Assistenz ohne volatile Anästhetika; obligate Schutzmaßnahmen Einschränkung bei manifester Infektion
• atmungsunterstützende Maßnahmen bei nicht intubierten Patienten	Leitung, Mitwirkung und Assistenz Ggf. übliche Schutzmaßnahmen
• differenzierte Beatmungstechniken	Leitung, Mitwirkung und Assistenz
• Beatmungsentwöhnung	Leitung, Mitwirkung und Assistenz übliche Schutzmaßnahmen
• Analgesie- und Sedierungsverfahren	Selbstständige Durchführung, Volatila nur unter Beachtung der BG/BIA-Empfehlung (z.B. Anästhesiesgaseliminierung/-absaugung, geschlossenes Absaugungssystem)
• enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik	Selbstständige Durchführung, ggf. übliche Schutzmaßnahmen
• Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie	Selbstständige Durchführung, ggf. übliche Schutzmaßnahmen
• Anwendung extrakorporaler Ersatzverfahren bei akutem Organversagen	Leitung, Mitwirkung und Assistenz Ggf. obligate Schutzmaßnahmen
• Kardioversion, Defibrillation und Elektrostimulation des Herzens	Leitung, Mitwirkung und Assistenz Ggf. übliche Schutzmaßnahmen Kein eigener Körpereinsatz
• Anlage passagerer transvenöser Schrittmacher einschließlich radiologischer Kontrolle	Mitwirkung und Assistenz Ggf. übliche Schutzmaßnahmen Verbot d. Anwesenheit bei Rö.-Kontrollen
• perioperative intensivmedizinische Behandlung	Selbstständige Durchführung Einschränkung siehe bei besonderen Maßnahmen
• intensivmedizinische Überwachung und Behandlung nach Traumen	Selbstständige Durchführung Einschränkung siehe bei besonderen Maßnahmen
• differenzierte Diagnostik und Therapie kardialer und pulmonaler Erkrankungen	Selbstständige Durchführung
• Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten	Selbstständige Durchführung