

# OPHTHALMO CHIRURGIE

---

SEPTEMBER 2024  
36. JAHRGANG  
5. HEFT

## Operieren in der Schwangerschaft

Dr. med. Stephanie Kurz, FEBO



# Operieren in der Schwangerschaft

Dr. med. Stephanie Kurz, FEBO



Dr. med.  
Stephanie Kurz

→ Warum braucht es in der OPHTHALMO-CHIRURGIE einen Kommentar mit dieser Überschrift? Es gab doch 2018 die Änderung des Mutterschutzrechtes (MuSchG) und §9 (1) liest sich nun folgendermaßen: „Soweit es nach den Vorschriften dieses Gesetzes verantwortbar ist, ist der Frau auch während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit die Fortführung ihrer Tätigkeiten zu ermöglichen. Nachteile aufgrund der Schwangerschaft, der Entbindung oder der Stillzeit sollen vermieden oder ausgeglichen werden.“

Warum wollen Frauen in der Schwangerschaft operieren? Hierfür möchte ich zunächst einen Blick in die berufliche Situation von Ärztinnen – unabhängig vom Muttersein – werfen. Die Studie „Female Doctors in Conflict“ [3] von Reimann und Alfermann wertete Interviews mit 20 Frauen aus mehreren Fachrichtungen über mehrere Jahre hinweg aus. Dabei stellte sich klar heraus, dass mit Beginn der Facharztausbildung geschlechterspezifische Strukturen eine Rolle spielen. Es wird generell angenommen, dass Frauen für ihre Facharztausbildung länger brauchen werden. Für bestimmte Rotationen werden seltener Frauen eingeteilt, bestimmte Eingriffe werden seltener an Frauen vergeben. Frauen bekommen überdurchschnittlich häufig befristete Verträge, die die Weiterbeschäftigung nach der Elternzeit einschränken. Eine Schwangerschaft wird generell als unpassend für Ärztinnen im Krankenhaus betrachtet. Wenn eine

Schwangere aufgrund der nötigen Schutzmaßnahmen Aufgaben abgeben muss, zum Beispiel Dienste, zieht sie damit häufig den Unmut der Kolleginnen und Kollegen auf sich. Die Elternzeit wird für beide Geschlechter als Karrierenachteil angesehen. Nach Ende der Elternzeit wird meist angezweifelt, dass die Mutter die Kinderbetreuung und die Arbeit suffizient erledigen kann. Insbesondere bei Teilzeitarbeit, die vom Arbeitgeber verpflichtend zu genehmigen ist, resultiert häufig eine Benachteiligung in der Einteilung von Rotationen und für chirurgische Eingriffe. Als zusätzlicher Nachteil wird die mit Teilzeit einhergehende Verlängerung der Weiterbildungszeit genannt. Zusammenfassend sehen sich Frauen einem Konflikt zwischen der Arbeitsverpflichtung und Verpflichtungen der Familie gegenüber, der sich oft als unlösbar erweist und damit zu einem Teil die geringe Prozentzahl an weiblichen Führungspersonen in der Medizin erklärt.

An einer anderen Umfrage, publiziert 2019 von Tameling et al. [4], nahmen 392 Frauen teil, teilweise Medizinstudentinnen, teilweise Ärztinnen. Eine Diskriminierung aufgrund einer möglichen oder bestehenden Mutterschaft wurde von 28,57 % angegeben. 75 % der Befragten gaben an, verschiedene Formen einer geschlechterspezifischen Diskriminierung erlebt zu haben. Die Ärztinnen stehen also insgesamt einer schwierigeren Arbeitssituation gegenüber als ihre männlichen Kollegen.

In einer Befragung des Marburger Bundes [2] von 4.748 Ärztinnen und Studentinnen im Jahre 2022 ergab sich folgendes Bild: Mehr als die Hälfte der Ärztinnen, die in den Jahren 2016 bis 2019 schwanger waren, gaben an, durch Schwangerschaft und Tätigkeitseinschränkungen in ihrer weiteren Karriere behindert worden zu sein.

„Sowohl dem Beschäftigungsverbot als auch der Umstrukturierung des Arbeitsplatzes in eine andere, nicht der jeweiligen Weiterbildungsordnung unterliegende Tätigkeit, folgt ein Karriereknick, weil die Facharztprüfung nach hinten verschoben werden muss. Folgen sind die spätere Option für oberärztliche oder chefärztliche Stellen oder die spätere Option sich niederzulassen“, beschrieb die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. Christiane Groß, die Auswirkungen für viele junge Ärztinnen.

„Oftmals machen sich die Arbeitgeber nicht die Mühe, genauer zu ermitteln, wie und in welchem Umfang eine Weiterarbeit während der Schwangerschaft möglich sein kann. Stattdessen werden Kolleginnen, die arbeiten wollen, Steine in den Weg gelegt. Das ist inakzeptabel. So wird unnötig ärztliche Arbeitskraft verschwendet – zum Nachteil für die Kolleginnen und die Gesundheitsversorgung insgesamt“, kritisierte Dr. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes.

Einschränkend muss gesagt werden, dass bei der anfangs genannten Studie von Reimann und Alfermann keine Ärztinnen der Augenheilkunde befragt wurden. Auf der anderen Seite kann ich aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen und der meines Umfeldes bestätigen, dass die oben genannten Hindernisse auch in der Augenheilkunde bestehen.

## Meine eigenen Erfahrungen

Ich bin nach einem großen Teil meiner Weiterbildungszeit (ohne intraokulare operative Ausbildung) in einem Krankenhaus in die Praxis meines Vaters gewechselt. Hier erfolgte die Ausbildung in der intraokularen Chirurgie des vorderen Augenabschnittes ab 2016. Ich habe 2017 und 2019 schwanger operiert. Ich habe selbst entschieden, in welchen Si-

tuationen ich operieren wollte und in welchen nicht und musste keinerlei Nachteile befürchten. Ich konnte während den Operationen sitzen, ich habe den Kontakt mit Antimetaboliten gemieden, wenngleich ich bis zur Mitte meiner Schwangerschaften noch IVOM verabreicht habe. Nun habe ich zwei gesunde Kinder und arbeite und operiere in Vollzeit als Praxisinhaberin. Aber auch unter diesen bestmöglichen Voraussetzungen und bei größter Unterstützung war es eine anstrengende Zeit. Ich kam jeweils wenige Monate nach der Geburt an den OP-Tisch zurück, um gewonnene Handfertigkeiten nicht wieder zu verlieren.

### **Was muss man nun als angestellte Ärztin beachten?**

Hier liefert die Homepage „Operieren in der Schwangerschaft“ ([www.OpidS.de](http://www.OpidS.de)) wertvolle Informationen und auch die Podcasts „Blickwinkel – Der Experten Talk in der Ophthalmologie“ (Staffel 6, Folge 1) und der Podcast „Frau Doktor, übernehmen Sie“ (Folge 56). Zunächst teilt man die Schwangerschaft dem Arbeitgeber mit. Dann muss eine individuelle Gefährdungsbeurteilung erfolgen und anhand dieser Gefährdungsbeurteilung werden dann Schutzmaßnahmen genannt, die eingehalten werden müssen, um die Sicherheit der Schwangeren zu gewährleisten. Als nächstes muss der Arbeitgeber die Schwangerschaft beim Gewerbeaufsichtsamt melden. Dieses gibt dann eine Empfehlung bezüglich der möglichen

Tätigkeit in der Schwangerschaft ab. Das Gewerbeaufsichtsamt ist jedoch nur beratend tätig. Allerdings halten sich leider viele Arbeitgeber dann an die Empfehlung des Gewerbeaufsichtsamtes und schicken schwangere Ärztinnen ins betriebliche Beschäftigungsverbot. Als Hauptgrund für diese Entscheidung wird die Angst vor Haftungsfragen angeführt – die Sorge, dass bei fortgesetzter operativer Tätigkeit und eintretenden gesundheitlichen Konsequenzen der Arbeitgeber eine Klage fürchten müsse. In der Sendung „Report Mainz“ mit dem Titel „Mütter und Schwangere im Arztberuf – Diskriminierung, Benachteiligung, Mobbing“ stellt die darin befragte Rechtswissenschaftlerin Katja Nebe fest, dass sich die Frage dieser Haftung gar nicht stelle, wenn Arbeitgeber eine individuelle Gefährdungsbeurteilung erstellen und die sich daraus ergebenden Schutzmaßnahmen ergreifen [1].

Am Ende ist es eine höchst individuelle Entscheidung, ob eine Frau während ihrer Schwangerschaft weiter operieren möchte. Diese sollte sie aus meiner Sicht demnach auch höchstpersönlich treffen können. Und Ärztinnen, die schwanger operiert haben, sind in der Regel sehr an einer fortgesetzten operativen Tätigkeit interessiert, sonst hätten sie diese Anstrengung nicht auf sich genommen.

Um auf die Frage zurückzukommen, warum dieser Artikel notwendig ist: Ein Umdenken ist als Arbeitgeber (und auch als Gesellschaft) unabdingbar. Sollte nicht die Eignung [5] für eine chirurgische Tätigkeit nur von Einsatz und Fingerfertigkeit abhängig gemacht wer-

den? Wir dürfen keinesfalls davon ausgehen, dass die Betreuung der Kinder nur Frauensache ist und vorauseilend die Ärztinnen auf das berufliche Abstellgleis schicken. Die heutigen Medizinstudenten sind zu 60–70% Frauen. In Zeiten, in denen der Arztmangel immer dringlicher wird, kann man sich geschlechterspezifische Diskrimination schlicht nicht mehr leisten.

### **Literatur**

1. ARD: Schwangere Ärztinnen: Häufig benachteiligt und diskriminiert: 5.3.2024 Report Mainz
2. Karriereknick durch Schwangerschaft: Junge Ärztinnen unter Druck | Marburger Bund Bundesverband ([marburger-bund.de](http://marburger-bund.de)) am 6.7.24 <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bundumfragen/karriereknick-durch-schwangerschaft-junge-aerztinnen>
3. *Reimann S, Alfermann D (2018) Female doctors in conflict: How gendering processes in German hospitals influence female physicians' careers. Gend Issues 35: 52–70*
4. *Tameling, Jan-Filip et al (2023) Extent and types of gender-based discrimination against female medical students and physicians at five university hospitals in Germany – Results of an online survey. GMS J Med Educ 40(6): Doc66. doi.org/10.3205/zma001648*
5. *Wallis CJD, Jerath A, Aminoltejari K et al (2023) Surgeon sex and long-term post-operative outcomes among patients undergoing common surgeries. JAMA Surg 158: 1185–1194*

### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Stephanie Kurz, FEBO  
Augenzentrum Fürstenfeldbruck  
Hauptstraße 29  
82256 Fürstenfeldbruck  
[dr.s.kurz@augenarzt-ffb.de](mailto:dr.s.kurz@augenarzt-ffb.de)