

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 Berufseinsteigern 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 selbständig Erwerbstätigen 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 Einstellungen 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 Mitarbeitern 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 gefahrlos 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 Blutkontakten 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 Facharztweiterbildung – 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