

# Mutterschutz: Erfahrungen aus der Praxis

## Zwei Kommentare

### Weiterhin erhebliche Probleme durch das neue Mutterschutzgesetz

Nach meiner Überzeugung stellt das neue Mutterschutzgesetz schwangere Ärztinnen weiterhin vor erhebliche Probleme. Aus diesem Grund hat sich der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) mit einem offenen Brief an den Gesetzge-

ber gewandt und auf die fortbestehenden Probleme verwiesen.

Einerseits sollen die Neuregelungen werdende Mütter besser schützen – das ist unstrittig begrüßenswert.

Andererseits beinhaltet das Gesetz eine Vielzahl von Tätigkeitsverboten für Ärztinnen mit festgestellter Schwangerschaft. In der klinischen Praxis kommen diese „Arbeitsverbote“ oder sogar „Beschäftigungsverbote“ gleich.

Insbesondere die Regelungen zum Infektionsschutz und dem Schutz vor Gefahren- oder Biostoffen schließen eine Tätigkeit im Operationssaal während der Schwangerschaft nahezu aus. In dem vorherigen Artikel wird bereits auf diese Problematik und die nach wie vor unsichere Rechtslage verwiesen. Ich hätte mir an dieser Stelle vor allem im Interesse der vielen jungen Kolleginnen in Weiterbildung in den chirurgischen Fachdisziplinen mehr Pragmatismus mit klaren Festlegungen gewünscht. Es ist zu befürchten, dass auch in Zukunft die Bekanntgabe einer Schwangerschaft einem „Operationsverbot“ gleichkommt. Stattdessen wird die Zeit der Schwangerschaft mit ungeliebten Stations-, Dokumentations- und Schreibarbeiten überbrückt. Die Weiterbildung auf operativem Gebiet

bleibt über einen langen Zeitraum auf der Strecke!

Arbeitgeber und Chefärzte in den Kliniken werden sich weiter in einem Interessenkonflikt befinden. Das Risiko der Haftung bei einer entsprechenden Gefährdungsbeurteilung ist einfach zu groß. Hinzu kommen die regional unterschiedlichen und offenbar sehr stark individuell gefärbten Bewertungen durch die Gewerbeaufsichtsämter.

Die Bedingungen im OP haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten verändert. Viele Gefahrenquellen existieren nicht mehr oder können vermieden werden. Intravenöse und regionale Anästhesieverfahren sind Alternativen zu Narkosegasen. Es gibt verletzungs-sichere Instrumente und das Patientenscreening auf Infektionen (zum Bei-

spiel Hepatitis C, HIV) ist in allen Häusern gewährleistet.

Nach meiner Überzeugung verhindert in der klinischen Praxis auch das neue Mutterschutzgesetz eine Fortsetzung der operativen Weiterbildung beziehungsweise Tätigkeit. Der Gewissenskonflikt wird fortbestehen und viele werden nach meiner Erfahrung auch in Zukunft ihre Schwangerschaft in den ersten Monaten, so lange es eben geht, verheimlichen.

Ich hätte mir vom Gesetzgeber mehr Vertrauen in die Eigenverantwortung und damit individuelle Gestaltungsmöglichkeiten gewünscht! ■

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler  
Klinikum St. Georg gGmbH  
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

## Schwangere Ärztinnen sollten mitentscheiden können

Arbeitsschutz ist wichtig. Ganz besonders gilt dies für die sensible Situation der Schwangerschaft. Die schwangere Ärztin muss vor Gefahren am Arbeitsplatz geschützt werden. Gleichzeitig soll die Ärztin jedoch nicht durch ihre Schwangerschaft unnötig in ihrer Berufsausübung oder Weiterbildung behindert werden. Eigentlich sind sich alle einig, dass die von Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler in seinem Leserbrief dargestellte Realität in chirurgischen Fächern vermieden werden sollte. Doch nicht nur in OPs sondern auch in internistischen Abteilungen führt das aktuelle Mutterschutzgesetz zu genau dieser Lösung: Arbeitsverbot.

Besonders problematisch ist der Schutz vor Infektionen. Allein die Anwesenheit im Krankenhaus stellt ein (gering, aber nachweisbar) erhöhtes Infektionsrisiko dar. Viele Sondersituationen sind mit zusätzlichen Risiken

verbunden. Blutentnahmen, Arbeit mit sonstigen Körperflüssigkeiten, resistente Erreger, besonders kontagiöse Erreger, Patienten mit Neutropenie, und, und, und. Doch bei den meisten Situationen lassen sich die Risiken durch besondere Verhaltensregeln oder spezielle Technik stark verringern und manchmal sogar fast auf null reduzieren. Aber eben nicht ganz auf null. Es bleibt ein Restrisiko.

Der Arbeitgeber hat die Gefährdungslage zu beurteilen, er hat das Risiko zu minimieren, er hat zu entscheiden, ob ein vorliegendes Risiko akzeptabel sei, er trägt allein die Verantwortung. Doch wer will einer schwangeren Ärztin ein noch so kleines, aber über das Risiko der Normalbevölkerung hinausgehendes Risiko aufbürden? Der Arbeitgeber kann ja gar nicht anders, als die Schwangere durch Arbeitsverbot maximal zu schützen. Nicht nur die Angst

vor haftungsrechtlichen Konsequenzen, sondern allein schon ethische Überlegungen (diese seien dem guten Arbeitgeber unterstellt) verbieten jedes vermeidbare Risiko. Bestmögliche Vermeidung, größtmögliche Minimierung bedeutet aber Arbeitsverbot.

Die schwangere Ärztin selbst kommt im Mutterschutzgesetz nur als zu schützendes Objekt und somit rein passiv vor. Dabei ist sie die Einzige, die Restrisiken für sich selbst und ihr ungeborenes Kind abwägen und für tragbar oder nicht akzeptabel einordnen kann. Sie muss geschützt werden, indem keine Risikotätigkeit von ihr verlangt werden darf. Meines Erachtens muss sie aber zwingend in die Entscheidung mit eingebunden werden, welches Restrisiko sie tragen möchte. Dieses wird nie null sein, kann aber durch entsprechendes Verhalten in manchen Bereichen sehr stark mini-

miert werden. Nach Gefahrenfeststellung durch den Betriebsarzt, nach Risikominimierung durch den Arbeitgeber kann nach intensiver Beratung nur die Schwangere selbst das letzte Wort haben. Dies ist im Gesetz, sicher um die Schwangere vor unvorsichtigem Verhalten oder Druck durch den Arbeitgeber zu schützen, so jedoch nicht vorgesehen. Wir sollten nicht nur unseren Patienten, sondern auch unseren Kolleginnen in der Schwangerschaft neben Fürsorge aber auch Autonomie zutrauen.

Ich hatte versucht, als Chefarzt einer internistischen Abteilung in einem Regelversorgungs Krankenhaus einen Handlungsleitfaden für den Arbeits-

schutz in der Schwangerschaft zu erstellen. Dabei sollte die Ärztin zunächst von jeglichem Risiko entbunden werden. Dann sollte in einem Gespräch zwischen der betroffenen Ärztin, Betriebsarzt und Arbeitgeber festgelegt werden, welche Maßnahmen zur Risikoreduktion zu ergreifen sind und welches Restrisiko doch für akzeptabel gehalten wird.

Ergebnis konnte entweder sein, dass nichts geändert wird, die Ärztin nicht mehr in die Klinik kommt und somit maximal geschützt wird. Oder aber, dass die Schwangere geringe, klar dokumentierte Risiken akzeptieren möchte. Sie sollte bei dieser Abwägung das letzte Wort haben. Gemeinsam mit dem

Abteilungsleiter wird dann festgestellt, wie dies im Alltag umzusetzen ist.

Ergebnis wäre eine sogenannte partizipative Entscheidungsfindung gewesen. Die Ärztinnen meiner Abteilung begrüßten dieses Konzept ausdrücklich. Ein zu Rate gezogener Arbeitsmediziner und ein Jurist lehnten es jedoch unter Verweis auf das Mutterschutzgesetz und die alleinige Entscheidung durch den Arbeitgeber ab. Angesichts der aktuellen Rechtslage war diese Ablehnung völlig korrekt und konsequent. Ich finde es dennoch schade. ■

Dr. med. Andreas von Aretin  
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig gGmbH  
Biedermannstraße 84, 04277 Leipzig