

Ärzeschaft

„Wir brauchen beim Mutterschutz für Ärztinnen zeitnahe Entscheidungen“

Dienstag, 14. Dezember 2021

Berlin – Seit 2018 gilt in Deutschland ein novelliertes Mutterschutzgesetz. Allerdings wird es gerade bei schwangeren Ärztinnen, die in Kliniken angestellt sind, oft nicht angewendet. Gegen die pauschalen Arbeitsverbote in der Schwangerschaft, die von Landesbehörden oder Gesundheitsämtern ausgesprochen werden, wehren sich immer mehr Ärzteverbände, darunter neben dem Deutschen Ärztinnenbund auch der Marburger Bund, der Hartmannbund sowie die Initiative OPidS und der neu-gegründete Verband Chirurginnen.

Das *Deutsche Ärzteblatt* (DÄ) sprach mit Astrid Bühren, der Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, die seit Mitte der 1990er-Jahre mehr Rechte für schwangere Ärztinnen fordert, über den Stand der Entwicklungen in Deutschland und über eine US-Studie über Chirurginnen, deren Ergebnisse nicht auf die Situation in Deutschland angewendet werden dürfe.

5 Fragen an an Astrid Bühren, der Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

DÄ: In einer JAMA-Studie wurde kürzlich festgestellt, dass bei Chirurginnen in den USA, die während der Schwangerschaft weiterarbeiten, ein höheres Risiko für Komplikationen sowie Frühgeburten besteht. Sie kritisieren die Studie – warum?

Astrid Bühren: Ich kritisiere die Studie nicht. Ich finde es sehr wichtig, dass in den USA dieses Thema diskutiert, mit harten Daten unterlegt und hoffentlich die arbeitsrechtliche Situation der Chirurginnen verbessert wird. Ich bin aber der Meinung, dass diese Studie nicht unkommentiert stehen bleiben darf. Denn die Prob-



Astrid Bühren /privat

leme der Chirurgen in Deutschland sind ganz andere.

Hier gibt es die arbeitsschutzrechtlichen Vorgaben, die viele Frauen in den USA nicht haben, seit Jahren. In Deutschland ist vielmehr die Gefahr, dass Chirurgen mit dem Verweis auf die vorhandenen Arbeitsschutzregeln pauschal von ihrem Beruf ausgeschlossen und damit diskriminiert werden. Das ist rechtswidrig.

DÄ: Lässt sich die arbeitsrechtliche Situation in Deutschland überhaupt mit den Regelungen in den USA vergleichen?

Bühren: Nein. In Deutschland dürfen Ärztinnen, die ihre Schwangerschaft dem Arbeitgeber gemeldet haben, keine Nachtdienste mehr machen. Ihre Arbeitszeit ist strikt auf 8,5 Stunden pro Tag oder 90 Stunden pro zwei Wochen begrenzt. Die nachgeburtliche Mutterschutzfrist beträgt acht Wochen und eine angestellte Frau darf nicht früher wieder berufstätig sein. Das ist bei Freiberuflerinnen, wie beispielsweise Praxisinhaberinnen, anders. Aber auch sie können Elternzeit nehmen.

Es gibt seit der Reform des Mutterschutzgesetzes auch erste Schritte zur Sicherung von selbständigen Ärztinnen. Bleiben wir bei den angestellten Ärztinnen: In Deutschland wollen mehr als 80 Prozent der Chirurgen während der Schwangerschaft weiter operieren. Patientinnen und Patienten sollten vor der OP regelhaft negativ auf HIV und Hepatitis-C-Virus getestet sein, die Chirurgen eine sichere Hepatitis-B-Immunität besitzen und das Spektrum auf elektive Eingriffe begrenzt werden.

Gleiches gilt nun für COVID-19 – hier regen wir eine vollständige Impfung an und unterstellen, dass alle Patientinnen und Patienten, mit denen schwangere Ärztinnen arbeiten, auf SARS-CoV-2 getestet wurden. Es ist dabei gesetzlich verboten, nach dem fünften Schwangerschaftsmonat länger als vier Stunden während einer

OP zu stehen.

In der hier zitierten US-Studie wird empfohlen, ab dem dritten Trimester die Grenze von zwölf Stunden pro Woche im OP nicht zu überschreiten. Deutsche Chirurginnen wären froh, wenn sie wenigstens so viel operieren dürften. Die Angst durch die Bekanntgabe der Schwangerschaft von der chirurgischen Kerntätigkeit im OP ausgeschlossen zu werden ist groß.

Außerdem drohen angestellten Schwangeren in Deutschland keine finanziellen Nachteile, wenn sie wegen Mutterschutzmaßnahmen ihre Tätigkeit ändern, einschränken oder doch im Ausnahmefall einstellen müssen. Und selbst im Fall einer Arbeitsunfähigkeit in der Schwangerschaft wegen einer Krankheit verringert sich erst ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit die finanzielle Absicherung.

DÄ: Auch in Deutschland wird seit Jahren heftig um einen besseren Mutterschutz für Chirurginnen gerungen – ohne, dass sie durch eine Schwangerschaft einen Karriereknick hinnehmen müssen. Auch der Ärztinnenbund (DÄB), in dem Sie Ehrenpräsidentin sind, setzt sich seit Jahrzehnten dafür ein. Wie ist der aktuelle Stand der Neuregelungen?

Bühren: Der DÄB formuliert seit den 1990er-Jahren das Thema Mutterschutz, nicht nur für die Chirurginnen. Seither wurde das Thema von vielen aufgegriffen. Dazu gehören neben dem DÄB die Initiative OPidS, Chirurginnen, der Hartmannbund und der Marburger Bund.

Durch die steigende Anzahl der Frauen in der Medizin wächst die Front derer, die auf eine transparente und medizinisch evidenzbasierte Umsetzung des Mutterschutzgesetzes pochen. Dazu gehört auch, ein unnötiges Beschäftigungsverbot zu vermeiden und das im Grundgesetz Artikel 12 verankerte Grundrecht auf Berufsausübung zu gewährleisten.

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verbietet Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts. Werden Frauen ohne plausible Einschätzung der Risiken pauschal beurlaubt, stellt das eine unzulässige Benachteiligung auch im Sinne des AGG dar.

Die Gefährdungsbeurteilung muss bundeseinheitlich und vor allem im konkreten Einzelfall nachvollziehbar sein, denn Schwangere sind immer schützenswert, egal in welchem Bundesland sie arbeiten.

Durch die genannten Unstimmigkeiten sehen wir, dass viele Ärztinnen zu Unrecht an ihrer Berufsausübung oder Weiterbildung für viele Monate gehindert werden, ohne dass es dafür eine Rechtfertigung gibt. Zudem laufen wir zurzeit Gefahr, dass viele Ärztinnen und auch Medizinstudentinnen ihre Schwangerschaft verheimlichen. Um den Karriereknick zu vermeiden, setzen sie sich bewusst den im *JAMA*-Artikel aufgeführten Gefährdungen aus, um beruflich nicht ins Abseits zu geraten.

DÄ: Das Mutterschutzgesetz wurde 2018 novelliert – aber weiterhin müssen viele Ärztinnen ihre Rechte in den Kliniken selbst erkämpfen. Sie sitzen auch in den zuständigen Gremien beim Bundesfamilienministerium – woran hakt es noch, bis die notwendigen Gefährdungsbeurteilungen kommen?

Bühren: In der Neufassung des Mutterschutzgesetzes vom 1. Januar 2018 wurde ein Ausschuss mit Expertinnen und Experten verankert, der den Begriff der „unverantwortbaren Gefährdung“ im Einzelfall definieren soll. Seither warten wir jedoch auf eine richtungsweisende Empfehlung. So herrscht in vielen Bereichen immer noch keine Klarheit im Umgang mit Schwangeren.

Es gibt zwar viele aktive Leute in den Arbeitsgruppen, dennoch warten wir hier auf konkrete Definitionen. Gerade in Bezug auf neue Gefährdungen wie zum Beispiel den Umgang mit SARS-CoV-2 brauchen wir zeitnahe Entscheidungen. Und wir brauchen eine Ausbildungsinitiative im Arbeitsschutz, die weg kommt vom tradierten Denken und sich neuen, auch gleichstellungspolitischen Aspekten öffnet.

Wir können es uns nicht leisten, bei der aktuellen Infektions- und Personallage pauschal alle schwangeren Ärztinnen ins Beschäftigungsverbot zu schicken. Denn es ist momentan so, dass fast jede schwangere Ärztin ein Beschäftigungsverbot bekommt. Richtig wäre es, den Arbeitsplatz in Bezug auf die konkrete Gefährdungssituation anzupassen und vor allem mit der betroffenen Kollegin das im Mutterschutzgesetz vorgesehene Gespräch zu führen

Durch die Impfempfehlung der STIKO für Schwangere sowie eine grundlegende

Teststrategie und hohe Impfraten bei Patientinnen und Patienten im Krankenhaus gibt es hier durchaus Gestaltungsmöglichkeiten. Durch die Pandemie darf es bei den schon erreichten Verbesserungen der Arbeitsmöglichkeiten während der Schwangerschaft nicht wieder Rückschritte geben.

DÄ: Verbinden Sie mit der möglichen neuen Bundesregierung Hoffnung auf eine zügige Einigung, oder hängt es vor allem an den Bundesländern?

Bühren: Wir haben 2018 große Hoffnungen in das neue Mutterschutzgesetz gesetzt, aber die Situation hat sich bisher leider nicht wirklich verbessert. Besonders schwierig ist die Situation für Ärztinnen in Baden-Württemberg und Bayern. Hier gibt es seltener Entscheidungen für das Weiterarbeiten oder die Entscheidungen werden bis weit nach der Entbindung hinausgezögert. Dann nützt es der Ärztin aber nicht mehr.

Wir erwarten jetzt einen evidenzbasierten Mutterschutz und ebenso eine Mitbestimmung der Schwangeren und keine nicht-evidenzbasierten, praxisfernen Beschäftigungsverbote durch die Aufsichtsbehörden. Hier müssen die betroffenen Ärztinnen beteiligt und der Arbeitsplatz vor Ort angepasst werden.

Aus meiner Sicht als Beteiligte im Prozess glaube ich nicht, dass das viel mit der neuen Regierungszusammensetzung zu tun hat. Nach §30 Abs. 4 Mutterschutzgesetz werden die vom Ausschuss für Mutterschutz ermittelten Regeln und Erkenntnisse im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht und sind dann überall verbindlich.

Das Tempo dahin bestimmt der Ausschuss für Mutterschutz mit seinen Unterausschüssen und Arbeitskreisen. In manchen Punkten wird Neuland betreten, zum Beispiel in Bezug auf die unverantwortbare Gefährdung und auf die psychischen Belastungen. Hier besteht viel Abstimmungsbedarf. © *bee/aerzteblatt.de*