

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 Arbeitsplatzgrenzwerte (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 (Krankenhaussträger, 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 Aufwächerräumen 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, sollte aus arbeitsmedizinischer Sicht das berufsbedingte Infektionsrisiko anhand einer individuellen Gefährdungsbeurteilung vor dem Hintergrund der epidemiologischen und wissenschaftlichen Daten bewertet werden. Durch entsprechende arbeitsmedizinische und krankenhaushygienische Schutzmaßnahmen ist ein individuelles Beschäftigungsverbot nur in Ausnahmefällen indiziert. Bei ungenügender Immunität gegenüber relevanten Keimen wird eine Impfung vor der Schwangerschaft empfohlen [11]. Impfungen sollten allen Arbeitnehmerinnen im fortpflanzungsfähigen Alter angeboten werden, in Praxen oder Kliniken mit vielfältigem Kinderkontakt muss der Arbeitgeber Impfungen gegen Influenza, Pertussis, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen anbieten [11]. Viele dieser Infektionen können sowohl Mutter als auch Kind gefährden. Von Impfungen mit einem Lebendimpfstoff in der Schwangerschaft ist generell abzusehen. Für Totimpfstoffe, wie beispielsweise Impfstoffe gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hepatitis A und B, stellt eine Schwangerschaft keine Kontraindikation dar. Beispielsweise wird für alle Schwangeren ab dem 2. Trimenon eine Impfung gegen Influenza explizit empfohlen, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung der Schwangeren infolge eines Grundleidens bereits ab dem 1. Trimenon [12].

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. Aufgrund 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, Pelmeur 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 halothanenitrous 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, Schäfer R, Wendt M: Umsetzung der Gefahrstoffverordnung. Empfehlung der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“. *Anästhesiologie* 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 – Aufwachräume. 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: bda@bda-ev.de