

## Weiterbeschäftigung der schwangeren Anästhesistin nach Mutterschutzrichtlinien

Judith Bosten, Jan Stumpner, Andreas Schöpfel, Leila Messroghli, Hinnerk Wulf, Patrick Meybohm

Das Mutterschutzgesetz ist für die allermeisten Arbeitnehmerinnen ein unumstrittener sozialer Fortschritt und ein wirksamer gesundheitlicher Schutz für die Schwangere und spätere Mutter sowie den Fetus bzw. das Kind. Mit Eintritt einer Schwangerschaft entsteht jedoch bei vielen Ärztinnen der Interessenkonflikt zwischen dem Schutz des ungeborenen Kindes und dem Verlust von Selbstbestimmung im Beruf.

### Einleitung

In einer bundesweiten Umfrage gaben 43% der Ärztinnen Bedenken an, ihre Schwangerschaft dem Arbeitgeber zu melden [1]. Ein gelungenes Konzept für die Weiterbeschäftigung nach Mutterschutzrichtlinien ist daher für den verantwortungsvollen Arbeitgeber und seine hochqualifizierten Mitarbeiterinnen erforderlich. Dabei dürfen auf gar keinen Fall einseitig die sinnvollen Maßgaben des Mutterschutzes speziell für Ärztinnen zum Vorteil der möglichst uneingeschränkten Einsatzmöglichkeiten von Schwangeren im Klinikbetrieb ausgehebelt werden, sei es aus Arbeitgebersicht (ungestörter Betriebsablauf) oder aus dem Blickwinkel der Schwangeren (ungestörte Weiterbildung).

### Rechtliche Grundlagen

#### Mutterschutzgesetz

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) soll sowohl den Gesundheitsschutz für eine schwangere oder stillende Frau und ihr Kind als auch die selbstbestimmte Entscheidung der Frau über ihre Erwerbstätigkeit und vor allem Weiterbildung sicherstellen [2]. Die Neufassung des Mutterschutzgesetzes trat zum 01.01.2018 in Kraft [3]. Feiertags- und Sonntagsarbeit können nun auf Wunsch von der Aufsichtsbehörde unter bestimmten Bedingungen genehmigt werden. Dieses Extrem ist in der praktischen Umsetzung für Anästhesistinnen und Chirurginnen nachrangig, da die Kerntätigkeiten ihrer Berufsausübung und vor allem der Weiterbildung der kritischen Prüfung ausgesetzt sind. Hier gibt es bereits vor der Geburt des Kindes zahlreiche Hürden für die Fortsetzung der beruflichen Laufbahn, die im Folgenden erläutert werden.

#### RECHTLICHES

##### Relevante Verbote

- Umgang mit Gefahrstoffen, die reproduktionstoxisch, keimzellmutagen, karzinogen, zielorgan- oder akut toxisch sind
- Kontakt mit Biostoffen der Risikogruppen 2, 3 oder 4
- ionisierende und nichtionisierende Strahlung
- Erschütterung, Vibration und Lärm
- Hitze, Nässe, Kälte
- Alleinarbeit
- Mehrarbeit, Nacharbeit, Arbeit an Sonn- und Feiertagen (Ausnahme: begründete Einzelfälle nach § 29 Abs. 3 Ziff. 1 MuSchG)
- regelmäßiges Tragen oder Heben von Lasten von > 5 kg oder gelegentlich von > 10 kg Gewicht (Cave: Ein- und Ausschleusen von Patienten im OP, Patientenlagerung)
- bewegungsarmes Stehen über 4 h (ab 5. Schwangerschaftsmonat)
- Einnehmen von Zwangshaltungen
- Tragen von Schutzausrüstung, die eine besondere Belastung darstellt

##### Relevante Rechte

- Freistellung für erforderliche Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft
- ununterbrochene Ruhezeit von mind. 11 h
- Die Tätigkeit am Arbeitsplatz darf, soweit erforderlich, für zusätzliche Pausen unterbrochen werden (Ausruhen mit Sitz- und Liegemöglichkeit).

- Die Kosten über vorzulegende Zeugnisse über Schwangerschaft und Stillzeit trägt der Arbeitgeber.
- Kündigungsschutz während der Schwangerschaft, den Mutterschutzfristen sowie auch bis 4 Monate nach einer Fehlgeburt (nach der 12. Schwangerschaftswoche)

## Meldung der Schwangerschaft

Damit die Meldung der Schwangerschaft und alle danach zu ergreifenden Maßnahmen entsprechend den gesetzlichen Regularien ablaufen können, sollte den Personalverantwortlichen sowie jeder Kollegin der formale Meldeweg vor Ort bekannt sein. Beispielhaft zeigt ► **Abb. 1** die praktische Organisation der Meldung einer Schwangerschaft in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Würzburg. Am Anfang steht die offizielle Bescheinigung über die Schwangerschaft mit Nennung des mutmaßlichen Entbindungstermins (§ 15 MuSchG).

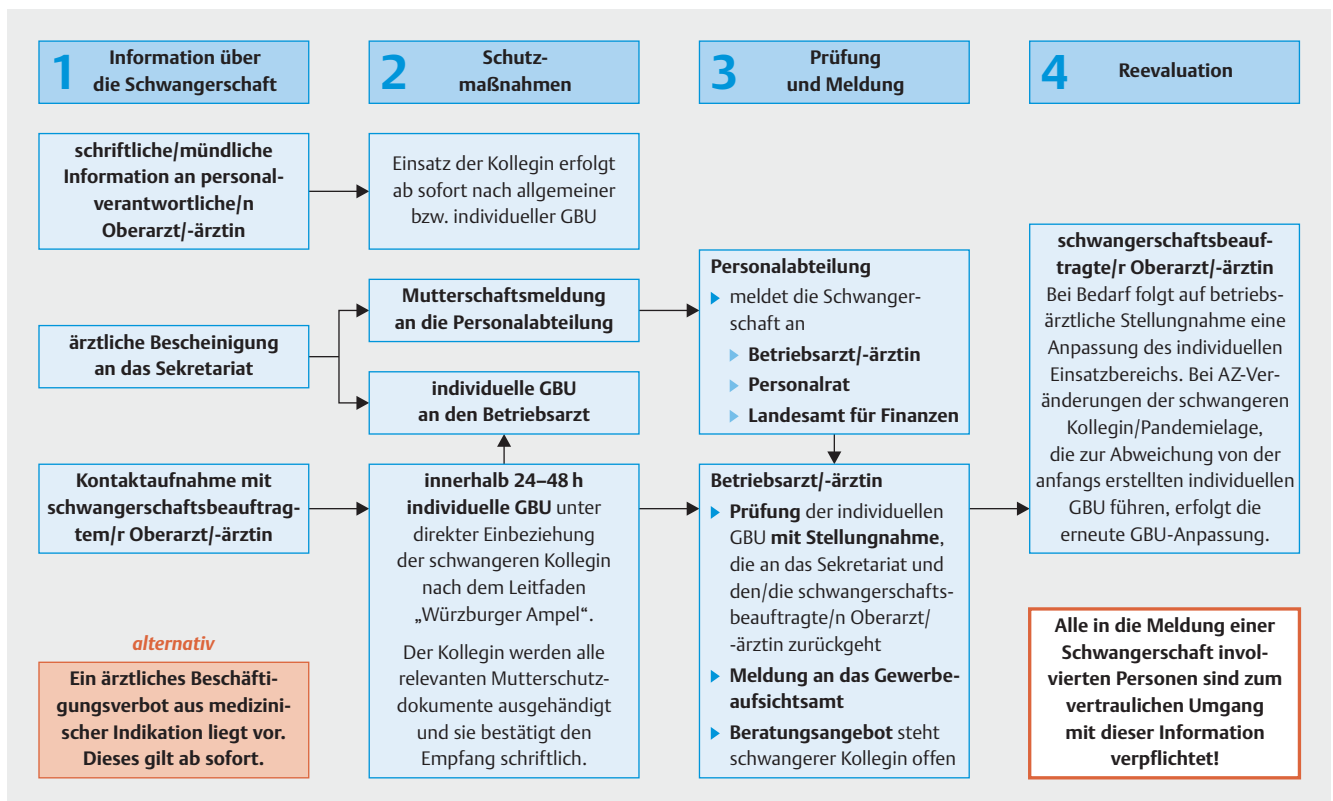
## Beschäftigungsverbot und Gefährdungsbeurteilung

### Arten des Beschäftigungsverbots

Ein **grundsätzliches Beschäftigungsverbot** gilt für die Schutzfristen 6 Wochen vor sowie 8 Wochen nach der termingerechten Entbindung (§ 3 Abs. 1, MuSchG). Auf ausdrücklichen Wunsch darf eine Schwangere innerhalb der 6-Wochen-Frist vor Geburt arbeiten, aber auch von ihrem Widerrufsrecht jederzeit Gebrauch machen.

Ein **ärztliches Beschäftigungsverbot** wird durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin ausgestellt (könnte prinzipiell durch jede/n Arzt/Ärztin ausgestellt werden), wenn nach der medizinischen Einschätzung eine gesundheitliche Gefährdung für die Mutter oder ihr Kind durch die Fortsetzung ihrer Tätigkeit besteht. Das ärztliche Beschäftigungsverbot verliert seine Gültigkeit, wenn der Arbeitgeber diese besondere Gefährdung durch geeignete Schutzvorkehrungen ausschließen kann.

Nur wenn der Arbeitgeber keinen sicheren Arbeitsplatz anbieten kann bzw. der Aufwand für einen solchen nicht zumutbar ist, spricht er im Ergebnis seiner Gefährdungsbeurteilung ein **betriebliches Beschäftigungsverbot** aus.



► **Abb. 1** Meldeweg einer Schwangerschaft in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Würzburg. AZ = Allgemeinzustand; GBU = Gefährdungsbeurteilung

### Die individuelle Gefährdungsbeurteilung (GBU)

Grundsätzlich ist jeder Arbeitgeber in der Pflicht, vorhandene Arbeitsplätze nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes auf potenziell gesundheitsgefährdende Einflussfaktoren zu überprüfen. Diese Prüfung muss jeder deutsche Betrieb anlassunabhängig im Rahmen der sog. **allgemeinen Gefährdungsbeurteilung** für alle Tätigkeiten und potenziellen Arbeitsplätze des Personals vorhalten.

Die Gefährdungsbeurteilung beinhaltet immer auch die Bewertung der Berufsausübung in Bezug auf eine unverantwortbare Gefährdung für die schwangere oder stillende Frau und ihr Kind nach Mutterschutzgesetz, z. B. die Durchführung von Narkosen bei Eingriffen unter Einsatz von teratogener Röntgenstrahlung. Bei einem nachweislich hohen Risiko einer Gefährdung muss der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen ergreifen. Die schwangere Anästhesistin darf folglich nicht im Strahlenbereich arbeiten.

Teilt eine Frau ihre Schwangerschaft mit, muss der Arbeitgeber unverzüglich Schutzmaßnahmen für diese Kollegin festlegen und sie in einem persönlichen Gespräch über die erforderlichen Anpassungen der Arbeitsbedingungen informieren (§ 10 Abs. 2 MuSchG). Hierbei wird für sie die **individuelle Gefährdungsbeurteilung** verfasst und durch gemeinsame Unterschrift bezeugt.

Die individuelle Gefährdungsbeurteilung erhält der/die **Betriebsarzt/-ärztin**, der/die eine Prüfung vornimmt. Teilt er/sie die Einschätzung des Arbeitgebers, leitet er/sie das Dokument an die zuständige Aufsichtsbehörde weiter. Betriebsarzt/-ärztin und Gewerbeaufsichtsamt können Einwände zum nicht angemessenen Einsatz der Mitarbeiterin erheben. Der/die Betriebsarzt/-ärztin ist zudem für die arbeitsmedizinische Beratung in Schwangerschaft und Stillzeit zuständig. Hierbei werden u. a. der Immunstatus und eine sich daraus ergebende Gefährdung der Mitarbeiterin überprüft.

### Umsetzung im klinischen Alltag und Fallstricke

Die Neufassung des Mutterschutzgesetzes hatte grundlegend das Ziel, dass die Arbeitnehmerinnen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden [2]. Einer approbierten Ärztin, die bisher hochmotiviert ihre berufliche Laufbahn verfolgt, sollte die eigene Urteilskraft daher nicht plötzlich abgesprochen werden. Aufgrund der nicht praxisorientierten Handlungsanweisungen des Mutterschutzgesetzes sind verschiedene Auslegungen einer Gefährdungslage am Arbeitsplatz möglich. Es gibt keine evidenzbasierte bundeseinheitliche Auslegung für die Gefährdungsbeurteilung, anhand derer eine diskriminierungsfreie Gleichbehandlung stattfindet. Die Aufsichtsbehörden (i. d. R. das zuständige Regierungspräsidium) urteilen selbst innerhalb eines Bundeslands uneinheitlich über eine „unzumutbare Gefährdung“ und somit über die Notwendigkeit eines betrieblichen Beschäftigungsverbots. Ihr Urteil über die Weiterbeschäftigung der schwan-

geren Ärztin ist jedoch bindend [4]. So unterscheidet sich in der Praxis die jeweilige Einschätzung des Risikos der Schwangeren an vergleichbaren Arbeitsplätzen – selbst innerhalb derselben Klinik oder deren Berufsgruppen.

## Schwangerschaft im anästhesiologischen Berufsalltag

### Volatile Anästhetika

Eine große Einschränkung in ihrer Berufsausübung erfahren schwangere Anästhesistinnen und Chirurginnen, die ihre Tätigkeiten im OP wahrnehmen möchten, aufgrund des geltenden Verbots beruflicher Exposition mit volatilen Anästhetika (§ 11 Abs. 1 MuSchG). Die Hersteller von Sevofluran, Isofluran und Desfluran stufen diese als reproduktionstoxisch nach Kategorie 2 gemäß der CLP-Verordnung (Chemikalienverordnung der EU) ein. Eine belastbare Datenlage dazu gibt es nach Recherche des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) nicht. Die Hersteller machen ihre Entscheidungsgrundlage nicht zur unabhängigen Prüfung öffentlich. Dem BDA liegen zusätzlich keinerlei Hinweise auf reproduktionstoxische Effekte durch berufsbedingte Exposition vor.

Die tatsächliche Belastung mit Inhalationsanästhetika ist bei Beachtung des Standes der Technik im OP gering, wie Expositionsmessungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege belegen [5]. Der BDA beantragte 2021 beim Ausschuss für Mutterschutz des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend die Prüfung der tatsächlich vorliegenden reproduktionstoxischen Gefahr durch berufliche Exposition mit volatilen Anästhetika. Sollte der Ausschuss die berufliche Exposition mit den aktuell etablierten Inhalationsanästhetika als unverantwortbare Gefährdung bestätigen, fordert der BDA Maßnahmenvorschläge für eine verantwortungsvolle Beschäftigung schwangerer Frauen im OP [5].

Solange volatile Anästhetika zur Kategorie 2 gezählt werden und der Antrag des BDA beim Ausschuss für Mutterschutz in Bearbeitung ist, kann die Weiterbeschäftigung schwangerer Frauen im OP nur unter dem absoluten Verzicht volatiler Anästhetika und dem Einsatz der totalen i. v. Anästhesie (TIVA) und/oder Regionalanästhesieverfahren realisiert werden. Wenn die Einhaltung der Grenzwerte für N<sub>2</sub>O sichergestellt ist, können schwangere Personen in Bereichen mit potenzieller N<sub>2</sub>O-Exposition arbeiten [6].

## BEISPIEL

### Praxisbeispiel Universitätsklinikum Marburg

In Marburg wird im Wesentlichen in einem großen (ZOP-A) und einem kleineren (ZOP-B) zentralen Operationstrakt operiert. Der ZOP-B (Augenklinik, HNO, MKG) ist seit Inbetriebnahme ohne Lachgasleitung konzipiert (mittlerweile gilt dies aus Klimaschutzgründen für das gesamte Klinikum). Zudem wird bis auf seltene, medizinisch begründete Ausnahmefälle in diesem Bereich vollkommen ohne Inhalationsanästhetika gearbeitet (unabhängig davon, ob dort gerade Schwangere arbeiten). Schwangere Anästhesistinnen werden bevorzugt in diesem Bereich eingesetzt. Auch der Aufwachraum für diesen Bereich ist damit frei von abgeatmeten Inhalationsanästhetika. Für schwangere Chirurgen anderer Disziplinen werden im ZOP-A einzelne OP-Säle tageweise (im OP-Plan hinterlegt) ohne Inhalationsanästhetika gefahren. Dementsprechend erfolgt eine gemeinsame Gefährdungsbeurteilung von Operateurinnen, Anästhesistinnen und betriebsärztlichem Dienst.

## Kindernarkosen

Von Kinderanästhesien geht stets eine potenzielle Gefährdung aus. Die inhalative Einleitung gehört zum Standardverfahren in der Kinderanästhesie, somit ist eine Exposition mit volatilen Anästhetika unvermeidbar. Zusätzlich geht von asymptomatischen (Klein-)Kindern ein hohes Risiko einer Ansteckung mit Rötelnvirus, Parvovirus B19 sowie Zytomegalievirus aus. Dies sollte jeder Kollegin in der vulnerabelsten Phase ihrer Schwangerschaft, dem 1. Trimenon, bewusst sein. Insofern kommt der Überprüfung des Impf- und/oder Immunstatus betreffend Hepatitis A und B, Zytomegalievirus, Mumps, Masern, Röteln, Ringelröteln oder Varizellen eine besondere Bedeutung zu.

## Aufwachraum

Die höchste Raumluftkonzentration von Inhalationsanästhetika ist in den Aufwacheinheiten zu erwarten, wenn die Patienten/-innen nach der Extubation die Inhalationsanästhetika in die Raumluft abatmen. Wird in den zugehörigen Operations- oder Interventionseinheiten mit volatilen Anästhetika gearbeitet, so ist ein Aufwachraum für Schwangere als Beschäftigungsfeld ungeeignet. Auch Räume, in denen Vapore mit volatilen Anästhetika befüllt werden, gelten als ungeeignete Arbeitsplätze für Schwangere.

## Praktische Umsetzung der Weiterbeschäftigung

Anhand der Positivliste des BDA [7] kann jede anästhesiologische Klinik sichere Arbeitsbereiche definieren, welche die Fortsetzung der Berufsausübung einer Anästhesistin gewährleisten. Mit einem gelungenen Konzept nutzt der Arbeitgeber seine Ressource an hochqualifizierten Mitarbeiterinnen. Die „Würzburger Ampel“ zeigt beispielhaft den Spielraum in der individuellen Arbeitsplatzgestaltung einer schwangeren Anästhesistin (► **Abb. 2**). Es handelt sich um eine Risikobewertung für Tätigkeiten, Arbeitsplätze und Patientengruppen. Wichtig zu betonen ist hier, dass auch der Weiterbildungsstand der jeweiligen Schwangeren eine Rolle spielt.

Das Ampelsystem gibt Tätigkeiten im grünen Bereich vor, die jede schwangere Anästhesistin gefahrlos ausüben kann. Der gelbe Bereich wird individuell bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung besprochen. Eine Fachärztin bzw. eine Kollegin im fortgeschrittenen Weiterbildungsstadium kann darüber urteilen, ob sie sich die Anlage eines zentralen Venenkatheters unter adäquaten Schutzvorkehrungen grundsätzlich weiterhin zutraut. Natürlich ist ein Widerruf aufgrund Veränderungen des gesundheitlichen Befindens im Verlauf der Schwangerschaft jederzeit möglich. Rot eingestuft sind die nach Mutterschutzgesetz nicht mehr in Frage kommenden Einsatzgebiete und Tätigkeiten.

### Merke

**Die pränante „Ampel-Form“ einer Gefährdungsbeurteilung schafft Transparenz im Kollegium. Dies beugt Konflikten vor, da protektive Bevormundung wie auch eine unwissentliche Überforderung der schwangeren Kollegin vermieden werden können.**

## Beschäftigung auf der Intensivstation

Ein Einsatz von Schwangeren auf der Intensivstation ist grundsätzlich möglich. Allerdings sind ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 h, Verbot zur Mehrarbeit, Nachtarbeit, Arbeit an Sonn- und Feiertagen (Ausnahme begründete Einzelfälle) zu berücksichtigen. Auch muss eine „Doppelbesetzung“ bestehen, damit gewährleistet ist, dass bestimmte in der Gefährdungsbeurteilung ausgeschlossene Tätigkeiten nicht von der Schwangeren übernommen werden müssen (z. B. aktive Durchführung der Herzdruckmassage etc.)

	vertretbar	eingeschränkt vertretbar	verboten
Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> Venenzugang (möglichst mit Sicherheitskanüle) <input type="checkbox"/> orale/nasale Intubation <input type="checkbox"/> Larynxmaske <input type="checkbox"/> Maskenbeatmung (O <sub>2</sub> /Raumluft) <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> Sonografie inklusive TEE <input type="checkbox"/> Lagerungskontrolle von Patienten <input type="checkbox"/> Reanimation (Supervision) <input type="checkbox"/> Transfusion von Blutprodukten <input type="checkbox"/> grundsätzlich alle patientenfernen Stationsarztaufgaben	<input type="checkbox"/> Bronchoskopie beim intubierten Patienten in TIVA <input type="checkbox"/> zentralvenöse Kanülierung (ZVK, Schleuse, PAK) <input type="checkbox"/> arterielle Kanülierung (inkl. PICCO-Arterie) <input type="checkbox"/> periphere Regionalanästhesie <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie/PDK-Anlage <input type="checkbox"/> innerklinische Transportbegleitung <input type="checkbox"/> Dilatationstracheotomie <input type="checkbox"/> MRSA, VRE, LRE, 3 MRGN, 4 MRGN	<input type="checkbox"/> Narkoseeinleitung/-aufrechterhaltung mit Inhalationsanästhetika <input type="checkbox"/> anstrengende körperliche Belastung (manuelle Thoraxkompression zur CPR, schwere Lagerungsmanöver) <input type="checkbox"/> Alleinarbeit, ohne dass Kollegen zu Notfällen hinzugezogen werden können <input type="checkbox"/> Notfallmedizin <input type="checkbox"/> Kinderanästhesie
Arbeitsplätze	<input type="checkbox"/> OP-Saal (sofern ohne Einsatz von Inhalationsanästhetika) <input type="checkbox"/> Prämedikations-/Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Station (Prämedikation, postanästhesiologische Visite, Akutschmerzdienst) <input type="checkbox"/> Studienzentrale	<input type="checkbox"/> Schockraum (Supervision) <input type="checkbox"/> Intensivstation	<input type="checkbox"/> Aufwachraum <input type="checkbox"/> Infektionsstationen <input type="checkbox"/> intraoperatives Röntgen <input type="checkbox"/> Radiologie (CT, MRT, Angiografie) <input type="checkbox"/> Schockraum (primär) <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ESWL <input type="checkbox"/> „Außenarbeitsplätze“ (d. h. Alleinarbeit)
Patienten		<input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis (solange <b>keine</b> invasiven Maßnahmen)	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Influenza, COVID-19 <input type="checkbox"/> Risikoklasse IV der Biostoffverordnung (z. B. Ebola) <input type="checkbox"/> CMV-Pneumonie
Arbeitszeiten	analog Paragraph 4, 5, 6 und 28 des MuSchuG		

► **Abb. 2** Die „Würzburger Ampel“ zum Einsatz schwangerer ärztlicher Mitarbeiterinnen bietet Übersicht über die möglichen Einsatzgebiete für eine Anästhesistin. CRP = kardiopulmonale Reanimation; ESWL = extrakorporale Stoßwellenlithotripsie; LRE = Linezolid-resistente Enterokokken; 3 und 4 MRGN = multiresistente gramnegative Stäbchen, die gegen 3 oder 4 Antibiotikaklassen resistent sind; MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus; MRT = Magnetresonanztomografie; PAK = Pulmonalarterienkatheter; PDK = Periduralkatheter; PICCO = Pulse Contour cardiac Output; TEE = transösophageale Echokardiografie; TIVA = totale i. v. Anästhesie; VRE = Vancomycin-resistente Enterokokken; ZVK = zentraler Venenkatheter

### Beschäftigung im Bereitschafts-/Schicht-/Nacht-/Wochenenddienst

In den §§ 4–6 des MuSchG werden die Details vorgegeben:

- Verbot der Mehrarbeit, d. h. die tägliche Arbeitszeit beträgt maximal 8,5 h, und die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit darf im Monatsdurchschnitt nicht überschritten werden
- ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 h
- Verbot der Nacharbeit zwischen 20 Uhr und 6 Uhr (im Einzelfall ist bis 22 Uhr eine Ausnahme möglich, wenn Voraussetzungen entsprechend § 28 MuSchG vorliegen und Behörde zustimmt)
- Verbot der Sonn- und Feiertagsarbeit (im Einzelfall Ausnahme für Sonn- und Feiertagsarbeit, wenn sich die Frau dazu ausdrücklich bereit erklärt, eine Ausnahme zugelassen ist, im Anschluss an eine ununterbrochene Nachtruhezeit von mindestens 11 h ein Ersatzruhetag gewährt wird und eine unverantwortbare Gefährdung für die schwangere Frau oder ihr Kind durch Alleinarbeit ausgeschlossen ist)

## Stillen im anästhesiologischen Berufsalltag

Die WHO empfiehlt, das Stillen über das 1. Lebensjahr des Kindes hinaus fortzusetzen [8]. Auch stillende Anästhesistinnen benötigen nach Rückkehr aus der Elternzeit einen Arbeitsplatz nach Mutterschutzgesetz. Sie müssen das fortgesetzte Stillen ärztlich attestiert nachweisen. Der Arbeitgeber erstellt die individuelle Gefährdungsbeurteilung und informiert die Aufsichtsbehörde. Das Mutterschutzgesetz beinhaltet folgende für eine stillende Anästhesistin relevante Vorgaben:

### INFOBOX

#### Verbote und Rechte

- ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 h
- Verbot einer Mehrarbeit, Nacharbeit, Arbeit an Sonn- und Feiertagen (Ausnahme: begründete Einzelfälle nach § 29 Abs. 3 Ziff. 1)
- Die Tätigkeit am Arbeitsplatz darf soweit erforderlich für zusätzliche Pausen unterbrochen werden (das Hinsetzen oder -legen zum Ausruhen muss möglich sein).
- Ein Kontakt mit Biostoffen der Risikogruppen 2, 3 und 4 ist verboten. Nur bei vorliegendem Immunschutz ist der Umgang mit Biostoffen der Risikogruppen 2 (z. B. Röteln, Masern) und 3 (z. B. Hepatitis B und C) erlaubt, der Kontakt mit Risikogruppe 4 (z. B. Ebola) hingegen nicht.
- keine physikalischen Einwirkungen, insbesondere ionisierende und nichtionisierende Strahlung
- Freistellung zum Stillen mind. 2-mal täglich für eine halbe Stunde (gilt nur innerhalb der ersten 12 Lebensmonate des Kindes)

Inwiefern das Verbot beruflicher Exposition mit volatilen Anästhetika auch für stillende Anästhesistinnen gilt, ist aus Sicht der Autoren bislang in der Literatur unzureichend geklärt. Laut MuSchG dürfen Stillende den Gefahrstoffen, die nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 als reproduktionstoxisch nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation gelten, nicht ausgesetzt werden (§ 12 Abs. 1 MuSchG).

Ob die Narkosegase Sevofluran, Desfluran und Isofluran zur Zusatzkategorie R64 (= mit Wirkung auf die Laktation) gehören, ist nicht ganz klar. Wenn aber seit mehr als 10 Jahren selbst nach Inhalationsanästhesie der stillenden Patientin keine Stillpause mehr angeraten wird [9], sollte aus Sicht der Autoren bei Beachtung des Standes der Technik deren Wirkung auf die Laktation bei beruflicher Exposition als unbedenklich bewertet werden können.

## Finanzielle Aspekte für Ärztinnen in der Schwangerschaft und Stillzeit

Das Mutterschutzgesetz sieht vor, dass schwangeren oder stillenden Frauen keine Nachteile entstehen dürfen. Dies bezieht sich auch auf die finanziellen Einschränkungen, die der Ausschluss von Mehr- und Nacharbeit einer Ärztin mit sich bringen. Bei fortgesetzter Erwerbstätigkeit in der Schwangerschaft und Stillzeit hat die Ärztin daher Anspruch auf einen finanziellen Ausgleich für den Ausfall der durchschnittlich geleisteten Mehrarbeit, die sie 3 Monate vor Eintritt der Schwangerschaft geleistet hat. Dies gilt ebenso für den Mutterschutzlohn während der Schutzfristen und während eines Beschäftigungsverbots (§§ 18 und 21 MuSchG).

## Besonderheiten des Mutterschutzes in der Pandemie

### Zuordnung zur Hochrisikogruppe

Schwangere Frauen gehören nach heutigem Wissensstand zur Hochrisikogruppe in der Pandemie. Im Rahmen einer manifesten COVID-19-Erkrankung wiesen Schwangere im Vergleich zu ihrer Altersgruppe eine erhöhte Morbidität und Mortalität auf. Symptomatische Verläufe führen zu einer höheren Rate an intensivmedizinischer Behandlungs- und Beatmungsnötigkeit, erhöhtem Risiko für Frühgeburt, hypertensiven Schwangerschafts-erkrankungen und intrauterinem Fruchttod [10].

Inwiefern verschiedene Virusvarianten dieses Risiko beeinflussen, ist Gegenstand aktuell begleitender Forschung [11]. Ob sich Omikron auf die Schwangerschaft im Sinne von Frühgeburt, Totgeburt oder Präeklampsie auswirkt, bleibt noch unklar. Allerdings kann aus den vorherigen Varianten abgeleitet werden, dass die Schwere der Symptomatik mit den ungünstigen Ereignissen korreliert. Da Omikron in der Regel milder verläuft, kann mit Zurückhaltung davon ausgegangen werden, dass es zu weniger ungünstigen Ereignissen kommt.

### Beschäftigungsverbot in der Pandemie

Für die Weiterbeschäftigung von schwangeren Frauen im Gesundheitswesen fehlen seit Beginn der Pandemie einheitliche Richtlinien. Nach ausführlicher Recherche des Infektionsschutzgesetzes konnten keine Ausführungen zu einem generellen pandemiebedingten Beschäftigungsverbot schwangerer Kolleginnen gefunden werden. In verschiedenen Bundesländern gibt es unterschiedliche mutterschutzrechtliche Empfehlungen, in Bayern und Hessen z. B. gab es zu Beginn der Pandemie ein nahezu generelles Beschäftigungsverbot. Gefolgt war dieses von der Vorgabe, dass die Schwangere am Arbeitsplatz keinem höheren Infektionsrisiko als die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt sein darf. Die Vorgaben der Länder sind für die Kliniken bindend.

Spätestens mit der Dominanz der Omikronvariante sollte nun neu bewertet werden, ob vollständig geimpfte Schwangere tatsächlich einem Beschäftigungsverbot unterliegen müssen. Die Virusübertragungen finden größtenteils außerhalb der Kliniken in der Freizeit statt. Das gilt auch für Schwangere. Die Autoren halten daher unter gegebenen Schutzmaßnahmen (Tragen einer FFP2-Maske) das Ansteckungsrisiko in der Klinik für gering.

### Merke

**Der Einsatz einer schwangeren Ärztin in der Versorgung von SARS-CoV-2-positiven Patienten ist selbstverständlich ausgeschlossen. SARS-CoV-2 wurde den Biostoffen der Risikogruppe 3 zugeordnet.**

### Perspektiven für eine Weiterbeschäftigung in der Pandemie

Um eine Perspektive für die Erwerbstätigkeit in der Schwangerschaft während der Pandemie zu schaffen, muss die Gefährdungsbeurteilung dem jeweiligen Infektionsgeschehen angemessen angepasst werden. Auch eine sinnvolle patientenferne Tätigkeit anzubieten, kann eine echte Alternative sein. Eine solche Herangehensweise wird auch durch die mutterschutzrechtliche Bewertung des Bundesgesundheitsministeriums nahegelegt [12]. Dieses empfiehlt in seiner aktuellen Fassung vom 24.02.2021 im Gesundheits- und Pflegebereich Folgendes:

- Bevorzugung patientenferner Tätigkeiten
- Falls eine Gewährleistung eines SARS-CoV-2-freien Bereichs möglich ist (z. B. durch Testung bei Aufnahme), ist ein Einsatz einer Schwangeren dort zu prüfen.
- grundsätzlicher Ausschluss des Einsatzes auf Infektionsstationen, Notaufnahmen und interdisziplinären Intensivstationen

Mögliche Alternativen:

- Tätigkeiten in Forschung und Lehre (an Universitätsklinik oder akademischen Lehrkrankenhäusern)
- Telemedizinarbeitsplätze (Telenotarzt, Teleintensivmedizin, Virtuelles Krankenhaus)

Diese mutterschutzrechtliche Bewertung lässt grundsätzlich Spielraum zu, eine schwangere Anästhesistin auch im Rahmen der Pandemie weiterhin im OP-Betrieb einzusetzen. Die elektiven Eingriffe nach vorheriger präoperativer PCR-Testung der Patienten bieten den angestrebten Schutz.

Hinzu kommt die im März 2022 in Kraft getretene Impfpflicht im Gesundheitswesen, welche die bestmögliche Herdenimmunität des Kollegiums bietet. Die Impffehlerrate gegen COVID-19 in Schwangerschaft und Stillzeit der STIKO gilt seit September 2021. Der Impfstatus der schwangeren Kollegin wird in offiziellen Empfehlungen zum Mutterschutz bisher nicht berücksichtigt.

Der zuständige Ausschuss für Arbeitsmedizin auf Bundesebene empfiehlt keine feste Tragezeitbegrenzung für das Tragen einer FFP2- oder FFP3-Maske für Schwangere mehr. Er weist nur darauf hin, auf ausreichende Tragezeitpausen zu achten [13]. Eine schwangere Anästhesistin sollte sich z. B. beim Atemwegsmanagement mit einer FFP2-Maske schützen.

### KERNAUSSAGEN

- Das Mutterschutzgesetz gibt die Richtlinien für die Weiterbeschäftigung schwangerer und stillender Frauen vor.
- Für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben fehlt eine eindeutige bundeseinheitliche Auslegung.
- Anhand der Positivliste des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten kann eine Klinik sichere Arbeitsplätze für die schwangere Anästhesistin definieren.
- Das Verbot der beruflichen Exposition mit volatilen Anästhetika wird derzeit vom Ausschuss für Mutterschutz auf seine Haltbarkeit geprüft [6].
- Bei der andauernden Pandemie ist der Arbeitgeber in der Pflicht, eine Perspektive für eine der Infektionslage angemessene Fortsetzung der Erwerbstätigkeit zu entwickeln.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Autorinnen/Autoren



#### Judith Bosten

Dr. med. Fachärztin für Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Intensivmedizin. Funktionsoberärztin an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Würzburg.



#### Jan Stumpner

PD Dr. med. Facharzt für Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnungen Intensiv- und Notfallmedizin. Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Würzburg. Klinische Schwerpunkte: präoperative Vorbereitung von Hochrisikopatienten, Patient Blood Management, Echokardiografie.



#### Andreas Schöpfel

Dr. med. Facharzt für Innere Medizin und für Arbeitsmedizin. Leiter der Stabsstelle Betriebsarzt am Universitätsklinikum Würzburg.



### Leila Messroghli

Dr. med. Fachärztin für Anästhesiologie. Oberärztin an der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Mannheim. Klinische Schwerpunkte: Kinderanästhesie, geburtshilfliche Anästhesie, Personalmanagement.



### Hinnek Wulf

Univ.-Prof. Dr. med. Seit 2001 Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Marburg. Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte: Regionalanästhesie, Schmerztherapie, geburtshilfliche Anästhesie, Muskelrelaxanzien, Pharmakologie der Anästhetika. Er ist Gleichstellungsbeauftragter der Fakultät und gehört zum Herausgebergremium der AINS.



### Patrick Meybohm

Univ.-Prof. Dr. med. Seit 2020 Direktor der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Würzburg. Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte: Intensivmedizin, perioperatives Outcome, präoperative Vorbereitung von Hochrisikopatienten, Patient Blood Management. Er gehört zum Herausgebergremium der AINS.

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. med. Patrick Meybohm

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie  
Universitätsklinikum Würzburg  
Oberdürrbacher Str. 6  
97080 Würzburg  
Deutschland  
meybohm\_p@ukw.de

## Literatur

- [1] Deutscher Ärztinnenbund e.V.. Betroffene bestätigen: Mutterschutzgesetz behindert Ärztinnen-Karrieren. Erste bundesweite Umfrage unter schwangeren Ärztinnen und Medizinstudentinnen. 23.02.2021. Zugriff am 30. März 2022 unter: [https://www.aerztinnenbund.de/Betroffene\\_bestaetigen.3357.0.2.html](https://www.aerztinnenbund.de/Betroffene_bestaetigen.3357.0.2.html)
- [2] Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Mutterschutzrechts. Drucksache 18/8963. 28.06.2016. Zugriff am 30. März 2022 unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/089/1808963.pdf>
- [3] Bundesministerium der Justiz. Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium. Zugriff am 30. März 2022 unter: [www.gesetze-im-internet.de/muschg\\_2018/index.html#BJNR122810017BJNE001200000](http://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/index.html#BJNR122810017BJNE001200000)
- [4] Weis E, Beck G, Becke-Jakob K et al. Arbeitsplatz für schwangere/stillende Ärztinnen in der Anästhesiologie, Schmerztherapie, Intensiv- und Palliativmedizin. *Anästh Intensivmed* 2020; 61: V15–V19
- [5] Weis E, Münster T. Einsatz von volatilen Anästhetika bei der Beschäftigung von schwangeren Frauen – Antrag des BDA an

den Ausschuss für Mutterschutz. *Anästh Intensivmed* 2021; 62: V35

- [6] Gerding J, Eickmann U. Sicheres Arbeiten mit Anästhesiegasen. BGWforschung Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW); 2019. Zugriff am 30. März 2022 unter: <https://www.bgw-online.de/resource/blob/22290/c696343c0fe33467dbc8febdda61e9b2/anaesthesiegase-data.pdf>
- [7] BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“. Arbeitsplatz für schwangere Ärztinnen in der Anästhesiologie und Intensivmedizin. Empfehlung der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“. *Anästh Intensivmed* 2014; 55: 132–142
- [8] Fleischer Michaelsen K, Weaver L, Branca F et al. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO Regional Publications. European Series; 87 2003. Zugriff am 30. März 2022 unter: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/feeding-and-nutrition-of-infants-and-young-children>
- [9] Kranke P, Frambach T, Schelling P et al. Leser fragen – Experten antworten. Stillen nach Narkosen: Ist eine Stillpause obligat? *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2011; 46: 304–311
- [10] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM), weitere Fachgesellschaften. Empfehlungen zu SARS-CoV-2/COVID-19 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Eine gemeinsame Stellungnahme von Deutscher Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutscher Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM) und weiteren Fachgesellschaften. 2021. Zugriff am 30. März 2022 unter: <https://www.dggg.de/stellungnahmen/empfehlungen-zu-sars-cov-2-covid-19-in-schwangerschaft-geburt-und-wochenbett-november-2021>
- [11] Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) e.V.. CRONOS-Registerstudie. Zugriff am 30. März 2022 unter: <https://www.dgpm-online.org/gesellschaft/covid-19/cronos-aktuelle-zahlen/>
- [12] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Hinweise zur mutterschutzrechtlichen Bewertung von Gefährdungen durch SARS-CoV-2. 24.02.2021. Zugriff am 30. März 2022 unter: [https://www.bafza.de/fileadmin/Programme\\_und\\_Foerderungen/Unterstuetzung\\_von\\_Gremien/Ausschuss-fuer-Mutterschutz/Informationapapier\\_Mutterschutz\\_und\\_SARS-CoV\\_2.pdf](https://www.bafza.de/fileadmin/Programme_und_Foerderungen/Unterstuetzung_von_Gremien/Ausschuss-fuer-Mutterschutz/Informationapapier_Mutterschutz_und_SARS-CoV_2.pdf)
- [13] Bundesministerium für Arbeit und Soziales.. Stellungnahme des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) zu Tragezeitbegrenzungen für FFP2-Masken. 06.12.2021. Zugriff am 30. März 2022 unter: [https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Geschaefts-fuehrung-von-Ausschuessen/AfAMed/pdf/Stellungnahme-Tragezeit-FFP2-Masken.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Geschaefts-fuehrung-von-Ausschuessen/AfAMed/pdf/Stellungnahme-Tragezeit-FFP2-Masken.pdf?__blob=publicationFile&v=3)

## Bibliografie

*Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2022; 57: 372–379  
DOI 10.1055/a-1744-3560  
ISSN 0939-2661  
© 2022. Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany