

**Update 13.05.2020**

## **Leitfaden zum Umgang mit COVID-19 während Schwangerschaft und Wochenbett: Informationen der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)**

Stand 13.05.2020

Korrespondierender Autor:

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Philipp Klaritsch, [philipp.klaritsch@medunigraz.at](mailto:philipp.klaritsch@medunigraz.at)

Der folgende Leitfaden basiert auf internationalen Empfehlungen und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Situation und der Informationsstand betreffend COVID-19 kann sich rasch ändern – die folgenden Informationen basieren auf dem Kenntnisstand und wissenschaftlichen Publikationen bis inklusive 01.05.2020.

Es wird darauf hingewiesen, dass dies ein literaturbasierter Review ist und bundeslandspezifische Empfehlungen bzw. Vorgaben der jeweiligen Krankenanstaltenbetreiber in einzelnen Punkten abweichen können.

### **Hintergrund**

Die Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) führt zu einer Atemwegserkrankung, die als COVID-19 (*Coronavirus Disease-19*) bezeichnet wird. Seit der erste Fall einer COVID-19-Pneumonie in Wuhan, Provinz Hubei, China, im Dezember 2019 gemeldet wurde, hat sich die Infektion schnell auf den Rest Chinas und mittlerweile weltweit ausgebreitet<sup>1, 2</sup>. Weltweit wurden bisher rund 3,2 Millionen bestätigte COVID-19-Fälle bekannt gegeben, wovon rund 225.000 verstorben sind und sich bereits 1,1 Millionen Menschen wieder erholt haben<sup>3, 4</sup>. In Österreich wurde COVID-19 bei rund 15.500 Menschen bestätigt, wovon knapp 600 verstorben und bereits rund 13.200 wieder genesen sind<sup>4</sup>.

Nach derzeitigem Kenntnisstand entwickeln die meisten Menschen mit COVID-19 nur eine leichte oder unkomplizierte Krankheit. Ein Teil der Betroffenen erkrankt aber schwer und sogar lebensbedrohlich, sodass ein Krankenhausaufenthalt, Sauerstoffunterstützung oder intensivmedizinische Maßnahmen notwendig sind.

Der Informationsstand betreffend Frauen mit COVID-19 Infektionen in der Schwangerschaft hat mittlerweile deutlich zugenommen. Mehrere Fallserien oder systematische Reviews überblicken Kohorten mit teilweise über 100 Fällen<sup>5-12</sup>.

**Im Folgenden werden häufige Fragen zu COVID-19 und Schwangerschaften erläutert.**

#### **Präsidentin**

Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz-Telsnigg  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe  
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14  
[praesident@oeggg.at](mailto:praesident@oeggg.at)

#### **1. Schriftführerin**

OA Dr. Alexandra Ciresa-König  
Universitätsklinik für Gynäkologie & Geburtshilfe  
6020 Innsbruck, Anichstraße 35  
[schriftfuehrer@oeggg.at](mailto:schriftfuehrer@oeggg.at)

## 1. Sind Schwangere durch COVID-19 besonders gefährdet?

**Basierend auf der derzeit vorliegenden Datenlage gibt es keinen Hinweis darauf, dass Schwangere durch das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) gefährdeter sind als die allgemeine Bevölkerung.**

Die bisherigen Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass COVID-19 in der Schwangerschaft nicht schwerer verläuft als bei nicht-schwangeren Frauen<sup>10, 12-15</sup>.

Die Mehrheit der schwangeren Frauen mit COVID-19 hatte nur leichte oder mittelschwere Symptome, ähnlich einer Erkältung beziehungsweise eines grippalen Infektes aufgewiesen. In 95% waren die Frauen symptomatisch, wobei die folgenden Symptome beschrieben wurden: Fieber (68-75%), Husten (34-73%), Brustschmerzen (18%), Schwächegefühl (13-17%), Myalgie (10%), Dyspnoe (7-12%), Halsschmerzen (7%), Diarrhoe (6-7%), Kopfschmerzen (6%)<sup>5, 6, 8</sup>. Bei Erkrankten wurde auch über eine vorübergehende Einschränkung der Geruchs- und Geschmacksempfindungen, teilweise als einziges Symptom, berichtet<sup>16</sup>.

In 44-59% lag eine Lymphozytopenie vor und in 70% eine CRP-Erhöhung<sup>6</sup>, während 79% im CT typische Lungeninfiltrate aufwiesen<sup>5, 6</sup>.

Schwere Verlaufsformen mit Auftreten von Lungenentzündungen oder anderen Komplikationen, welche einer stationären oder intensivmedizinischen Versorgung bedürfen sind nach derzeitigem Kenntnisstand selten und betreffen weniger als 10% der Erkrankten<sup>5</sup>. Schwangere mit chronischen Vorerkrankungen (z.B. Herz- oder Lungenerkrankung, Diabetes mellitus Typ 1) könnten möglicherweise schwerer betroffen sein.

In keiner der großen Serien (jeweils >100 Fälle) kam es zu mütterlichen Todesfällen und die Erkrankung verlief überwiegend (> 90%) mild, was sich auch mit der Beobachtung aus kleineren Serien deckt, in welchen ebenfalls keine mütterlichen Todesfälle berichtet wurde<sup>7, 8, 10, 12, 17, 18</sup>.

## 2. Kann eine Erkrankung mit COVID-19 das ungeborene Kind schädigen?

**Bislang gibt es keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen oder Fehlgeburten. Es gilt weiters als unwahrscheinlich, dass das Virus während der Schwangerschaft auf das Ungeborene übertragen werden kann (dies wird als vertikale Transmission bezeichnet), da die überwältigende Mehrheit der Kinder von Frauen mit COVID-19 gesund zur Welt gekommen sind, auch wenn aufgrund einiger weniger Fallberichte die Möglichkeit einer Übertragung nicht sicher ausschließbar ist.**

Es liegen weiterhin keine aussagekräftigen Daten zur COVID-19-Infektion im ersten und frühen zweiten Trimenon vor. Es gibt vereinzelte Berichte zu spontanen und auch induzierten Fehlgeburten bei Frauen mit COVID-19 vor, die aber aufgrund der geringen Fallzahlen und unvollständigen klinischen Angaben keinen Rückschluss auf einen Einfluss einer COVID-19 Erkrankung auf die Fehlgeburtsrate zulassen<sup>5, 19</sup>.

Eine große chinesische Studie berichtet, dass COVID-19 nicht mit einer erhöhten Rate an spontanen Fehlgeburten vergesellschaftet war<sup>10</sup>. Auch die Rate an intrauterinen Fruchttoden im bisher vorliegenden Kollektiv ist sehr gering, wenngleich vereinzelte Fälle berichtet wurden<sup>20, 21</sup>.

Weiters gibt es auch keine Berichte über eine eventuelle Beeinflussung der Rate an Fehlbildungen. Studien über das länger bekannte Virus „SARS-CoV“ haben keine Hinweise auf eine kongenitale Infektion ergeben<sup>22</sup> und bislang liegen auch keine Daten betreffend das Risiko für kongenitale Fehlbildungen vor, wenn COVID-19 während des ersten oder frühen zweiten Trimesters auftritt. Nichtsdestotrotz erscheint ein detaillierter Fehlbildungsultraschall (Organscreening) bei Schwangeren nach wahrscheinlicher oder bestätigter COVID-19-Infektion in der Frühschwangerschaft sinnvoll.

Aus den nunmehr vorliegenden Fallberichten, lässt sich kein Hinweis auf eine signifikant erhöhte Rate an fetaler Wachstumseinschränkung erkennen, wobei die meisten Infektionen in relativ späten (median 38)<sup>10</sup> Schwangerschaftswochen aufgetreten waren. Ob das fetale Wachstum durch COVID-19 beeinträchtigt wird, lässt anhand solch kurzer Beobachtungszeiträume nicht beantworten<sup>20, 23-25</sup>.

Bislang wurden sehr wenige Informationen über Plazentopathologien veröffentlicht. In einem aktuellen Fallbericht über einen Spätabort in der 19. Schwangerschaftswoche bei einer Schwangeren mit nasopharyngeal nachgewiesener SARS-CoV-2 Infektion wird beschrieben, dass im fetalen Kompartiment der Plazenta SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde, während mütterliches Blut und Vaginalabstriche, sowie fetale Fruchtwasser-, Gewebe- und Blutproben wie auch Abstriche von Axilla, Mundhöhle, Mekonium des Feten negativ getestet wurden<sup>21</sup>. Die Autoren spekulieren daher über die Möglichkeit eines Spätabortus über eine plazentare Infektion mit SARS-CoV-2<sup>21</sup>.

### **3. Welche Auswirkungen hat eine Erkrankung mit COVID-19 auf die Frühgeburtsrate?**

*Die nun vorliegenden großen Fallserien berichten von einer niedrigeren Rate an spontanen Frühgeburten als dies ursprünglich, basierend auf den ersten Fallberichten, vermutet wurde.*

Die Frühgeburtsrate betrug in der Serie aus Wuhan insgesamt 21% (18% bei Frauen mit mildem Krankheitsverlauf und 43% bei Frauen mit schwerem Krankheitsverlauf) und war in mehr als der Hälfte der Fälle iatrogen bedingt<sup>5</sup>. Eine weitere große chinesische Fallserie berichtet über eine spontane Frühgeburtsrate von 6.1% (6/99) und schließt daraus, dass COVID-19 Erkrankungen nicht mit einer erhöhten Rate an spontanen Frühgeburten assoziiert sind<sup>10</sup>.

Es scheint aber zu einer etwas erhöhten Rate an iatrogenen Frühgeburten bei schweren mütterlichen Krankheitsverläufen zu kommen.

### **4. Wie wirkt sich eine vermutete oder bestätigte COVID-19 Erkrankung auf den Geburtsmodus und -zeitpunkt aus?**

*Obwohl die Mehrheit der publizierten Fälle von Schwangeren mit COVID-19 mittels Kaiserschnitts entbunden wurden, gibt es derzeit keine gesicherten Anhaltspunkte dafür, dass eine Vaginalgeburt nachteilig wäre oder ein Kaiserschnitt sicherer ist, wenn COVID-19 vermutet oder bestätigt wurde. Der Geburtsmodus sollte daher anhand geburtshilflicher Indikationen und dem Wunsch der Frau individualisiert werden.*

Eine Erkrankung mit COVID-19 stellt per se keine Entbindungsindikation dar, es sei denn, es bestünde die Notwendigkeit, die maternale Oxygenierung zu verbessern<sup>26</sup>.

Zeitpunkt und Art der Entbindung sollten individualisiert werden, in erster Linie abhängig vom klinischen Status der Patientin, dem Schwangerschaftsalter und dem fetalen Zustand<sup>12, 26, 27</sup>. Bei spontanem Wehenbeginn und gutem Geburtsfortschritt, kann eine vaginale Geburt erfolgen<sup>12</sup>. Die Verkürzung der Austreibungsphase durch eine vaginal-operative Entbindung kann in Betracht gezogen werden, da beim Tragen einer Atemschutzmaske das aktive Pressen erschwert sein könnte<sup>28</sup>. Bei schweren Krankheitsverläufen, die eine rasche Geburt notwendig machen oder bei Hinweisen auf fetale Mangelsituationen kann aber eine Kaiserschnittgeburt notwendig werden.

Bei Schwangeren mit COVID-19 wurden Kaiserschnittsraten zwischen 42,9% in einer italienischen Serie aus der Lombardei<sup>12</sup> und 95% in einer großen chinesischen Serie aus der Region Wuhan<sup>5</sup> angegeben, während ein systematisches Review eine Rate von 92% fand<sup>6</sup>. Der Anteil an geburtshilflichen (nicht-CoVID-19-bedingten) Indikationen betrug in der chinesischen Serie knapp 40% und in der italienischen Serie 44,4%<sup>5, 12</sup>. Obwohl die Mehrheit der publizierten Fälle von Schwangeren mit COVID-19 mittels Kaiserschnitts entbunden wurden, gibt es derzeit keine gesicherten Anhaltspunkte dafür, dass eine Vaginalgeburt nachteilig wäre oder ein Kaiserschnitt sicherer ist, wenn COVID-19 vermutet oder bestätigt wurde. Eine Geburtseinleitung kann unter günstigen Bedingungen (z.B. bei günstigem Zervixbefund) erwogen werden, wobei aber bei fetalem Distress, protrahiertem Geburtsverlauf, und/oder Verschlechterung des mütterlichen Zustandes eine rasche Geburtsbeendigung angestrebt werden sollte. Bei septischem Schock, akutem Organversagen oder fetalem Distress sollte jederzeit ein

Kaiserschnitt (oder vor Erreichen der Lebensfähigkeit auch ein Schwangerschaftsabbruch, wenn dies legal möglich ist) durchgeführt werden<sup>29</sup>.

Die anwesenden Mitarbeiter sollen während der Geburt von COVID-19 positiven Schwangeren Schutzmaßnahmen ergreifen, vor allem bei direktem Kontakt wie vaginale Untersuchung oder Amniotomie etc.<sup>26</sup>. Diese Schutzmaßnahmen beinhalten die Verwendung von Einweghauben, Schutzmänteln, Schuhbezügen, Atemschutzmasken (z.B. N95, FFP2, FFP3), Schutzbrillen oder Gesichtsschilde und Handschuhe. Es sollte weiters auf eine entsprechend sorgfältige Händehygiene geachtet werden<sup>26</sup>. Zum Schutz des medizinischen Personals sollten Wassergeburten eher vermieden werden.

Je nach klinischem Zustand der Patientin und anästhesiologischer Einschätzung können sowohl Regionalanästhesie als auch Vollnarkose in Betracht gezogen werden<sup>26, 27</sup>. Die Verwendung von Lachgas kann jedoch die Aerosolbildung und Ausbreitung des Virus erhöhen – davon ist also eher abzuraten.

## **5. Wie ist das neonatale Outcome bei Schwangerschaften mit mütterlicher COVID-19-Erkrankung?**

***Das bisher veröffentlichte neonatale Outcome war überwiegend günstig.***

Das bisher veröffentlichte neonatale Outcome war überwiegend günstig, wobei neonatale Mortalitätsraten zwischen 0-2% angegeben wurden<sup>5, 6, 8, 10</sup>. In der großen Fallserie von Yan et al. fand sich unter den 100 Neugeborenen nur ein Kind mit schwerer Asphyxie, wobei aber 47% der Neugeborenen an der Intensivstation überwacht wurden<sup>10</sup>. Es kam zu einem einzelnen neonatalen Todesfall bei einem Kind nach Kaiserschnitt mit 35+2 Schwangerschaftswochen, dessen Mutter eine schwere Pneumonie mit septischem Schock erlitten hatte. Bei keinem der 86 getesteten Neugeborenen wurde eine SARS-CoV-2 Infektion nachgewiesen<sup>10</sup>.

In der ebenfalls großen Fallserie von Chen et al. fanden sich unter den 70 Neugeborenen keine Asphyxien und keine Todesfälle<sup>5</sup>. Eine Testung auf SARS-CoV-2 mittels Rachenabstrichs erfolgte bei 8 Neugeborenen, deren Abstrichergebnisse sämtlich negativ waren<sup>5</sup>.

Ein systematischer Review von Zaigham et al. fand einen neonatalen Todesfall an (1/87)<sup>6</sup>. In dieser Studie fand sich bei einem Neugeborenen eine positive qRT-PCR für SARS-CoV-2 rund 36 Stunden nach der Geburt, obwohl das Neugeborene von der Mutter getrennt war.

In einer weiteren Studie von Chen et al. wurden alle neun Kinder  $\geq 36$  Schwangerschaftswochen geboren und waren bis zur Entlassung unauffällig<sup>23</sup>. Neun von zehn Neugeborenen wurden auf COVID-19 getestet, wobei alle Ergebnisse negativ waren<sup>25</sup>.

Chen et al. berichteten über sechs Frauen mit COVID-19 Infektion, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, und bei denen die Untersuchung von Fruchtwasser, Nabelschnurblut, neonatalen Rachenabstrichen und Muttermilchproben negativ für COVID-19 waren<sup>23</sup>.

Wang et al. berichteten über eine Schwangere, die wegen eines fetalen Distress mit 30 Schwangerschaftswochen entbunden wurde. Das Neugeborene war klinisch unauffällig und Proben von Fruchtwasser, Magenflüssigkeit, Plazenta und Rachenabstrich waren negativ für COVID-19<sup>24</sup>. Liu et al. berichteten über 10 Schwangere, die alle per Kaiserschnitt entbunden wurden. Bei keinem der Neugeborenen sei es zu einer vertikalen Transmission gekommen, wobei die Art und Methode der diesbezüglichen Untersuchungen nicht berichtet wurden<sup>20</sup>.

Kürzlich kam es wegen einzelner Fallberichte zu Spekulationen über die Möglichkeit einer vertikalen Transmission<sup>30, 31</sup>, wobei diese Frage derzeit noch nicht abschließend beantwortet werden kann.

## 6. Darf eine Frau mit COVID-19 stillen?

*Derzeit gibt es keine Hinweise darauf, dass das Virus über die Muttermilch übertragen werden kann. Daher wird davon ausgegangen, dass die anerkannten Vorteile des Stillens die potenziellen Risiken einer Übertragung des Virus überwiegen.*

Die bisher veröffentlichten Daten zeigten keine Anzeichen von SARS-CoV-2 in den untersuchten Muttermilchproben von Müttern mit COVID-19, sodass es aus heutiger Sicht empfehlenswert erscheint, deren Neugeborene mit Muttermilch zu füttern.<sup>5, 10, 23, 25</sup> Zur Notwendigkeit einer Trennung zwischen Müttern und Neugeborenen liegt noch wenig Evidenz vor. Wenn die Mütter schwer oder kritisch krank sind, scheint die Trennung allerdings die beste Option zu sein, wobei nach Möglichkeit Muttermilch abgepumpt werden sollte, um die Milchproduktion aufrechtzuerhalten. Für die Reinigung der Brustpumpen sind adäquate Hygienemaßnahmen zu treffen. Wenn die Patientinnen asymptomatisch oder nur leicht erkrankt sind, kann Stillen und „Rooming-in“ in Abstimmung mit dem betreuenden Gesundheitspersonal erfolgen<sup>8, 27</sup>. Da die Virusübertragung in erster Linie über Tröpfchen und nicht über die Muttermilch erfolgt, sollten stillende Mütter regelmäßig die Hände waschen und zumindest eine 3-lagige chirurgische Maske tragen, bevor sie das Neugeborene berühren<sup>8, 27, 32</sup>. Alternativ wäre ein Abpumpen der Milch und Verfütterung durch eine gesunde Begleitperson möglich<sup>33</sup>. In Einzelzimmern sollte das Babybett mindestens 2 Meter vom Bett der Mutter aufgestellt werden und eventuell auch physische Barrieren (z.B. Vorhang, Paravent) verwendet werden<sup>27</sup>. Eine räumliche Trennung von Müttern mit COVID-19-Infektion von ihren Neugeborenen und die damit einhergehende fehlende Möglichkeit das Kind selbst zu stillen, kann die frühzeitige Mutter-Kind-Bindung sowie die Laktation beeinträchtigen<sup>34</sup>. Diese Faktoren können im Wochenbett zu zusätzlichem Stress für Mütter führen. Neben der Sorge um ihr körperliches Wohlbefinden sollten medizinische Teams daher auch auf das seelische Wohlbefinden dieser Mütter achten und bei Bedarf eine entsprechende Unterstützung bieten<sup>34, 35</sup>.

## 7. Welche Abklärung sollte vor Untersuchung von Schwangeren durchgeführt werden?

Bei allen schwangeren Patientinnen, die Krankenhäuser oder Ordinationen aufsuchen, sollte eine sorgfältige Anamnese betreffend klinische Symptome und Risikofaktoren (jüngste Reiseaktivitäten, berufliche Exposition, direkte Kontakte mit Erkrankten oder Risikogruppen (travel, occupation, significant contact and cluster = TOCC)) erfolgen.

## 8. Sollen Frauen mit Verdacht auf COVID-19 vorgeburtliche Untersuchungen durchführen lassen?

Schwangere Patientinnen mit bekannten TOCC-Risikofaktoren und Patientinnen mit leichter oder asymptomatischer COVID-19-Infektion sollten vorgeburtlichen Untersuchungen und routinemäßige Ultraschalluntersuchungen um 14 Tage verschieben.

Schwangere nach Kontakt mit COVID-19 Erkrankten oder mild erkrankte Schwangere mit COVID-19 sollten sich an ihre Frauenärztin bzw. ihren Frauenarzt wenden, um sie/ihn darüber zu informieren, dass Sie sich derzeit in Selbstisolierung für eine mögliche beziehungsweise bestätigte Coronavirus-Infektion befinden. Es ist wahrscheinlich, dass routinemäßige vorgeburtliche Termine ohne Schaden für Sie oder Ihr Kind herausgezögert werden, bis die Isolation endet bzw. die Erkrankung ausgeheilt ist. Wenn aus ärztlicher Sicht eine Untersuchung dringend indiziert ist, sollen die erforderlichen Vorkehrungen getroffen werden, um die Untersuchung sicher durchführen zu können.

## 9. Kommt es zu finanziellen Nachteilen, wenn Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen entfallen oder verschoben werden?

Nein. Aufgrund der derzeitigen Situation mit dem Corona-Virus (COVID-19) gelten folgende besondere Bestimmungen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) für die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.857895&portal=oegkportal&viewmode=content>

abgefragt am 01.05.2020

- a. Von der Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes kann abgesehen werden, wenn die Durchführung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen für die Eltern aufgrund der aktuellen Situation mit dem Corona-Virus nicht möglich bzw. zumutbar ist. Dies stellt einen nicht von den Eltern zu vertretenden Grund dar (gem § 7 Abs 3 Z 1 bzw. § 24c Abs 3 Z 1 KBGG).
- b. Sofern die Frist für die Durchführung der jeweiligen Untersuchung nach Wegfall der aktuell bedingten besonderen Umstände noch offen ist, ist die Untersuchung umgehend durchzuführen. Eine Verlängerung der Durchführungszeiträume nach der Mutter-Kind-Pass-VO ist nicht vorgesehen.
- c. Eine verspätete Vorlage der Nachweise der Untersuchungen ist nicht zulässig, da die persönliche Abgabe der Nachweise nicht erforderlich ist. Die Nachweise können z.B. auch per Post oder als Foto per E-Mail rechtzeitig erbracht werden.

## 10. Ist für schwangere Arbeitnehmerinnen ein vorzeitiger Mutterschutz zur Vermeidung einer Infektion mit SARS-CoV-2 möglich?

Nein, die Voraussetzung für eine Freistellung nach § 3 Abs. 3 MSchG liegen nicht vor.

[https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit\\_im\\_Betrieb/Gesundheit\\_im\\_Betrieb\\_1/Schwangere\\_Arbeitnehmerinnen.html](https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Schwangere_Arbeitnehmerinnen.html)

abgefragt am 01.05.2020

## 11. Welche Schutzmaßnahmen sind für schwangere Arbeitnehmerinnen wichtig?

[https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit\\_im\\_Betrieb/Gesundheit\\_im\\_Betrieb\\_1/Schwangere\\_Arbeitnehmerinnen.html](https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Schwangere_Arbeitnehmerinnen.html)

abgefragt am 01.05.2020

- a. Wie oben erwähnt, liegen die Voraussetzung für eine Freistellung nach § 3 Abs. 3 MSchG derzeit nicht vor.
- b. Allerdings werden von der Arbeitsinspektion folgende Schutzmaßnahmen für schwangere Arbeitnehmerinnen empfohlen:
  - i. In Bereichen der unmittelbaren Betreuung wie im Gesundheitsbereich – dort wo Schutzmasken FFP1, FFP2 oder FFP 3 getragen werden müssen – dürfen Schwangere nicht arbeiten. Diese Masken erschweren die Atmung und sind daher für Schwangere verboten.
  - ii. In anderen Bereichen, wo erhöhter Kundenkontakt herrscht, wie in Supermärkten oder Apotheken sollten Schwangere möglichst aus dem direkten Kundenkontakt abgezogen werden und anderweitig im Betrieb eingesetzt werden. Der Arbeitgeber, die Arbeitgeberin hat dafür Sorge zu tragen, dass die erforderlichen Hygienemaßnahmen eingehalten werden, wie eine gute Händehygiene und keine Berührungen des eigenen Gesichtes. Außerdem muss der Mindestabstand von 1m eingehalten werden.
  - iii. Ist der Abstand nicht möglich, müssten andere Schutzmaßnahmen getroffen werden. Günstig ist es hierbei die arbeitsmedizinische Betreuung hinzuzuziehen.

- iv. In Gesundheitsberufen oder in der Kinderbetreuung im Kindergarten dürfen Schwangere nicht für Tätigkeiten eingesetzt werden, bei denen der Schutzabstand nicht sicher eingehalten werden kann.
- v. Hinweis: Mund-Nasen-Schutz (MNS, „OP-Maske“) stellt keinen Atemschutz im Sinn von persönlicher Schutzausrüstung dar. Schwangere dürfen erforderlichenfalls einen solchen verwenden. Da das Tragen dieser Maske jedoch auch mit einem gewissen Atemwiderstand verbunden ist, sollte darauf geachtet werden, dass die durchgehende Tragedauer eine Stunde nicht übersteigt und dann eine Pause gemacht wird.
- vi. In einer Vereinbarung der Sozialpartner für den Handel werden die Betriebe ersucht, Schwangere vom Dienst frei zu stellen. (zur Vereinbarung: [GPA-djp](#) oder [WKO](#))
- vii. Kurzarbeit hat keine Auswirkungen auf das Wochengeld.

## 12. Wie kann in der aktuellen Situation mit pränatalen Screening-Untersuchungen umgegangen werden?

*Siehe hierzu die jeweils aktuellen Empfehlungen des Arbeitskreises für Geburtshilfe und Gynäkologie der Österreichischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (ÖGUM): <http://www.oegum.at> Wesentlich ist, dass weiterhin auf die Anwesenheit der PartnerInnen und der Kinder verzichtet werden sollte.<sup>36</sup>*

Darauf sollte bereits bei der Terminvereinbarung deutlich hingewiesen werden, um aufwendige Diskussionen am Eingang zu vermeiden. Auch vor den Praxis- oder Klinikräumen wartende Begleitpersonen stellen ein Infektionsrisiko dar.

## 13. Ist der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch auch während der Corona-Pandemie gesichert? [www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus](http://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus)

- a. *Der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ist auch während der Corona-Pandemie gesichert, da Schwangerschaftsabbrüche als notwendige medizinische Versorgung gelten.* Es handelt sich hierbei definitiv um „unaufschiebbare medizinische Maßnahmen“. Die Abgabe des Arzneimittels Mifegyne in Krankenanstalten ist weiterhin gewährleistet.
- b. Aus rechtlicher Sicht ist festzuhalten, dass es sich bei Schwangerschaftsabbrüchen nach Ansicht des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz um Gesundheitsdienstleistungen iSd Verordnung betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. II Nr. 96/2020, handelt.

## 14. Besteht bei gynäkologischen oder geburtshilflichen vaginalen Untersuchungen (Specula, Abstrichentnahme, Kolposkopie) eine Ansteckungsgefahr?

In den bisher vorliegenden Untersuchungen war SARS-CoV-2 im Genitaltrakt von erkrankten Frauen (Vaginal- und Zervixabstriche) nicht nachweisbar<sup>37</sup>.

**Nützliche Links:**

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe:

<https://www.oeggg.at>

Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin:

<https://www.oegum.at>

Bundeministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:

<https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus.html>

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)

<https://www.ages.at/themen/krankheitserreger/coronavirus/>

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe:

[https://www.dggg.de/fileadmin/documents/Weitere\\_Nachrichten/2020/COVID-19\\_DGGG-Empfehlungen\\_fuer\\_Kreissaele\\_20200319\\_f.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/documents/Weitere_Nachrichten/2020/COVID-19_DGGG-Empfehlungen_fuer_Kreissaele_20200319_f.pdf)

Robert-Koch-Institut:

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/nCoV.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html)

International Society for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG):

<https://www.isuog.org/clinical-resources/coronavirus-covid-19-resources.html>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG):

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v2-20-03-13.pdf>

World Health Organization:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/pregnancy-faq.html>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC):

<https://www.ecdc.europa.eu>

Public Health England:

<https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-information-for-the-public>

## Referenzen

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; **395**: 497-506.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>].
3. World-Health-Organization. Coronavirus disease (COVID-19)-Situation Report–102. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200501-covid-19-sitrep.pdf?sfvrsn=742f4a18\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200501-covid-19-sitrep.pdf?sfvrsn=742f4a18_4)].
4. Bundesministerium für Soziales G, Pflege und Konsumentenschutz. Coronavirus-Aktuelle Informationen. [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\).html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov).html) [Accessed 01.05.2020.].
5. Chen L, Li Q, Zheng D, Jiang H, Wei Y, Zou L, Feng L, Xiong G, Sun G, Wang H, Zhao Y, Qiao J. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2009226.
6. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2020. DOI: 10.1111/aogs.13867.
7. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, Vecchiet J, Nappi L, Scambia G, Berghella V, D'Antonio F. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID 1 -19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107. 100107.
8. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M, Mattar C, Su LL. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.03.021.
9. Yang Z, Wang M, Zhu Z, Liu Y. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020. DOI: 10.1080/14767058.2020.1759541. 1-4.
10. Yan J, Guo J, Fan C, Juan J, Yu X, Li J, Feng L, Li C, Chen H, Qiao Y, Lei D, Wang C, Xiong G, Xiao F, He W, Pang Q, Hu X, Wang S, Chen D, Zhang Y, Poon LC, Yang H. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnant women: A report based on 116 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.014.
11. Della Gatta AN, Rizzo R, Pilu G, Simonazzi G. COVID19 during pregnancy: a systematic review of reported cases. *Am J Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.013.
12. Ferrazzi E, Frigerio L, Savasi V, Vergani P, Prefumo F, Barresi S, Bianchi S, Ciriello E, Facchinetti F, Gervasi MT, Iurlaro E, Kustermann A, Mangili G, Mosca F, Patane L, Spazzini D, Spinillo A, Trojano G, Vignali M, Villa A, Zuccotti G, Parazzini F, Cetin I. Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. *BJOG* 2020. DOI: 10.1111/1471-0528.16278.
13. Li N, Han L, Peng M, Lv Y, Ouyang Y, Liu K, Yue L, Li Q, Sun G, Chen L, Yang L. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. *Clin Infect Dis* 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa352.
14. Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH, Zhou XC, Li J, Tian JH, Dong L, Hu RH. [Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2020; **55**: E009.
15. Qiancheng X, Jian S, Lingling P, Lei H, Xiaogan J, Weihua L, Gang Y, Shirong L, Zhen W, GuoPing X, Lei Z, sixth batch of Anhui medical team aiding Wuhan for C. Coronavirus disease 2019 in pregnancy. *Int J Infect Dis* 2020. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.04.065.

16. Lechner M, Chandrasekharan D, Jumani K, Liu J, Gane S, Lund VJ, Philpott C, Jayaraj S. Anosmia as a presenting symptom of SARS-CoV-2 infection in healthcare workers - A systematic review of the literature, case series, and recommendations for clinical assessment and management. *Rhinology* 2020. DOI: 10.4193/Rhin20.189.
17. Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Arch Pathol Lab Med* 2020. DOI: 10.5858/arpa.2020-0901-SA.
18. Yu N, Li W, Kang Q, Xiong Z, Wang S, Lin X, Liu Y, Xiao J, Liu H, Deng D, Chen S, Zeng W, Feng L, Wu J. Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study. *Lancet Infect Dis* 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30176-6.
19. Segars J, Katler Q, McQueen DB, Kotlyar A, Glenn T, Knight Z, Feinberg EC, Taylor HS, Toner JP, Kawwass JF, Force. ftACC-T. Prior and Novel Coronaviruses, COVID-19, and Human Reproduction: What Is Known? *Fertility and Sterility* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.04.025>.
20. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect* 2020. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.02.028.
21. Baud D, Greub G, Favre G, Gengler C, Jatton K, Dubruc E, Pomar L. Second-Trimester Miscarriage in a Pregnant Woman With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA* 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.7233.
22. Shek CC, Ng PC, Fung GP, Cheng FW, Chan PK, Peiris MJ, Lee KH, Wong SF, Cheung HM, Li AM, Hon EK, Yeung CK, Chow CB, Tam JS, Chiu MC, Fok TF. Infants born to mothers with severe acute respiratory syndrome. *Pediatrics* 2003; **112**: e254.
23. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, Li J, Zhao D, Xu D, Gong Q, Liao J, Yang H, Hou W, Zhang Y. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020; **395**: 809-815.
24. Wang X, Zhou Z, Zhang J, Zhu F, Tang Y, Shen X. A case of 2019 Novel Coronavirus in a pregnant woman with preterm delivery. *Clin Infect Dis* 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa200.
25. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, Xia S, Zhou W. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr* 2020; **9**: 51-60.
26. Qi H, Luo X, Zheng Y, Zhang H, Li J, Zou L, Feng L, Chen D, Shi Y, Tong C, Baker PN. Safe delivery for pregnancies affected by COVID-19. *BJOG* 2020. DOI: 10.1111/1471-0528.16231.
27. Poon LC, Yang H, Lee JCS, Copel JA, Leung TY, Zhang Y, Chen D, Prefumo F. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1002/uog.22013.
28. Yang H, Wang C, Poon LC. Novel coronavirus infection and pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1002/uog.22006.
29. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis* 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30157-2.
30. Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, Liu C, Yang J. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA* 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.4621.
31. Zeng H, Xu C, Fan J, Tang Y, Deng Q, Zhang W, Long X. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. *JAMA* 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.4861.
32. CDC. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance on breastfeeding for a mother confirmed or under investigation for COVID-19. . <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy->

[breastfeeding.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fpregnancy-breastfeeding.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.html) [Accessed 01.05.2020.].

33. Stumpfe FM, Titzmann A, Schneider MO, Stelzl P, Kehl S, Fasching PA, Beckmann MW, Ensser A. SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy - a Review of the Current Literature and Possible Impact on Maternal and Neonatal Outcome. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2020; **80**: 380-390.
34. Chua MSQ, Lee JCS, Sulaiman S, Tan HK. From the frontlines of COVID-19 - How prepared are we as obstetricians: a commentary. *BJOG* 2020. DOI: 10.1111/1471-0528.16192.
35. Chen D, Yang H, Cao Y, Cheng W, Duan T, Fan C, Fan S, Feng L, Gao Y, He F, He J, Hu Y, Jiang Y, Li Y, Li J, Li X, Li X, Lin K, Liu C, Liu J, Liu X, Pan X, Pang Q, Pu M, Qi H, Shi C, Sun Y, Sun J, Wang X, Wang Y, Wang Z, Wang Z, Wang C, Wu S, Xin H, Yan J, Zhao Y, Zheng J, Zhou Y, Zou L, Zeng Y, Zhang Y, Guan X. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynaecol Obstet* 2020; **149**: 130-136.
36. Kagan KO, Chaoui R. Ultraschall in der Schwangerschaft während der Corona-Virus Pandemie: Ein praktisches Vorgehen. *Ultraschall Med* 2020. DOI: 10.1055/a-1152-4550.
37. Cui P, Chen Z, Wang T, Dai J, Zhang J, Ding T, Jiang J, Liu J, Zhang C, Shan W, Wang S, Rong Y, Chang J, Miao X, Ma X, Wang S. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 detection in the female lower genital tract. *Am J Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.038.